

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

№ 9

Заснований 2014 р.

Харків
2018

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР:

В. І. Пономарьов (Україна) – д.мед.н., професор, академік АНВО України, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Є. Г. Дубенко (Україна) – д.мед.н., професор, академік АНВО України, Заслужений діяч науки України, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна – відповідальний редактор

О. С. Кочарян (Україна) – д.психол.н., професор, академік АНВО України, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

М. І. Яблунський (Україна) – д.мед.н., професор, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

В. А. Абрамов (Україна) – д.мед.н., професор, академік АНВО України, Донецький національний медичний університет імені М. Горького

І. О. Бабюк (Україна) – д.мед.н., професор, академік АНВО України, дійсний член Нью-Йоркської АН, Донецький національний медичний університет імені М. Горького

В. С. Бітенський (Україна) – д.мед.н., професор, член-кор. НАМН України

С. К. Євтушенко (Україна) – д.мед.н., професор, академік АНВО України, Заслужений діяч науки і техніки України, Донецький національний медичний університет імені М. Горького

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

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

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

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

В. А. Вербенко (Україна) – д.мед.н., професор, Державний медичний університет імені С. І. Георгієвського

С. Ф. Глузман (Україна) – Асоціація психіатрів України, Українсько-американське бюро захисту прав людини, Міжнародний медичний реабілітаційний центр для жертв війни та тоталітарних режимів

І. А. Григорова (Україна) – д.мед.н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України, академік УАН, Харківський національний медичний університет

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

Р. О. Євстегнеєв (Білорусь) – д.мед.н., професор, Білоруська психіатрична асоціація, Білоруська медична академія післядипломної освіти

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

В. М. Краснов (Росія) – д.мед.н., професор, ФГБУ «Московський науково-дослідний інститут психіатрії» МОЗ Росії, ГБОУ ВПО «Російський національний дослідницький медичний університет ім. М. І. Пирогова»

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

І. В. Кряж – д.психол.н., Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

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

Н. Г. Михановська (Україна) – д.м.н., Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

С. І. Шкробот (Україна) – д.мед.н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України, Тернопільський державний медичний університет імені І. Горбачевського

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

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

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

В. Ф. Простомолотов (Україна) – д.мед.н., професор, Одеський національний університет імені І. І. Мечникова

Р. Пташек (Чехія) – PhD, Карлів університет

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

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

С. В. Римша (Україна) – д.мед.н., професор, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

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

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

О. А. Скоромець (Росія) – д.мед.н., професор, академік ЕА АМН, член-кор. РАМН, Перший Санкт-Петербурзький державний медичний університет імені акад. І. П. Павлова

А. М. Скрипніков (Україна) – д.мед.н., професор, Українська медична стоматологічна академія

М. Л. Смутьсон (Україна) – д.психол.н., професор, Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України

О. О. Фільц (Україна) – д.мед.н., професор, Національний медичний університет імені Д. Галицького

М. Фріцше (Швейцарія) – PhD, Клініка внутрішньої медицини

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

Х. Херрман (Австралія) – MD, Мельбурнський університет

Т. В. Чернобровкіна (Росія) – д.мед.н., професор, Інститут підвищення кваліфікації МОЗ РФ, Російський державний медичний університет

В. В. Чугунов (Україна) – д.мед.н., професор, Запорізький державний медичний університет

В. К. Шамрей (Росія) – д.мед.н., професор, ФДБВОУ ВПО «Військово-медична академія імені С. М. Кірова» МО РФ

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.

Затверджено до друку рішенням
Вченої ради Харківського національного
університету імені В. Н. Каразіна
(протокол № 7 від 25.06.2018).

Статті пройшли внутрішнє
та зовнішнє рецензування.

Свідчення про державну реєстрацію
КВ № 20696 – 10496Р 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).

Журнал представлено у таких наукометричних базах та пошукових системах:

– Національна бібліотека України імені В. І. Вернадського;
– Наукова періодика Каразинського університету;
– РИНЦ.

EDITOR-IN-CHIEF:

V. I. Ponomaryov (Ukraine) – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, V. N. Karazin Kharkiv National University

EDITORIAL BOARD:

E. G. Dubenko (Ukraine) – MD, Professor, Honored Worker of Science of Ukraine, V. N. Karazin Kharkiv National University – executive editor

A. S. Kocharyan (Ukraine) – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, V. N. Karazin Kharkiv National University, Ukraine)

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

V. A. Abramov (Ukraine) – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, Donetsk National Medical University

I. A. Babyuk (Ukraine) – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, Member of the New York Academy of Sciences, Donetsk National Medical University

V. S. Bitenskiy (Ukraine) – MD, Professor, corresponding member of NAMS of Ukraine

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

A. P. Chuprikov (Ukraine) – MD, Professor, P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine

S. K. Evtushenko (Ukraine) – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, Honored Worker of Science and Technology of Ukraine, Donetsk National Medical University

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

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

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

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

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

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

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 (Ukraine) – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, State Establishment “Dnipro Medical Academy”

ADVISORY EDITORIAL BOARD:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

N. G. Mikhanovskaya (Ukraine) – MD, V. N. Karazin Kharkiv National University

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

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

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

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

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

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

V. F. Prostomolotov (Ukraine) – MD, Professor, I. I. Mechnikov Odesa National University

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

R. Ptacek (Czech) – PhD, Charles University

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

S. V. Rimsha (Ukraine) – MD, Professor, N. I. Pirogov Vinnitsa National Medical University

V. Z. Rothschild-Varibus (Ukraine) – PhD, Rothschild Academy of Sciences

A. I. Serdyuk (Ukraine) – MD, Professor, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

V. K. Shamrey (Russia) – MD, Professor, S. M. Kirov Military Medical Academy

A. A. Skoromets (Russia) – MD, Professor, Academician of the Academy of Medical Sciences, Corresponding Member RAMS, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University

A. N. Skripnikov (Ukraine) – MD, Professor, Ukrainian Medical Stomatological Academy

M. L. Smulson (Ukraine) – MD, Professor, G. S. Kostyuk Institute of Psychology, NAPS of Ukraine

V. A. Verbenko (Ukraine) – MD, Professor, S. I. Georgievsky Crimea State Medical University

Approved for print by the decision of the Academic Council of V. N. Karazin Kharkiv National University (protocol No. 7 from 25.06.2018).

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);

The journal is represented in the following scientific periodical databases and search systems:

– V.I. Vernadsky National Library of Ukraine
– Scientific Periodicals of Karazin University
– Russian Index of Scientific Citation

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

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

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

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

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

В. С. Битенский (Украина) – д.мед.н., профессор, член-корр. НАМН Украины

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

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Н. Г. Михановская (Украина) – д.м.н. (Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

С. И. Шкробот (Украина) – д.мед.н., профессор, Заслуженный деятель науки и техники Украины, Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Горбачевского

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

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

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

В. Ф. Простомолотов (Украина) – д.мед.н., профессор, Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова

Р. Пташек (Чехия) – PhD, Карлов университет

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

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

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

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

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

А. А. Скоромец (Россия) – д.мед.н., профессор, академик ЕА АМН, член-корр. РАМН, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И. П. Павлова

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

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

А. О. Фильц (Украина) – д.мед.н., профессор, Национальный медицинский университет имени Д. Галицкого

М. Фрише (Швейцария) – PhD, Клиника внутренней медицины

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

Х. Херрман (Австралия) – MD, Мельбурнский университет

Т. В. Чернобровкина (Россия) – д.мед.н., профессор, Институт повышения квалификации МЗ РФ, Российский государственный медицинский университет

В. В. Чугунов (Украина) – д.мед.н., профессор, Запорожский государственный медицинский университет

В. К. Шамрей (Россия) – д.мед.н., профессор, ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ

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.

Утверждено к печати решением Ученого совета Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина (протокол № 7 от 25.06.2018).

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).

Журнал представлен в следующих наукометрических базах и поисковых системах:

- Национальная библиотека Украины имени В. И. Вернадского;
- Научная периодика Каразинского университета;
- РИНЦ.

ЗМІСТ

ПСИХІАТРІЯ

- 11 **СИНДРОМ АНГЕЛЬМАНА: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СКЛАДНОЇ ХРОМОСОМНОЇ АБЕРАЦІЇ У ДИТИНИ З ЗАТРИМКОЮ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ**
І. В. Ластівка, В. В. Анцупова, Г. О. Суворова-Григорович, О. В. Гришняєва, І. Р. Тимофійчук
- 17 **ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА АФЕКТИВНУ ПАТОЛОГІЮ**
В. І Пономарьов, В. І. Вовк, М. М. Міщенко
- 22 **ПИТАННЯ ЕТІОПАТОГЕНЕЗУ ІСТЕРИЧНИХ РОЗЛАДІВ У КОНТЕКСТІ ПРАЦЬ Е. КРЕЧМЕРА ТА І. П. ПАВЛОВА**
В. Ф. Простомолотов
- 32 **СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПРОБЛЕМУ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ (огляд наукової літератури)**
О. В. Самойлова

НАРКОЛОГІЯ

- 38 **ДОСЛІДЖЕННЯ СТРУКТУРНОСТІ ІНДИВІДУАЛЬНО-ТИПОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ У ХВОРИХ НА АЛКОГОЛІЗМ І ЛУДОМАНІЮ**
К. В. Аймедов, Б. О. Лобасюк, М. І. Боделан
- 43 **ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО АРАНЖУВАННЯ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ОСІБ З РІЗНИМ РІВНЕМ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ**
К. Д. Гапонов
- 55 **ОСОБЛИВОСТІ СТАНІВ ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ З ДЕЛІРІЕМ У ХВОРИХ З ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ**
В. Н. Кузьмінов
- 60 **МОДЕЛЬ ПСИХОПАТОГЕНЕЗУ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРОГРАМІ ЗАМІСНОЇ ТЕРАПІЇ СИНТЕТИЧНИМИ ОПІОЇДАМИ**
В. В. Чугунов, А. Д. Городокін
- 66 **ДЕЯКІ КЛІНІКО-ТЕРАПЕВТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АЛКОГОЛЬНИХ ЕНЦЕФАЛОПАТІЙ**
В. І. Пономарьов, Т. М. Рощупкіна, О. М. Міщенко

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

- 72 **ФРУСТРАЦІЙНІ РЕАКЦІЇ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ТРАВМОЮ ОЧЕЙ ТА ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ**
Р. А. Адбрыхімов
- 78 **КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ІПОХОНДРИЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ**
І. С. Дьома, В. Л. Підлубний
- 82 **ПСИХОСОЦІАЛЬНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ У ЖІНОК З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ РІЗНОЇ ГЕНЕЗИ: ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ, ВИРАЖЕНОСТІ І СТРУКТУРИ**
Р. І. Ісаков

- 93 **СТАН ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ВОЛОНТЕРІВ, ДІЯЛЬНІСТЬ ЯКИХ ПОВ'ЯЗАНА З ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ ВІЙСЬКОВИХ В ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ**
М. В. Маркова, С. Ю. Глаголич
- 101 **РЕВНОЩІ ЯК ПСИХОЛОГІЧНИЙ І ПСИХОПАТОЛОГІЧНИЙ ФЕНОМЕН**
В. Ф. Простомолотов, А. І. Простомолотова
- 109 **ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ЧИННИКИ В ГЕНЕЗИ РОЗЛАДІВ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ**
О. О. Сидоренко
- 113 **ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ У ПРЕДСТАВНИКІВ МОЛОДІЖНИХ СУБКУЛЬТУР**
А. С. Челахова
- 124 **ВПЛИВ ПОВЕДІНКОВИХ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТРЕС-ПОТЕНЦІЮЮЧИХ ЧИННИКІВ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ СТРЕСОВОГО РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ З ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**
Т. П. Яворська
- 130 **ВИВЧЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ З ГЕНДЕРНИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ НА ПРАКТИЧНОМУ ЗАНЯТТІ З МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**
О. М. Сукачова, Д. М. Волошина

ТЕРАПІЯ

- 135 **ПРИНЦИПИ ПОБУДОВИ ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ У ХВОРИХ ХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ З НЕВРОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ НА ДО- І ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ЕТАПАХ ЛІКУВАННЯ**
Д. І. Димшиць
- 142 **ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ**

CONTENTS

PSYCHIATRY

- 11 **ANGELMAN SYNDROME: THE CLINICAL CASE OF COMPLEX CHROMOSOMAL ABERRATION IN A CHILD WITH A RETARDATION OF PSYCHOPHYSICAL DEVELOPMENT**
I. V. Lastivka, V. V. Antsupova, H. O. Suvorova-Grigorovich, O. V. Grishnjaeva, I. R. Tymofiychuk
- 17 **PATHOPSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF WOMEN WHO HAVE AFFECTIVE DISORDERS**
V. I. Ponomaryov, V. I. Vovk, M. M. Mishchenko
- 22 **QUESTIONS OF THE ETHIOPATHOGENESIS OF HISTORICAL DISORDERS IN CONTEXT OF WORKS E. KRECHMER AND I. P. PAVLOV**
V. F. Prostomolotov
- 32 **MODERN VIEWS ON THE ISSUE OF ADAPTATION DISORDERS (review of scientific literature)**
E. V. Samoylova

NARCOLOGY

- 38 **INVESTIGATION OF THE STRUCTURITY OF INDIVIDUALLY-TYOLOGICAL PECULIARITIES OF PERSONALITY IN PATIENTS WITH ALCOHOLISM AND PROBLEM GAMBLING**
C. V. Aymedov, B. O. Lobasiuk, M. I. Bodelan
- 43 **FEATURES OF CLINICAL ARRANGEMENT OF ALCOHOL DEPENDENCE IN PERSONS WITH DIFFERENT LEVEL OF PSYCHOSOCAL STRESS**
K. D. Gaponov
- 55 **COMPREHENSIVE FEATURES OF ALCOHOL WITHDRAWAL DELIRIUM IN PATIENTS WITH DISCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY**
V. N. Kuzminov
- 60 **THE MODEL OF PSYCHOPATHOGENESIS OF NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN PERSONS UNDERGOING THE PROGRAMS OF SYNTHETIC OPIOIDS SUBSTITUTION THERAPY**
V. V. Chugunov, A. D. Gorodokin
- 66 **SOME CLINICAL-THERAPEUTIC FEATURES OF ALCOHOL ENCEPHALOPATHIES**
V. I. Ponomaryov, T. M. Roshchupkina, A. N. Mishchenko

MEDICAL PSYCHOLOGY

- 72 **FRUSTRATION OF REACTION IN THE PARTICIPANTS OF BATTLE ACTIONS**
R. A. Abdrjahimov
- 78 **CLINICAL-ANAMNESTIC FEATURES OF PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES WITH VARIOUS TYPES OF HYPOCHONDRIACAL SYMPTOMS**
I. S. Dema V. L. Pidlubniy

- 82 **PSYCHOSOCIAL MALADJUSTMENT IN WOMEN WITH DEPRESSIVE DISORDERS OF DIFFERENT GENESIS: FEATURES OF DIAGNOSTICS, DISEASES AND STRUCTURE**
R. I. Isakov
- 93 **THE STATE OF PSYCHO-EMOTIONAL SPHERE OF VOLUNTEERS INVOLVED IN THE PROVISION OF MILITARY FORCES IN A COMBAT ZONE**
M. V. Markova, S. Y. Glagolych
- 101 **JEALOUSY AS A PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL PHENOMENON**
V. F. Prostimolotov, A. I. Prostimolotova
- 109 **PSYCHOSOCIAL FACTORS IN THE GENESIS OF THE DISORDERS OF THE PSYCHO-EMOTIONAL SPHERE IN THE CIVIL SERVANTS**
O. O. Sydorenko
- 113 **FEATURES OF SOCIO-PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF YOUTH SUBCULTURES REPRESENTATIVES**
A. S. Chelakhova
- 124 **THE ROLE OF BEHAVIORAL AND PSYCHO-EMOTIONAL STRESS-POTENTIAL FACTORS DEPENDING ON STRESS RISK IN PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR PATHOLOGY**
T. P. Yavorska
- 130 **STUDY OF PSYCHOEMOTIONAL STATE WITH GENDER CHARACTERISTICS OF MEDICAL STUDENTS DURING MEDICAL PSYCHOLOGY PRACTICAL CLASSES**
O. M. Sukachova, D. M. Voloshyna

THERAPY

- 135 **PRINCIPLES OF CONSTRUCTING A PSYCHOREHABILITATION PROGRAM IN PATIENTS OF SURGICAL HOSPITAL SUFFERING FROM NEUROTIC DISORDERS AT THE PRE AND POSTOPERATIVE STAGES OF TREATMENT**
D. I. Dimshits
- 144 **SUBMISSION GUIDELINES**

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ

- 11 **СИНДРОМ АНГЕЛЬМАНА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СЛОЖНОЙ ХРОМОСОМНОЙ АБЕРРАЦИИ У РЕБЕНКА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**
И. В. Ластивка, В. В. Анцупова, А. А. Суворова-Григорович, Е. В. Гришняяева, И. Р. Тимофийчук
- 17 **ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**
В. В. Пономарёв, В. И. Вовк, М. Н. Мищенко
- 22 **ВОПРОСЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ИСТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КОНТЕКСТЕ ТРУДОВ Э. КРЕЧМЕРА И И. П. ПАВЛОВА**
В. Ф. Простомолотов
- 32 **СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ (обзор научной литературы)**
Е. В. Самойлова

НАРКОЛОГИЯ

- 38 **ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРНОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ И ЛУДОМАНИЕЙ**
К. В. Аймедов, Б. А. Лобасюк, М. И. Боделан
- 43 **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ АРАНЖИРОВКИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА**
К. Д. Гапонов
- 55 **ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЙ АЛКОГОЛЯ С ДЕЛИРИЕМ У БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ**
В. Н. Кузьминов
- 60 **МОДЕЛЬ ПСИХОПАТОГЕНЕЗА НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ, КОТОРЫЕ НАХОДЯТСЯ НА ПРОГРАММЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СИНТЕТИЧЕСКИМИ ОПИОИДАМИ**
В. В. Чугунов, А. Д. Городокин
- 66 **НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНЫХ ЭНЦЕФАЛОПАТИЙ**
В. И. Пономарёв, Т. Н. Рощупкина, А. Н. Мищенко

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

- 72 **ФРУСТРАЦИОННЫЕ РЕАКЦИИ В УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С ТРАВМОЙ ГЛАЗ И ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗРЕНИЯ**
Р. А. Абдрахимов
- 78 **КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ИПОХОНДРИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ**
И. С. Дёма, В. Л. Подлубный

- 82 ПСИХОСОЦІАЛЬНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ У ЖЕНЩИН С ДЕПРЕССИВНИМИ РАССТРОЙСТВАМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ВЫРАЖЕННОСТИ И СТРУКТУРЫ
Р. И. Исаков
- 93 СОСТОЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ВОЛОНТЕРОВ, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КОТОРЫХ СВЯЗАНА С ОБЕСПЕЧЕНИЕМ ВОЕННЫХ В ЗОНЕ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ
М. И. Маркова, С. Ю. Глаголич
- 101 РЕВНОСТЬ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН
В. Ф. Простомолотов, А. И. Простомолотова
- 109 ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ В ГЕНЕЗІ РАССТРОЙСТВ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖАЩИХ
О. А. Сидоренко
- 113 ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ МОЛОДЕЖНЫХ СУБКУЛЬТУР
А. С. Челахова
- 124 ВЛИЯНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СТРЕСС-ПОТЕНЦИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ СТРЕССОВОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Т. П. Яворская
- 130 ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ С ГЕНДЕРНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ ПО МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
О. Н. Сукачёва, Д. Н. Волошина

ТЕРАПИЯ

- 135 ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ДО И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ
Д. И. Дымшиц
- 146 ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

УДК: 575.113.1:612.6.051:616.25-003.2:616.424

СИНДРОМ АНГЕЛЬМАНА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СЛОЖНОЙ ХРОМОСОМНОЙ АБЕРРАЦИИ У РЕБЕНКА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ



I. В. Ластівка

© Ластівка Ірина Володимирівна (Україна) – к.мед.н., доцент кафедри педіатрії та медичної генетики, ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці; КМУ «Обласна дитяча клінічна лікарня», пр. Незалежності, 98, м. Чернівці, 58029; e-mail: lastivkairina@gmail.com; ORCID: 0000-0002-9088-1301.

© Irina Lastivka (Ukraine) – PhD in Medicine, Associate Professor Department of Pediatrics and Medical Genetics, HSEE of Ukraine "Bukovinian State Medical University", Regional Children's Clinical Hospital, 98 Nezalezhnosti avenue, Chernivtsi, 58029; e-mail: lastivkairina@gmail.com; ORCID: 0000-0002-9088-1301.

© Ластивка Ирина Владимировна (Украина) – к.мед.н., доцент кафедры педиатрии и медицинской генетики, ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», КМУ «Областная детская клиническая больница», пр. Незалежності, 98, г. Черновцы, 58029; e-mail: lastivkairina@gmail.com; ORCID: 0000-0002-9088-1301.



В. В. Анцупова

© Анцупова Віта Вячеславівна (Україна) – к.мед.н., асистент кафедри фізіології ім. Я. Д. Кіршенבלата, ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», навчальний корпус, вул. Богомольця, 2, м. Чернівці, 58001; e-mail: vitaantsupova@ukr.net; ORCID: 0000-0002-7849-2602.

© Vita Antsupova (Ukraine) – PhD in Medicine, Assistant Professor of the Department of Physiology named after Ya. D. Kirshenblat, HSEE of Ukraine "Bukovinian State Medical University", Educational Building, 2 Bogomolets street, Chernivtsi, 58001; e-mail: vitaantsupova@ukr.net; ORCID: 0000-0002-7849-2602.

© Анцупова Вита Вячеславовна (Украина) – к.мед.н., асистент кафедри фізіології ім. Я. Д. Кіршенבלата, ВГУЗ України «Буковинський державний медичний університет», навчальний корпус, вул. Богомольця, 2, г. Черновцы, 58001; e-mail: vitaantsupova@ukr.net; ORCID: 0000-0002-7849-2602.



Г. О. Суворова-Григорівч

© Суворова-Григорівч Ганна Олександрівна (Україна) – к.мед.н., доцент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, офіс 609, Північний корпус, пл. Свободи, 6, м. Харків, 61077, e-mail: aagrigorovich@karazin.ua; ORCID: 0000-0002-9843-9286.

© Hanna Suvorova-Grigorovich (Ukraine) – PhD in Medicine, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology of V.N. Karazin Kharkiv National University, Northern building, 6 Svobody Square, Kharkiv, 61077; e-mail: aagrigorovich@karazin.ua; ORCID: 0000-0002-9843-9286.

© Суворова-Григорівч Анна Александровна (Украина) – к.мед.н., доцент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, офіс 609, Северный корпус, пл. Свободы, 6, г. Харьков, 61077; e-mail: aagrigorovich@karazin.ua; ORCID: 0000-0002-9843-9286.



О. В. Гришнєва

© Гришнєва Олена Володимирівна (Україна) – асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Харківський національний медичний університет, пр. Науки 4, корпус А, м. Харків; 61000; пошукувач кафедри психотерапії Харківської академії післядипломної освіти, вул. Амосова, 58, м. Харків, 61176; e-mail: elena1969lena1969@gmail.com; ORCID: 0000-0001-6704-8541.

© Olena Grishnjaeva (Ukraine) – Assistant Professor of the Department of Public Health and Healthcare Management, Kharkiv National Medical University, 4 Nauky avenue, building A, Kharkiv, 61000; postgraduate student of the Department of Psychotherapy, Academy of Postgraduate Education, 58 Amosov street, Kharkiv, 61176; e-mail: elena1969lena1969@gmail.com; ORCID: 0000-0001-6704-8541.

© Гришнєва Елена Владимировна (Украина) – асистент кафедри общественного здоровья и управления охраны здоровья, Харьковский национальный медицинский университет, пр. Науки 4, корпус А, г. Харьков, 61000; соискатель кафедры психотерапии, Харьковской академии последипломного образования, ул. Амосова, 58, г. Харьков; 61176; e-mail: elena1969lena1969@gmail.com; ORCID: 0000-0001-6704-8541.



І. Р. Тимофійчук

© Тимофійчук Інга Романівна (Україна) – доцент кафедри фізіології ім. Я. Д. Кіршенבלата, ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», навчальний корпус, вул. Богомольця, 2, м. Чернівці, 58001; e-mail: inga10051973@ukr.net; ORCID: 0000-0003-2617-9697.

© Inga Tymofiychuk (Ukraine) – Associate Professor of the Department of Physiology named after Ya. D. Kirshenblat, HSEE of Ukraine "Bukovinian State Medical University", Educational Building, 2 Bogomolets street, Chernivtsi, 58001; e-mail: inga10051973@ukr.net; ORCID: 0000-0003-2617-9697.

© Тимофійчук Інга Романівна (Україна) – доцент кафедри фізіології ім. Я. Д. Кіршенבלата, ВГУЗ України «Буковинський державний медичний університет», навчальний корпус, вул. Богомольця, 2, м. Чернівці, 58001; e-mail: inga10051973@ukr.net; ORCID: 0000-0003-2617-9697.

№ 9, 2018, стор. 11–16

ANGELMAN SYNDROME: A CLINICAL CASE OF COMPLEX CHROMOSOMAL ABERRATION IN A CHILD WITH A DELAY OF PSYCHOPHYSICAL DEVELOPMENT

Abstract.

In the structure of the genetic causes of Angelman syndrome, homogeneous disomy of paternal origin on chromosome 15 with translocation is about 1%. It is accompanied by unexpressed phenotypic manifestations, with a low incidence of convulsive paroxysms and satisfactory physical development of patients. The article presents a clinical case of complex chromosomal aberration of chromosome 15 in a child with Angelman syndrome and congenital malformations (nonunion of the thoracic lymphatic duct). During the examination, a whole range of different research methods were used: somatogenetic, clinical and genealogical, cytogenetic, molecular genetic, instrumental, clinical laboratory, biochemical, and others. A psycho-neurological examination of this child was also conducted. Based on a cytogenetic examination and a comparative genomic hybridization study, an abnormal male karyotype was detected in the patient: *de novo*: 45, XY, der (15) t (15; 15) (q10; q10) dup (15) (q13q11). Using the FISH method, the isodicentric chromosome 15 of parental origin was found, which was formed by two cen15 and contained two copies of the critical region (15) (q11q13) of Prader-Willi / Angelman syndrome, which is commonly called the "Proximal inverted duplication - invdup (15)". Phenotypic manifestations in partial trisomy along the long arm of paternal origin with isodicentric chromosome 15 with inverted duplication of the proximal region are described. As a result of the work, it was determined that children with congenital malformations and delayed psychophysical development, as well as their parents necessarily need medical genetic counseling and the use of modern molecular genetic diagnostic methods for verification of the diagnosis. Sick children, the karyotype of which has an isodicentric chromosome of 15 paternal origin, which contains two copies of the critical region (15) (q11q13) of Prader-Willi / Angelman syndrome, may have marked main clinical symptoms and craniofacial dysmorphism characteristic of Angelman syndrome.

Key words:

Angelman syndrome, homogeneous disomy, delayed psychophysical development, congenital chylothorax.

СИНДРОМ АНГЕЛЬМАНА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СЛОЖНОЙ ХРОМОСОМНОЙ АБЕРРАЦИИ У РЕБЕНКА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Аннотация.

В структуре генетических причин синдрома Ангельмана однородительская дисомия отцовского происхождения по хромосоме 15 с транслокацией составляет около 1%. Сопровождается невыраженными фенотипическими проявлениями, с низкой частотой проявления судорожных пароксизмов и удовлетворительным физическим развитием больных. В статье приведен клинический случай сложной хромосомной абберации хромосомы 15 у ребенка с синдромом Ангельмана и врожденным пороком развития (несращение грудного лимфатического протока). При обследовании был использован целый комплекс различных методов исследования: сомато-генетический, клинко-генеалогический, цито-генетический, молекулярно-генетический, инструментальный, клинко-лабораторной, биохимический и другие. Также было проведено психоневрологическое обследование этого ребенка. На основании проведенного цитогенетического обследования и исследования методом сравнительной геномной гибридизации у пациента был выявлен аномальный мужской кариотип *de novo*: 45,XY,der (15)t(15;15) (q10;q10)dup(15)(q13q11). Методом FISH была обнаружена изодигетрическая хромосома 15 родительского происхождения, которая была сформирована двумя cen15 и содержала две копии критической области (15) (q11q13) синдрома Прадера-Вилли/Ангельмана, что принято называть «Проксимальной инвертированной дубликацией – invdup (15)». Описаны фенотипические проявления при частичной трисомии по длинному плечу изодигетрической хромосомы 15 отцовского происхождения с инвертированной дубликацией проксимального участка. В результате работы была определено, что дети с врожденными пороками развития и задержкой психофизического развития, а также их родители обязательно нуждаются в медико-генетическом консультировании и применении современных молекулярно-генетических методов диагностики для верификации диагноза. Больные дети, кариотип которых имеет изо-

дицентрическую хромосому 15 отцовского происхождения, которая содержит две копии критической области (15)(q11q13) синдрома Прадера-Вилли/Ангельмана могут иметь выраженные основные клинические симптомы и черепно-лицевые дизморфизмы, характерные для синдрома Ангельмана.

Ключевые слова: синдром Ангельмана, однородительская дисомия, задержка психофизического развития, врожденный хилоторакс.

СИНДРОМ АНГЕЛЬМАНА: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СКЛАДНОЇ ХРОМОСОМНОЇ АБЕРАЦІЇ У ДИТИНИ З ЗАТРИМКОЮ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ.

Анотація.

У структурі генетичних причин синдрому Ангельмана однобатьківська дисомія батьківського походження по хромосомі 15 з транслокацією становить близько 1%. Супроводжується невираженими фенотипними проявами, з низькою частотою прояву судомних пароксизмів і задовільним фізичним розвитком хворих. У статті наведено клінічний випадок складної хромосомної аберації хромосоми 15 у дитини з синдромом Ангельмана і вродженою вадою розвитку (незрощення грудного лімфатичного протоку). При обстеженні був використаний цілий комплекс різних методів дослідження: сомато-генетичний, клініко-генеалогічний, цито-генетичний, молекулярно-генетичний, інструментальний, клініко-лабораторної, біохімічний та інші. Також було проведено психоневрологічне обстеження цієї дитини. На підставі проведеного цито-генетичного обстеження і дослідження методом порівняльної геномної гібридизації у пацієнта був виявлений аномальний чоловічий каріотип *de novo*: 45, XY, der (15) t (15; 15) (q10; q10) dup (15) (q13q11). Методом FISH була виявлена ізодіцентрична хромосома 15 батьківського походження, яка була сформована двома *cen*15 і містила дві копії критичної області (15) (q11q13) синдрому Прадера-Віллі/Ангельмана, що прийнято називати «Проксимальною інвертованою дуплікацією - *invdup* (15)». Описано фенотипічні прояви при частковій трисомії по довгому плечу ізодіцентричної хромосоми 15 батьківського походження з інвертованою дуплікацією проксимальної ділянки. В результаті роботи було визначено, що діти з вродженими вадами розвитку і затримкою психофізичного розвитку, а також їх батьки обов'язково потребують медико-генетичного консультування та застосування сучасних молекулярно-генетичних методів діагностики для верифікації діагнозу. Хворі діти, каріотип яких має ізодіцентричну хромосому 15 батьківського походження, яка містить дві копії критичної області (15) (q11q13) синдрому Прадера-Віллі/Ангельмана можуть мати виражені основні клінічні симптоми і черепно-лицьові дизморфизми, характерні для синдрому Ангельмана.

Ключові слова: синдром Ангельмана, однобатьківська дисомія, затримка психофізичного розвитку, вроджений хилоторакс.

Вступ

Синдром Ангельмана (СА) – хвороба, яка проявляється затримкою розвитку психічних та фізичних функцій у дітей. Частота СА в популяції коливається від 1:10 000 до 1:40 000 осіб, серед дівчат та хлопців зустрічається однаково часто, проте у кожного 20-го пацієнта з розумовою відсталістю діагностують СА (частота у цій когорті сягає 4,8%) [1–4]. Вперше захворювання у 1965 році описав педіатр із Великобританії Гаррі Ангельман, який назвав цю хворобу «синдром щасливої маріонетки». Лікар спостерігав трьох пацієнтів із порушенням мовлення або з його відсутністю, але зі збереженням невербальних комунікативних навичок; зі статокінетичними розладами (атаксічна хода, неконтрольовані різкі хаотичні рухи, які нагадують рухи маріонетки); з гіперактивністю, епілептичними нападами, зниженням уваги. У хворих відзначалась доброзичлива поведінка, неприродньо щасливий вигляд у поєднанні зі спалахами сміху. 1982 року синдром запропонували називати ім'ям лікаря Ангельмана [2; 3].

1995 року доктором Вільямсом та співавторами вперше були запропоновані діагностичні критерії СА (табл.).

Хромосомні та генні порушення. Завдяки розвитку сучасних методів діагностики вроджених та спадкових хвороб наприкінці 80-х років ХХ століття СА віднесли до захворювань, які пов'язані з хромосомними мікроделеціями та геномним імпринтингом. Вважається, що причиною даного синдрому є делеція ділянки 15q11-q13 у довгому плечі хромосоми 15 материнського успадкування (дефектну хромосому хворим дітям передають саме матері). Якщо дитина отримує хромосому з патологією в цій ділянці від батька, в неї розвивається синдром Прадера-Віллі.

Через 10 років потому в цій критичній ділянці було знайдено тісно пов'язаний із функцією нервових синапсів ген UBE3A, який експресується в мозочкових клітинах Пуркінє і у нейронах гіпокампу тільки з материнської хромосоми. UBE3A є одним з невеликої кількості генів, які пов'язані із геномним імпринтингом. Делеція цього сегмента в материнській хромосомі, як і батьківська дисомія по хромосомі 15 (коли обидві 15 хромосоми у пацієнта від батька) призводять до синдрому Ангельмана.

Ці дані свідчать, що унікальний регіон 15q11-q13 відповідає за «геномний імприн-

Таблиця

Діагностичні критерії синдрому Ангельмана

Обов'язкові симптоми	<ul style="list-style-type: none"> – виражена затримка психічного розвитку; – порушення мовлення (відсутність мови та мінімальне використання слів); – рецептивне невербальне спілкування; – атаксія; – тремор кінцівок; – специфічна поведінка (гіперактивність, стереотипії)
Підтримуючі критерії	<ul style="list-style-type: none"> – нормальний перебіг перинатального періоду; – затримка розвитку з 6–12 років; – відсутність прогресуючої втрати набутих навичок; – нормальні результати метаболічних, гематологічних та біохімічних лабораторних тестів; – відсутність структурних змін у головному мозку за даними МРТ або КТ
Часті ознаки	<ul style="list-style-type: none"> – світлий колір волосся та райдужки; – гіпопигментація шкіри; – постнатальна мікроцефалія, – епілепсія, – порушення сну; – часта слинотеча; – порушення ковтання, труднощі з годуванням у грудному віці; – підвищена чутливість до тепла; – патологічна тяга до води, особливо що тече з крана; – ЕЕГ у вигляді високоамплітудних розрядів повільних комплексів, гостра-повільна хвиля частотою 2–3 Гц
Черепно-лицевий дизморфізм	<ul style="list-style-type: none"> – мікроцефалія; – пласка потилиця з «канавкою»; – гіпоплазія середньої частини обличчя; – глибоко посаджені очі; – косоокість; – прогенія; – прогнатія; – протрузія язика; – широкий відкритий рот; – «гостре» підборіддя; – широкі міжзубні проміжки
Дифдіагностика	<ul style="list-style-type: none"> – ДЦП, аутизм

тинг», що обумовлює різну експресію гена залежно від материнського або батьківського успадкування. Білок, що кодується UBE3A, регулює деградацію непотрібних клітинних білків і бере участь у розвитку нервової системи. В той час, як в більшості тканин вираженість UBE3A з обох алелей однакова, у головному мозку активна лише материнська копія. Припускається, що мутація в локусі 15q11-q13 призводить до зниження кількості рецепторів гамма-

аміномасляної кислоти (ГАМК-рецепторів) типу А. Непрямим підтвердженням цієї гіпотези є виявлення при нейрохімічному дослідженні у хворих на СА вираженого зниження кількості ГАМК-рецепторів у мозочку, що поєднується з втратою клітин Пуркін'є [1–4].

На сьогодні відомо 4 генетичних механізми виникнення СА, і всі вони пов'язані з порушенням функції UBE3A:

- 1) мутація de novo – делеція в локусі 15q11-q13 (80% усіх випадків);
- 2) дисомія по батьківській лінії при втраті передачі материнського локусу (5% випадків);
- 3) дефект центру імпринтинга (5%);
- 4) мутація материнської копії гена убіквітин-протеїн лігази (ген UBE3A) (5–10%).

У більшості випадків СА ці генетичні зміни стаються випадково (спорадично), але близько 3–5% можуть бути успадкованими. Приблизно у 8% пацієнтів з СА генетичний дефект не ідентифікується. У структурі генетичних причин СА до 1% приходить на одnobатьківську дисомію (батьківська лінія) по хромосомі 15 із транслокацією; а також є рідкісні випадки зі структурними перебудовами в ізохромосомі 15 батьківського походження. Ризик успадкування таких генетичних дефектів наближається до 100% [1; 3; 4].

Існує залежність між важкістю клінічних проявів СА та типом генетичної передачі захворювання. За наявності делеції хромосомі 15 материнського походження в локусі 15q11-q13 вираженість розумових та мовлених порушень максимальна; також спостерігається найбільш злоякісний перебіг епілепсії. При одnobатьківській дисомії, успадкованій від батька по хромосомі 15 основні фенотипічні прояви хвороби не виражені, з низькою частотою наявності судомних пароксизмів і задовільним фізичним розвитком хворих [2; 5; 6].

Мета дослідження

Мета дослідження полягає в обґрунтуванні необхідності медико-генетичного консультування та застосування сучасних молекулярно-генетичних методів діагностики з метою верифікації діагнозу в дітей з вродженими вадами та затримкою психофізичного розвитку, а також у вивченні і описі фенотипічних проявів у дитини зі структурними перебудовами ізохромосомі 15 (батьківська лінія).

Матеріали і методи дослідження

Обстежена сім'я, в якій стався випадок народження дитини з вродженим хілотораксом та затримкою психофізичного розвитку. Використано сомато-генетичний, клініко-генеалогічний, цито- та молекулярно-генетичний, інструментальний (УЗД, МРТ, ЕЕГ, РЕГ), кліні-

ко-лабораторний, біохімічний методи дослідження. Проведено психоневрологічне обстеження пацієнта.

Результати дослідження та їх обговорення

Вперше на консультацію до лікаря-генетика хворий потрапив у 5 місяців за направленням педіатра та дитячого невролога з діагнозом «Перинатальне гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС, синдром рухових порушень, підвищення нервово-рефлекторної збудливості». Мати скаржилася на неспокійний поверхневий сон у дитини, подовженням періоду активного неспання, труднощі засипання, сипання кінцівок.

Пробанд – хлопчик, 3 місяці, дата народження – 28.01.2015 р., від III вагітності, яка перебігала на тлі токсикозу, багатоводдя; від III пологів на 36 тижні вагітності шляхом кесаревого розтину в терміновому порядку у зв'язку з важкою асфіксією. Дитина потрапила під спостереження лікарів на 33-му тижні внутрішньо-утробного розвитку в зв'язку з пренатально встановленим діагнозом: «Уроджена вада розвитку. Незрощення грудної лімфатичної протоки. Двобічний хілоторакс» (ультразвукове дослідження плода). Народжувала мати в ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України» (ПАГ). Маса при народженні – 3380 г, довжина тіла – 52 см.

Відразу після народження було проведено пункцію та дренування плевральної порожнини, отримано 40,0 мл серозної рідини; проводилися дренування та повторні пункції лівої плевральної порожнини. Впродовж двох перших місяців життя хворий знаходився в реанімації, пізніше – в хірургічному відділенні ПАГ. Заключний діагноз: «Уроджена вада розвитку, двобічний хілоторакс з компресією обох легень (S>D), ДН III ст. Хілоперитонеум. Тяжка асфіксія. Недоношеність 36 тижнів. Гепатоспленомегалія. Гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС, синдром пригнічення. Дисбактеріоз кишківника».

Батьки здорові, на час народження дитини матері 42 роки, українка, каріотип 46,XX; батькові 43 роки, українець, каріотип 46,XY. Родовід пробанда по материнській лінії обтяжений серцево-судинною патологією; по батьківській лінії – серцево-судинною патологією, цукровим діабетом. Хлопчик має здорових рідних сестру (19 років) та брата (17 років).

На момент огляду обвід голови 38 см, обвід грудної клітки – 41 см. Дитина утримує голову, реагує на іграшку. М'язовий тонус знижений. Сухожилкові рефлекси D=S. Опора на стопу слабка. Черепно-лицевий дизморфізм: мікроцефалія, пласка потилиця, гіпоплазія середньої частини обличчя, глибоко посажені очі, епікант, прогнатія, широкий рот, «гостре» підборіддя.

Лікарем-генетиком було запідозрене генетичне порушення «Синдром Ангельмана?», з приводу чого дитину було спрямовано на цито- та молекулярно-генетичну діагностику. Але своєчасно рекомендації генетика родина не виконала. У 8 місяців дитина потрапляє на стаціонарне лікування з приводу кокситу правого кульшового суглобу. У віці дитини 1 рік 2 тижні мати знову звернулася за медичною допомогою до дитячого невролога зі скаргами, що малюк не сидить, не ходить, тільки почав повзати, немає слів і звуконаслідувань, не виконує простих речей.

При огляді: обвід голови 46 см, обвід грудної клітки – 51 см. Шкіра та видимі слизові чисті, блідо-рожеві. Периферичні лімфовузли не збільшені. Дихання через ніс вільне. В легенях везикулярне дихання, тони серця ритмічні, звучні. Живіт м'який, не болючий. Печінка по краю реберної дуги, селезінка не пальпується. Фізичні відправлення в нормі.

Очні щілини D=S, сформовані правильно. Зіниці округлі, D=S; фотореакція жвава. Рухи очних яблук у повному обсязі. Язик у порожнині рота за середньою лінією. Ковтання, фонація не порушені. М'язевий тонус помірно знижений у плечовому та тазовому поясах, підвищений у нижніх кінцівках. Сухожилково-періостальні рефлекси D=S. Патологічні симптоми від'ємні. Опора на стопу слабка (особливо на праву ніжку). Виражена затримка психомовного та моторного розвитку.

Параклінічні обстеження: клінічний аналіз крові – помірний еозінофіліоз, загальний аналіз сечі, печінкові проби, загальний білок, сечовина, креатин, глюкоза, лужна фосфатаза – у межах вікової норми.

Інструментальне обстеження: електроенцефалограма – патології не виявлено; електрокардіограма – синусова аритмія, неповна блокада правої ніжки пучка Гіса.

Основний діагноз дитячого невролога: «Затримка статокінетичних функцій, затримка мовленнєвого розвитку у дитини з пренатальним гіпоксично-ішемічним ураженням ЦНС». Дані рекомендації щодо лікування, які виявилися малоефективними.

У поле зору лікаря-генетика дитина знову потрапляє у віці 1 рік 7 місяців. Спостерігається виражена затримка психомоторного розвитку. Хлопчик може повзати, сидіти, самостійно не ходить, рухи переривчасті, ручки зігнути у ліктьових суглобах, стереотипні рухи (плескає у долоні), не розмовляє, але дуже любить гратися з водою, особливо звертає увагу на воду, яка тече з крана; часто всміхається, має «щасливе обличчя». Сон та апетит у нормі. До цього часу епілептичні напади у дитини не спостерігалися.

Проведено цитогенетичне обстеження та дослідження методом порівняльної геномної гібридизації (Педіатрична та неонатологічна служба, департамент спадкової патології, м. Нім, Франція). За результатами цитогенетичного дослідження було виявлено аномальний чоловічий каріотип de novo: 45,XY,der(15)t(15;15)(q10;q10)dup(15)(q13q11). Методом FISH виявлено ізодіцентричну хромосому 15 батьківського походження, яка утворена двома cen15 й містить дві копії критичної ділянки (15)(q11q13) синдрому Прадера–Віллі/Ангельмана. Така аберація вважається найчастішою рекомбінацією між двома хромосомами 15 і має назву «Проксимальна інвертована дуплікація – invdup(15)». Результати дослідження збігалися з загальною клінічною картиною. Дитині було встановлено діагноз: «Часткова трисомія по 15 хромосомі з синдромом Ангельмана».

Даний випадок ілюструє нетиповий перебіг СА. Такі випадки описані в літературі, але є рідкісними. Частіше у хворих із батьківською ізодіцентричною хромосомою 15, яка має проксимальну інвертовану дуплікацію, основні клінічні симптоми та черепно-лицевий дизморфізм не виражені. У новонароджених з такою аберацією в поодиноких випадках зустрічаються вроджені вади розвитку серця, тетрада Фало, гіпоспадія, крипторхізм, незрощення грудної лімфатичної протоки. Ці обставини утруднюють своєчасне встановлення діагнозу та надання специфічної медичної допомоги.

СА характеризується тим, що виникає спонтанно. Тобто така аномалія може бути у будь-якого новонародженого. СА хоч і є вродженою генетичною аномалією, але чітко проявляє себе не з самого народження. Оскільки для захворювання характерні затримки психічного і фізичного розвитку, визначити

патологію у новонародженого за ознаками досить важко. Симптоми СА не специфічні і можуть бути розглянуті лікарем як наслідки внутрішньоутробної гіпоксії плода. Однак необхідно звернути увагу на наявність наступних проявів: постнатальна мікроцефалія, гіпотонія, порушення сну, підвищена чутливість до високих температур, проблеми з годуванням, вроджений порок розвитку. Якщо педіатр запідозрив такий рідкісний синдром у новонародженого, він повинен направити дитину на консультацію до генетика.

Генетична діагностика показана всім новонародженим зі зниженим гипотонусом, адже це може бути першим сигналом, що свідчить про аномалію. Тільки за допомогою генетичного аналізу можна уточнити діагноз. Також консультація генетика необхідна при наявності хромосомних порушень у батьків. Ризики того, що малюк народиться з таким захворюванням, підвищуються, якщо у одного з батьків є хромосомна аномалія. Головним і єдиним профілактичним заходом СА можна вважати планову вагітність. До зачаття дитини необхідно задуматися про консультацію генетика, а потім і про повне обстеження.

Висновки

Діти з вродженими вадами розвитку та затримкою психофізичного розвитку обов'язково мають бути направлені на консультацію генетика. Такі хворі та їхні батьки потребують обстеження з використанням сучасних цитомолекулярно-генетичних методів діагностики з метою верифікації діагнозу.

Хворі діти, каріотип яких має ізодіцентричну хромосому 15 батьківського походження, що містить дві копії критичної ділянки (15)(q11q13) синдрому Прадера–Віллі/Ангельмана, можуть мати не виражені основні клінічні симптоми та черепно-лицеві дизморфізми СА.

Література

1. Абатуров А. Е. Синдром Ангельмана / А. Е. Абатуров, Л. Л. Петренко, Е. Л. Кривуша // Здоровье ребенка. – 2015. – № 5. – С. 83–92.
2. Абатуров А. Е. Синдром Ангельмана / А. Е. Абатуров, Л. Л. Петренко, Е. Л. Кривуша // Здоровье ребенка. – 2015. – № 6. – С. 119–125.
3. Шевченко А. Синдром Ангельмана: ціна «щастя» / А. Шевченко // Приватний лікар. – 2017. – № 6. – С. 38–39.
4. Molecular cytogenetic analysis of inv dup (15) chromosomes, using probes specific for the Prader-Willi/Angelman syndrome region: clinical implications / J. Leana-Cox, L. Jenkins, C. G. Palmer [et al.] // Am. J. Hum. Genet. – 1994. – № 54: – P. 748–756.
5. Battaglia A. The behavioral phenotype of the idic(15) syndrome / A. Battaglia, B. Parrini, R. Tancredi // Am. J. Med. Genet. C Semin. – 2010. – № 15. – P. 448–455.
6. The idic(15) syndrome: expanding the phenotype / E. C. Galizia, R. Palmer, J. J. Waters [et al.] // Am. J. Med. Genet A. – 2012. – № 158A (6). – P. 1505–1508.

УДК: 616.895:616-055.2:159.922

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ



В. І. Пономарьов

© Пономарьов Володимир Іванович (Україна) – д.мед.н., професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна; 61077, Харків, пл. Свободи 6, кім. 605; e-mail: v.i.ponomaryov@ukr.net; ORCID: 0000-0003-2513-3187.

© Volodymyr Ponomarov (Ukraine) – Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology of School of Medicine, V.N. Karazin Kharkiv National University, 61077; Kharkiv, 6 Svobody Square, r. 605; e-mail: v.i.ponomaryov@ukr.net; ORCID: 0000-0003-2513-3187.

© Пономарёв Владимир Иванович (Украина) – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии медицинского факультета Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина; 61077, Харьков, пл. Свободы 6, к. 605; e-mail: v.i.ponomaryov@ukr.net; ORCID: 0000-0003-2513-3187.



В. І. Вовк

© Вовк Вікторія Ігорівна (Україна) – к.мед.н., доцент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна; 61077, Харків, пл. Свободи 6, кім. 608; e-mail: v.i.vovk@ukr.net; ORCID: 0000-0002-9547-8968.

© Viktoria Vovk (Ukraine) – PhD in Medicine, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology of School of Medicine, V.N. Karazin Kharkiv National University, 61077; Kharkiv, Svobody Sq. 6, r. 608; e-mail: v.i.vovk@ukr.net; ORCID: 0000-0002-9547-8968.

© Вовк Виктория Игоревна (Украина) – к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии медицинского факультета Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина; 61077, Харьков, пл. Свободы 6, к. 608; e-mail: v.i.vovk@ukr.net; ORCID: 0000-0002-9547-8968.



М. М. Міщенко

© Міщенко Марина Михайлівна (Україна) – асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету; 61022, Харків, пр. Науки 4, кім. 7; e-mail: marihy83@gmail.com; ORCID: 0000-0002-4755-9384.

© Marina Mishchenko (Ukraine) – assistant of the Department of Public Health and Healthcare Management of Kharkiv National Medical University; 61022, Kharkiv, 4 Nauki avenue, r. 7; e-mail: marihy83@gmail.com; ORCID: 0000-0002-4755-9384.

© Мищенко Марина Михайловна (Украина) – ассистент кафедры общественного здоровья и управления здравоохранением Харьковского национального медицинского университета; 61022, Харьков, пр. Науки 4, к. 7; e-mail: marihy83@gmail.com; ORCID: 0000-0002-4755-9384.

№ 9, 2018, стор. 17–21

PATOPSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF WOMEN SUFFERING FROM AFFECTIVE PATHOLOGY

Abstract.

The article notes that throughout the world, and in particular in our country, there is a tendency to increase the prevalence of depressive disorders. According to many international studies, a significant proportion of people with this pathology do not receive timely, proper treatment (misunderstanding of the pain will lead to poor awareness about this pathology, fear of a psychiatric diagnosis, etc.), but a large stratum of those who turned for help, in the end refuses to take medication or end the course. It is indicated that according to the WHO, around 350 million people of all age groups suffer from depression around the world. It has been noticed that about 10% of men and 20% of women have a significantly higher risk of developing depressive disorder throughout their lives. According to national statistics in Ukraine, affective disorders among all mental illnesses are found in men at 9.72%, and among women - 20.78%. In addition, the publication presents the results of a pathopsychological survey of women with affective pathology living in rural areas and in the city. In the course of the study, it was found that in patients with a definite pathology there is a high level of depression and comorbid anxiety, regardless of place of residence; while residents of the village demonstrated a higher percentage of auto-aggressive tendencies (80% versus 42% of townspeople). The results of this work enable to conclude that there is a need for a deeper study of premorbid conditions and their specificities, as well as factors that lead to the formation of depression. Given the lower accessibility for rural women, psychiatric and psychotherapeutic care, more attention should be paid to the detection and treatment of depression and psychoprophylaxis in this environment.

Key words:

affective pathology, depressive disorders, women, village, city.

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Аннотация.

В статье отмечено, что во всем мире, и в частности в нашей стране, существует тенденция к увеличению распространенности депрессивных расстройств, однако по данным многих международных исследований, значительный удельный вес лиц с данной патологией не получает своевременного полноценного лечения (учитывая непонимание болезненности своего состояния, плохой информированности в отношении данной патологии, страха перед психиатрическим диагнозом и т.д.), а большая прослойка тех, кто обратился за помощью, в результате отказывается принимать медикаментозные средства или не заканчивает курс лечения. Указано, что по данным ВОЗ, депрессией во всем мире страдает около 350 миллионов жителей всех возрастных категорий населения. Замечено, что около 10% мужчин и 20% женщин имеют значительно высокий риск развития депрессивного расстройства в течение всей жизни. По отечественным статистическим данным в Украине аффективные расстройства среди всех психических болезней встречаются среди мужчин в 9,72%, а среди женщин - в 20,78%. Кроме этого, в публикации приведены результаты патопсихологического обследования женщин с аффективной патологией, проживающих в сельской местности и в городе. В процессе исследования выявлено, что у пациенток с определенной патологией существует высокий уровень депрессии и коморбидной тревоги, независимо от места проживания; при этом жительницы села продемонстрировали высокий процент аутоагрессивных тенденций (80% против 42% у горожан). Результаты проведенной работы позволяют сделать вывод о необходимости более глубокого изучения преморбидных состояний и их особенностей, а также факторы, которые приводят к формированию депрессии. Учитывая меньшую доступность для женщин, проживающих в сельской местности, психиатрической и психотерапевтической помощи, необходимо уделять больше внимания выявлению и лечению депрессивных расстройств и их психопрофилактике в этой среде.

Ключевые слова: аффективная патология, депрессивные расстройства, женщины, село, город.

ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА АФФЕКТИВНУ ПАТОЛОГІЮ

Анотація.

У статті відзначено, що в усьому світі, і, зокрема, у нашій країні, існує тенденція до збільшення поширеності депресивних розладів, проте за даними багатьох міжнародних досліджень, значна частка осіб з цією патологією не отримує своєчасного повноцінного лікування (з огляду на нерозуміння хворобливості свого стану, поганої інформованості у відношенні даної патології, остраху перед психіатричним діагнозом, тощо), а великий прошарок тих, хто звернувся за допомогою, у результаті відмовляється приймати медикаментозні засоби чи не закінчує курс лікування. Вказано, що за даними ВОЗ, на депресію у всьому світі страждає близько 350 мільйонів мешканців усіх вікових категорій населення. Помічено, що близько 10% чоловіків та 20% жінок мають значно вищий ризик розвитку депресивного розладу на протязі усього життя. За вітчизняними статистичними даними в Україні афективні розлади серед усіх психічних хвороб зустрічаються серед чоловіків у 9,72%, а серед жінок – у 20,78%. Окрім цього, у публікації наведено результати патопсихологічного обстеження жінок з афективною патологією, які мешкають у сільській місцевості та в місті. У процесі дослідження виявлено, що в пацієнток з визначеною патологією існує високий рівень депресії і коморбідної тривоги, незалежно від місця проживання; при цьому мешканки села продемонстрували вищий відсоток аутоагресивних тенденцій (80% проти 42% у городян). Результати проведеної роботи дозволяють зробити висновки про необхідність більш глибокого вивчення преморбідних станів і їх особливостей, а також чинників, які призводять до формування депресії. З огляду на меншу доступність для жінок, які проживають у сільській місцевості, психіатричної та психотерапевтичної допомоги, необхідно приділяти більше уваги виявленню та лікуванню депресивних розладів та їх психопрофілактиці у цьому середовищі.

Ключові слова: афективна патологія, депресивні розлади, жінки, село, місто.

Введение

По оценкам ВОЗ, от депрессии страдает во всем мире 350 миллионов человек всех возрастных групп. Отмечается, что у 10% мужчин и 20% женщин существует высокий процент вероятности возникновения этого расстройства в течение жизни [1]. В Украине среди всех психических заболеваний аффективные расстройства встречаются среди мужчин у 9,72%, среди женщин – у 20,78%. [2]. Данные современных исследований свидетельствуют, что большинство людей, которые страдают от депрессив-

ных нарушений, не обращаются за квалифицированной помощью (ввиду непонимания болезненности своего состояния, плохой информированности, страха психиатрического диагноза и т. д.), а большая часть тех, кто обратился, не принимает антидепрессанты амбулаторно или не заканчивает курс лечения [1; 3].

В последние годы все чаще появляются работы по изучению особенностей депрессий в зависимости от места проживания – в сельской или городской местности [3–7]. Сельские жители значительно хуже обеспечены медицин-

ской помощью на дому, поэтому количество их посещений врачом в 3-4 раза ниже, чем городских [3]. Кроме этого, среди факторов, ухудшающих выявление депрессий и обращаемость за медицинской специализированной помощью в сельской местности, исследователями выделяются:

- **социальные факторы** (отсутствие анонимно- и амбулаторно-консультативной служб, отсутствие психотерапевтической помощи, более низкий уровень образованности, меньшая информированность о заболевании, недоступность дорогостоящего лечения);
- **медицинские факторы** (низкий уровень диагностики депрессий, затруднения вербализации жалоб, соматизация жалоб);
- **ментальные факторы** (ответственность за ведение домашнего хозяйства, стигматизация, особенности менталитета, недоверие к врачам в связи с негативным опытом – собственным или односельчан) [3; 4; 7].

Ежегодно более 800 тыс. человек погибают в результате самоубийств – второй по значимости причины смерти среди людей в возрасте 15–29 лет. Проведенные в отдельных регионах Украины исследования свидетельствуют о том, что в сельской местности количество суицидов выше, чем в городе, и это соотношение имеет тенденцию к росту. [8; 9].

Усложняет эту проблему в сельской местности недостаточность обеспечения медицинской помощью, отдаленность медицинских учреждений от мест проживания населения и нехватка квалифицированных кадров. А диагностика и своевременное распознавание депрессивных расстройств являются сегодня высокоактуальной задачей, в первую очередь, в связи с социально-экономическими факторами.

Депрессивные расстройства входят в пятерку основных заболеваний человека, обуславливающих инвалидность и летальный исход. Занимая в этой категории на данный момент IV место, согласно данным Всемирного Банка, к 2030 году депрессии выйдут на II место, оставив позади дорожно-транспортные происшествия, войны, СПИД и онкологические заболевания и уступив лишь ишемической болезни [10; 11].

Цель и задачи исследования

Целью работы было сравнение патопсихологических особенностей эмоциональной сферы сельских и городских женщин с аффективной патологией и выявление особенностей течения заболевания в зависимости от места проживания.

Материалы и методы исследования

Было обследовано 22 пациентки, находившихся на стационарном лечении в Харьковской областной клинической психиатрической больнице № 3 по поводу аффективной патологии. Нозоформы обследованных были представлены тремя группами:

- биполярное аффективное расстройство, текущий депрессивный эпизод (F31.3 и F31.4);
- депрессивный эпизод (F32);
- рекуррентный депрессивный эпизод (F33).

Все пациенты были женского пола. Средний возраст обследованных составил 56 ± 10 лет. Жителей городской местности было 12, сельской местности – 10.

В ходе исследования были использованы клинический опрос, шкала Монтгомери–Асберг для оценки депрессии (MADRS) и госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Оценка эмоционального состояния пациента по шкале Монтгомери–Асберг (MADRS) базируется на клиническом интервью, в результате которого выявляется и уточняется симптоматика, а также оценивается ее выраженность. При подсчете результатов шкалы каждый пункт оценивается от 0 до 6 – от наименьшей выраженности к наивысшей; суммарный балл при этом составляет от 0 до 60:

- 0–15 б. говорят об отсутствии депрессивного эпизода;
- 16–25 б. указывают на малый депрессивный эпизод;
- 26–30 б. свидетельствуют о депрессивном эпизоде умеренной тяжести;
- свыше 30 б. подтверждают наличие большого депрессивного эпизода.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) отражает уровень и соотношение тревожно-депрессивной симптоматики в субъективных оценках пациента. Выраженность у себя каждого из 14 утверждений, относящихся к двум субшкалам (субшкала тревоги и субшкала депрессии), пациент оценивает в баллах (от 0 до 3), которые затем суммируются. Условно-нормативным считается уровень ниже 7 б., показатель 7–10 б. рассматривается как субклинический, а выше 10 б. – как индикатор клинически выраженной тревоги/депрессии.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам опросов были получены следующие данные.

Нарушения сна были выявлены у всех исследуемых – как из сельской местности, так и из городской. Проявлялись они в трудности при засыпании, тревожных сновидениях, поверхностном непродолжительном сне, дневной сонливости.

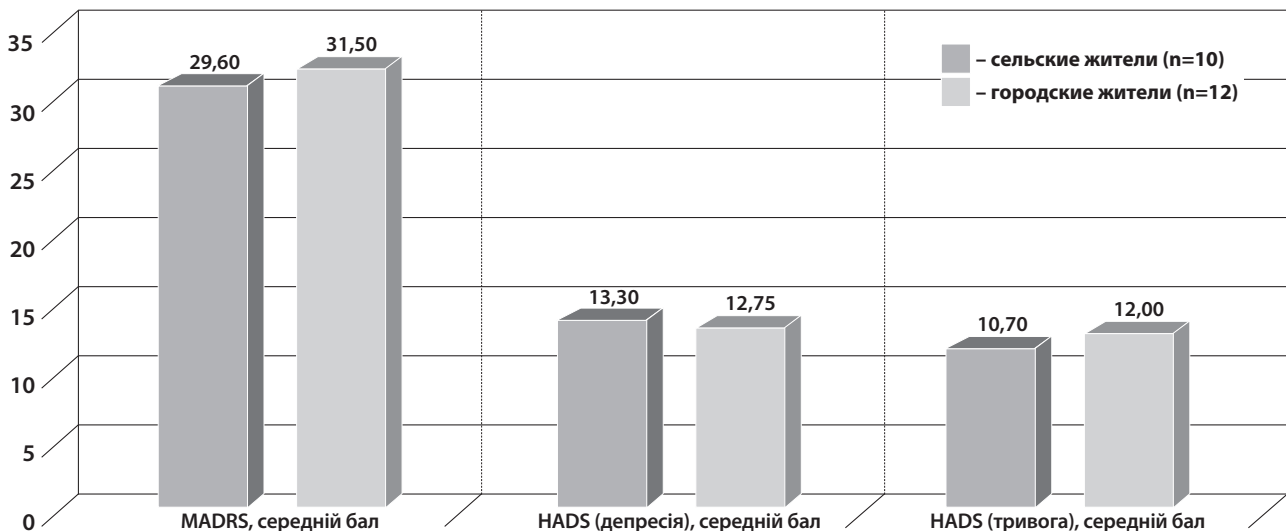


Рис. Результаты психометрического исследования депрессий у женщин, страдающих аффективной патологией

Субъективное ощущение немотивированной тревоги (по поводу собственного состояния, а также беспокойство за близких, ощущение неопределенной угрозы и как следствие – появление неуверенности) наблюдалось у 75% горожанок и у 70% – сельских жительниц.

Утомляемость или снижение активности, физическая слабость установлены у 67% городских и 60% сельских жительниц. Также отмечались снижение уровня влечений и побуждений, брадипсихичность, адинамия, переживание бесперспективности, бессмысленности происходящего, истощаемость психических и физиологических процессов, общее бессилие.

Явления тоскливого аффекта, витальности, чувства вины, идеи собственной неполноценности наблюдались в 50% случаев городских и в 60% – жительниц сел.

Нарушения аппетита отмечалось у 33% обследованных городских жительниц и 30% – сельских. Эти нарушения проявлялись как в снижении, так и в болезненном повышении аппетита и соответствующем уменьшении или увеличении массы тела.

Снижение настроения в той или иной степени наблюдались у всех обследованных.

Суицидальные мысли или тенденции были выявлены у 42% жителей городской и 80% – сельской местности.

Квалификация депрессии у страдающих аффективной патологией женщин с помощью психометрических шкал дала следующие результаты (**рис.**).

Исследование пациенток из сельской местности с помощью шкалы MADRS выявило средний балл 29,6, что свидетельствует об умеренно выраженном депрессивном эпизоде. Подшкала тревоги психометрической шка-

лы HADS дала средний балл 10,7; подшкала депрессии – 13,7, что является индикатором клинически выраженной тревоги и депрессии соответственно.

У городских женщин по шкале MADRS определен средний балл 31,5, что свидетельствует о большом депрессивном эпизоде. По шкале HADS установлен средний показатель тревоги 12 б., депрессии – 12,75 б.; это, как и в группе сельских жительниц, указывает на клинически выраженную тревогу и депрессию.

Таким образом, оценки психометрических шкал подтвердили клинические диагнозы пациентов. Существенной разницы в показателях между двумя группами сельских и городских жителей выявлено не было.

Проведенное исследование выявило достаточно высокий уровень депрессии и коморбидной тревоги у женщин как городской, так и сельской местности. Можно сделать вывод о необходимости более глубокого изучения преморбидных особенностей и факторов, которые приводят к формированию депрессии в зависимости от места проживания. Это даст возможность разработать эффективные методы профилактики, которые будут способствовать скорейшему формированию качественной ремиссии и направлены на предотвращение формирования этой патологии.

Пациенты обеих групп получали терапию с целью снижения выраженности и избавления от клинических проявлений депрессии, снижения рисков обострения и развития следующего депрессивного эпизода, а так же для восстановления социального функционирования.

Основой лечения была фармакотерапия с использованием антидепрессантов, анксиолитиков, стабилизаторов настроения, анти-

конвульсантов, нейролептиков, ноотропов, а также психотерапевтическая коррекция. Препаратами выбора являлись антидепрессанты, терапия которыми была длительной, проводилась адекватными дозировками; выбор лекарственных средств осуществлялся в зависимости от симптоматической структуры конкретного заболевания, учитывались безопасность препарата, индивидуальная переносимость, удобство в применении, экономическая эффективность.

Выделялись следующие этапы терапевтического воздействия: активная терапия для формирования ремиссии, поддерживающая терапия для предотвращения рецидива, поддерживающее лечение для предотвращения обострения. В начале лечения предпочтение отдавалось использованию одного антидепрессанта. При полном отсутствии его терапевтического эффекта на протяжении четырех недель появлялась необходимость перехода к другому антидепрессанту. При незначительном улучшении аффективного состояния еще 2 недели продолжалась начатая терапия выбранным препаратом, а в случае отсутствия терапевтического эффекта переходили к другому антидепрессанту.

Важная роль в терапии депрессий отводилась психотерапевтическим методам, главными задачами которых были успешное формирование комплайенса, проведение адекватной психоэдукации (особенно в отно-

шении всех видов лечебных процедур и лекарственных назначений).

После окончания лечения у всех пациенток наблюдалась ремиссия депрессивных проявлений. Катамнестическое исследование, проведенное через полгода после завершения терапии, показало, что 75% городских и только 50% сельских жителей продолжали поддерживающее лечение с соответствующим ухудшением аффективного состояния у тех, кто отказался от приема антидепрессивной противорецидивной терапии.

Выводы

В процессе проводимого исследования был выявлен высокий уровень депрессии и коморбидной тревоги у женщин, страдающих аффективной патологией, проживающих как в сельской местности, так и в городе. При этом у сельских жительниц отмечался более высокий, чем у горожанок, процент аутоагрессивных тенденций (80% против 42% соответственно). Полученные в ходе исследования результаты свидетельствуют о необходимости более глубокого изучения преморбидных особенностей и факторов, которые приводят к формированию депрессии. Так же очевидно, что необходимо больше внимания уделять депрессивным расстройствам и их психопрофилактике в сельской среде; это особенно актуально из-за меньшей доступности психиатрической и психотерапевтической помощи для этого контингента больных.

Литература

1. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади: керівництво для лікарів / В. Д. Мішиєв. – Львів: видавництво мс, 2004. – 208 с.
2. Костюченко С. И. Эпидемиология психического здоровья в Украине / С. И. Костюченко // *НейроNews*. – 2008. – № 2. – С. 9–13.
3. Марута Н. А. Депрессивные расстройства у жителей сельской местности (клинико-психопатологическая характеристика, диагностика и лечение): монограф. / Н. А. Марута. – К.: Печатная Лавка, 2011. – 146 с.
4. Белостоцкая Ж. И. Принципы диагностики и дифференциальной диагностики депрессивных расстройств у жителей сельской местности / Ж. И. Белостоцкая // *Укр. вісн. психоневрології*.— 2007. – Т. 15, вип. 3 (52).— С. 33–36.
5. Белостоцкая Ж. И. Особенности личности и депрессивных расстройств у жителей сельской местности / Ж. И. Белостоцкая // *Медицинская психология*. – 2007. – Т. 2, № 4. – С. 28–33.
6. Марута Н. О. Депресивні розлади у мешканців сільської місцевості: клініко-психопатологічна характеристика, діагностика та терапія / Н. О. Марута, Ж. І. Білостоцька // *Архів психіатрії*. – 2008. – Т. 14, № 3. – С. 14–19.
7. Матвиенко Ж. И. Сравнительный анализ алкогольной коморбидности (с учетом отягощенной ал-
- когольной зависимостью наследственности) у больных депрессивными расстройствами, проживающих в сельских и городских регионах / Ж. И. Матвиенко, И. Л. Вовк, В. И. Вовк // *Матеріали XVI Укр. наук.-практ. конф. з міжнародною участю «Довженківські читання: Редукція вживання алкоголю – нова наркологічна парадигма»*, присвяченої 97-й річниці з дня народження Заслуженого лікаря СРСР О. Р. Довженка. – Харків: Видавництво «Плеяда», 2015. – С. 129–131.
8. Пинчук И. Я. Проблема психического здоровья пожилых людей в Украине / И. Я. Пинчук // *Нейро NEWS*. – 2008. – № 2 (07). – С. 6–8.
9. Рудь В. О. Епідеміологічний аналіз суїцидальної смертності в чоловічій популяції Полтавської області за 15 років / В. О. Рудь // *Медицинские исследования*.— 2001.— Т. 1, вып. 1.— С. 127–128.
10. Пантюк И. В. Биологические и социально-психологические особенности лиц, страдающих депрессивными расстройствами / И. В. Пантюк, Ю. В. Ермаленок // *Психотерапия и клиническая психология*. – 2007. – № 3 (22). – С. 30–33.
11. Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine Findings from the Ukraine World Mental Health survey / E. J. Bromet, S. F. Gluzman, V. I. Paniotto [et al.] // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2005. – № 40. – P. 681–690. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16160752>

УДК: 616.891.2

ВОПРОСЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ИСТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КОНТЕКСТЕ ТРУДОВ Э. КРЕЧМЕРА И И. П. ПАВЛОВА



В. Ф. Простомолотов

© **Простомолотов Валерий Федорович** (Україна) – д.мед.н., професор кафедри клінічної психології, Одеський національний університет імені І. І. Мечникова, вул. Дворянська, 2, м. Одеса, 65058; e-mail: stomolot@onu.edu.ua; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8586-4013>.

© **Valerii Prostomolotov** (Ukraine) – MD, PhD in Medicine, Professor of the Department of Clinical Psychology, I. I. Mechnikov Odesa National University, 2 Dvorianska Street, Odesa, 65058; e-mail: stomolot@onu.edu.ua; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8586-4013>.

© **Простомолотов Валерий Федорович** (Украина) – д.мед.н., профессор кафедры клинической психологии, Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова, ул. Дворянская, 2, г. Одесса, 65058; e-mail: stomolot@onu.edu.ua; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8586-4013>.

№ 9, 2018, стр. 22–31

ISSUES OF ETHIOPATHGENESIS OF ISTERIC DISORDERS IN THE CONTEXT OF LABOR E. KRECHMERA AND I.P. PAVLOVA

Abstract.

The scientific basis of this article, devoted to the etiopathogenesis of hysteria, is the works of the classical psychiatrist E. Kretschmer and one of the founders of psyhoneurophysiology, Nobel Prize winner in medicine I. Pavlov. Fifty years' experience of the author in the field of clinical psychotherapy makes it possible to scientifically investigate the phenomenon of the ever-young and constantly changing form, but not in content, of the ancestor of hysteria, to make, so to speak, its longitudinal and transverse cut. This allows us to outline practical therapeutic measures (biological and psychological) from its therapy and prevention, including in the field of education and pedagogy. Much of a special interest, according to Kretschmer's sense of humor, is a group in which the instinctive tendency for protection and escape before threatening situations of life is manifested through the use of any appropriate circumstances (for example, transforming the healing lashes that go to recovery, the hysterical lameness, the occasional stomach upset - in hysterical vomiting; mild consequences of slaughter of a head - in mental imbalance, etc.). The general tendency of the last decades to the so-called somatization of neurotic disorders has affected, first of all, hysteria. Pseudo-somatic and pseudo neurological disorders are manifested in the special hyperkinesis and discoordination of movements, in the air and in attacks of palpitation, in various disorders of the function of the gastrointestinal tract, the system of urination, and others. These disorders have their own specificity, which is significantly different from similar manifestations in other forms of neurotic disorders (neurasthenia, obsessive-compulsive), above all, the inconsistency of the mass of complaints with objective research, as well as the characteristic hysterical camouflage.

Key words:

hysteria, etiopathogenesis, clinic, psyhoneurophysiology, somatization of neurotic disorders, features of psychotherapy.

ВОПРОСЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ИСТЕРИЧЕСКИХ РАСТРОЙСТВ В КОНТЕКСТЕ ТРУДОВ Э. КРЕЧМЕРА И И. П. ПАВЛОВА

Анотация.

Научной основой этой статьи, посвященной этиопатогенезу истерии, являются труды классика психиатрии Э. Кречмера и одного из основателей психонейрофизиологии, нобелевского лауреата по медицине И. П. Павлова. Пятидесятилетний опыт работы автора в области клинической психотерапии позволяет научно исследовать феномен вечно юной и постоянно меняющейся по форме - но не по содержанию - бабушки истерии, сделать, так сказать, ее продольный и поперечный срез. Это позволяет наметить практические лечебные мероприятия (биологические и психологические) с целью ее терапии и профилактики, в том числе - в сфере воспитания и педагогики. Значительно особый интерес, согласно пониманию Кречмера, представляет группа, в которой проявляется инстинктивная тенденция к защите и бегству перед угрожающими жизненными ситуациями с использованием любых соответствующих обстоятельств (например, трансформировать ишиас, который идет на поправку, в истерическую хромоту; случайное расстройство желудка - в истерическую рвоту, легкие последствия ушиба головы - в воображаемое слабоумие и т.д.) Общая тенденция последних десятилетий к так называемой соматизации невротических расстройств коснулась, в первую очередь, истерии. Псевдосоматические и псевдоневрологические расстройства проявляются и в особых гиперкинезах и дискоординации движений, в глухоте и в приступах сердцебиения, в различных расстройствах функции желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы и др. Эти расстройства имеют свою специфику, значительно отличающуюся от аналогичных проявлений при других формах невротических расстройств (неврастении, обсессивно-компульсивном), прежде всего, несоответствием массы жалоб данным объективных иссле-

дований, а также характерным имеющимся истерическим камуфляжем.

Ключевые слова: истерия, этиопатогенез, клиника, психонейрофизиология, соматизация невротических расстройств, особенности психотерапии.

ПИТАННЯ ЕТІОПАТОГЕНЕЗУ ІСТЕРИЧНИХ РОЗЛАДІВ У КОНТЕКСТІ ПРАЦІ Е. КРЕЧМЕРА ТА І. П. ПАВЛОВА

Анотація.

Науковою основою цієї статті, присвяченої етіопатогенезу істерії, є праці класика психіатрії Е. Кречмера і одного з засновників психонейрофізіології, нобелівського лауреата з медицини І. П. Павлова. П'ятидесятирічний досвід роботи автора в галузі клінічної психотерапії дозволяє науково досліджувати феномен вічно юної і постійно мінливої за формою – але не за змістом – бабусі істерії, зробити, так би мовити, її поздовжній і поперечний зріз. Це дає змогу намітити практичні лікувальні заходи (біологічні та психологічні) з метою її терапії та профілактики, в тому числі – у сфері виховання й педагогіки. Значно особливий інтерес, згідно з розумінням Кречмера, представляє група, в якій проявляється інстинктивна тенденція до захисту і втечі перед загрозливими життєвими ситуаціями з використанням будь-яких відповідних обставин (наприклад, трансформувати ішіас, що йде до одужання, в істеричну кульгавість; випадковий розлад шлунка – в істеричну блювоту; легкі наслідки забою голови – в уявне недоумство і т. д.) Загальна тенденція останніх десятиліть до так званої соматизації невротичних розладів торкнулася, в першу чергу, істерії. Псевдосоматичні і псевдоневрологічні розлади проявляються і в особливих гіперкінезах і дискоординації рухів, у задусі і в нападах серцебиття, у різноманітних розладах функції шлунково-кишкового тракту, системи сечовиділення та ін. Ці розлади мають свою специфіку, значно відмінну від аналогічних проявів при інших формах невротичних розладів (неврастенії, obsесивно-компульсивному), перш за все, невідповідністю маси скарг даним об'єктивних досліджень, а також характерним наявним істеричним камуфляжем.

Ключові слова: істерія, етіопатогенез, клініка, психонейрофізіологія, соматизація невротичних розладів, особливості психотерапії.

Согласно представлениям основателя психоанализа, различные двигательные нарушения, расстройства чувствительности, боли, функциональные расстройства внутренних органов при истерии возникают в результате конверсии – бессознательного вытеснения конфликтных переживаний (в частности, эдипова комплекса) из психической сферы в соматическую. Появление соматического симптома, символически выражающего содержание вытесненных переживаний, дает пациенту (чаще пациентке) с истерическим неврозом эмоциональное облегчение – иначе говоря, благодаря конверсии боль, страдание из области душевной переходит в ту или иную область тела.

Признавая в отдельных случаях возможность участия символических механизмов и конверсии в патогенезе истерических псевдосоматических и псевдоневрологических расстройств, все же полагаем, что в фундаментальных работах Нобелевского лауреата по медицине (1904 г.) И. П. Павлова [1] и многоопытного клинициста, знаменитого немецкого психиатра Э. Кречмера [2] доказано, что в подавляющем большинстве случаев, особенно наиболее типичных, патология развивается по другим, естественным, природным и психофизиологическим законам, не отрицающим, а научно и реалистически объясняющим психологические факторы, в том числе, личностные особенности и психогении. Учитывая важность этих работ для

понимания психо-физиологических механизмов истерии, приводим достаточно подробно выдержки из них, особенно из фундаментальной работы Павлова.

Э. Кречмер в классическом труде «Об истерии» (1928) [2] объясняет истерические реакции как следствие борьбы, конфликта между автоматическими, подкорковыми механизмами и сознанием; рассматривает «истерические явления как преимущественно смутные импульсивные виды реакций, встречающиеся у людей с несложной, примитивной или несозревшей психикой, и лишь сравнительно редко у высоко дифференцированных загадочных личностей с запутанным построением переживаний» (с. 6).

Далее он писал: «Истерическими мы называем преимущественно такие психогенные формы реакций, при которых представления и связанные с ними двигательные проявления пользуются инстинктивными, рефлекторными или какими-либо другими биологически образованными механизмами <...> Истерия особенно охотно вырастает на двух почвах: на влечении к самосохранению, в форме испуга и страха по отношению к опасным положениям, и затем на почве всевозможных аффектов и конфликтов, сопровождающих половую жизнь».

Поскольку истерички часто выходят замуж назло или по расчету, особенно за мужчин, занимающих высокое социальное положение, это обрекает их на дисгармоничную

сексуальную супружескую жизнь. Сексуальная неудовлетворенность, в свою очередь, вызывает у них эмоциональные расстройства и вегетативные дисфункции с типичной клинической картиной истерических неврологических реакций, имитирующих практически любое заболевание. Поэтому они лечатся в клиниках внутренних болезней, но чаще все-таки – в клинике нервных болезней, что иллюстрирует следующее наблюдение.

Во время профессорского обхода заведующего кафедрой нервных болезней КГМИ Бориса Ивановича Шарапова ассистент представил больную с множеством истерических симптомов. Профессор, внимательно осмотрев демонстративную молодую женщину, спросил:

– А кто муж у тебя, деточка?

– Полковник, - ответила больная.

Многоопытный пожилой профессор Шарапов, известный во врачебном и студенческом коллективах своим остроумием и ироничностью, в ответ на это заметил:

– Лучше бы лейтенант.

И двинулся дальше.

Кречмер писал: «Главную массу истерических явлений можно свободно сгруппировать вокруг биологического радикала (здесь и далее выделено авт. – В.П.) **примитивной двигательной бури** (куда он относил истерические припадки, самые разнообразные, сопровождающиеся криками, бурными движениями, рыданиями), а вторую, гипноидно-ступорозную группу – вокруг **рефлекса мнимой смерти**» (куда он относил обмороки–полуобмороки, амавроз, афонию, мутизм, истерические аналгезии, параличи и ступор).

Описывая, как в природе действуют в качестве защитных обе эти группы реакций, Кречмер указывает на их эволюционное происхождение: «Двигательная буря и у инфузории, и у птицы достигает своей регуляторной цели <...> Толпа людей при землетрясении поступает так же, как запертая птица». Но далее он отмечает уже важную особенность возникновения истерических реакций у человека: «Третья большая и важная группа представляет менее общий биологический интерес, потому что ее механизмы по своей природе наблюдаются у животных лишь в редких случаях. Это группа соответствующих случаю нагромождений истерических перестановок или закрепления других преходящих болезней и последствий от повреждений. И здесь проявляется **инстинктивная тенденция к защите и бегству перед угрожающими жизненными ситуациями с использованием любого подходящего обстоятельства, на-**

пример, трансформировать идущий к выздоровлению ишиас в истерическую хромоту, случайное расстройство желудка в истерическую рвоту, легкие последствия ушиба головы в мнимое слабоумие».

Каждому мало-мальски знакомому с истерическими проявлениями у соответствующих личностей становятся понятными и причины (в трактовке Кречмера), и механизмы развития болезненных симптомов. Главная из них – **незрелость личности и демонстративное поведение**, затем уже – характер психотравмирующих переживаний, а клинические проявления носят общебиологический характер. Часто у таких личностей наблюдается высокая психосоматическая проводимость. Все это выражено опытным клиницистом четко и убедительно.

В глубоко содержательной итоговой статье «Проба физиологического понимания истерии» (1932), посвященной обсуждаемой проблеме, И.П.Павлов приходит к следующему заключению: «Клиницисты, характеризуя истерию, в зависимости от школы выдвигают в качестве основных признаков общие или отдельные особенно резкие симптомы этого состояния, как, например, возврат к инстинктивной, то есть эмоциональной или даже рефлекторной, жизни; внушаемость, производя все поведение истеричных и так называемые стигматы истерии (аналгезию, параличи и т.д.) из внушения и самовнушения; кто выдвигает на первый план волю к болезни, бегство в болезнь; кому особенно импонирует в болезни фантастичность, отсутствие реального отношения к жизни; кто считает болезнь хроническим гипнозом, и, наконец, некоторые говорят об уменьшении способности психического синтеза или нарушении единства «я». Надо думать, что **все эти представления в целом обнимают полностью весь симптомокомплекс истерии и все существо болезни**».

Затем, переходя к наиболее существенным вопросам этиопатогенеза, И.П.Павлов фокусирует мысль на главном: «Прежде всего нужно считать общепризнанным, что **истерия есть продукт слабой нервной системы** <...> У истеричных при остром и резком задерживании коры под влиянием непосильных для нее раздражений, а таких при ее слабости немало, наступают разные аффективные взрывы и судорожные припадки то в виде более или менее определенных инстинктивных и рефлекторных деятельностей, то в совершенно хаотической форме соответственно локализации и передвижению торможения в коре и подкорке, то бли-

жайшей, то более отдаленной. Если же торможение распространяется глубже вниз по головному мозгу, то мы имеем уже другое, крайнее, но пассивное состояние истерического организма в виде глубокого гипноза и, наконец, полного сна, продолжающегося не только часы, но даже многие дни (летаргия) <...> Хроническая слабость коры непременно образом обуславливает и постоянное особое состояние истерических – это эмотивность. **Истеричный субъект живет в большей или меньшей степени не рассудочной, а эмоциональной жизнью, управляется не корковой деятельностью (рассудком), а подкорковой (эмоциями)**».

Далее И. П. Павлов указывает также на обусловленную корковой слабостью высокую внушаемость истерических: «Что есть внушение и самовнушение? Это есть концентрированное раздражение определенного пункта или района больших полушарий в форме определенного раздражения, ощущения или **следа его – представления**, то вызванное эмоцией, т. е. раздражением из подкорки, то произведенное экстренно извне, то произведенное посредством внутренних связей, ассоциаций, – раздражение, получившее преобладающее, незаконное и неодолимое значение. Оно существует и действует <...> потому, что при слабой коре, при слабом, низком тоне оно, как концентрированное, сопровождается сильной отрицательной индукцией, оторвавшей его, изолировавшей его от всех посторонних необходимых влияний. Это и есть механизм внушения».

Здесь, заметим, уместно выделить, повторить и подчеркнуть, что **самовнушение у личностей, предрасположенных к истерии, часто возникает, как бы на равном месте, без внешне видимых причин** (для непосвященных, конечно). Однако эти причины с научной точностью определены И. П. Павловым, объясняющим эти явления кортикальной слабостью, происходящим отсюда «буйством подкорки» с известной бесконтрольной эмотивностью и злополучным следом «концентрированного раздражения определенного пункта больших полушарий в форме (не только определенного раздражения или ощущения, но и **представления (!) – В. П.**»

Все эти «невидимки», особенно последняя – **«представления»** – реализуются по выше сформулированным психофизиологическим, в том числе условно-рефлекторным, механизмам.

«Вследствие постоянных посторонних и неумышленных внушений, а также и самовну-

шений, жизнь истерика переполнена всевозможными необыкновенными и своеобразными явлениями. Но таких случаев у истерика в обычной жизни множество. Не только ужасы войны, но и много других опасностей для жизни (пожар, несчастие на железной дороге и т. д.), длинный ряд жизненных ударов, как потеря дорогих лиц, обманутая любовь и другие обманы жизни, лишение имущества, разгром убеждений и верований и т. д. и вообще трудные условия жизни: несчастный брак, борьба с нищетой, истязание чувства собственного достоинства и т. д. вызывают сразу или наконец у слабого человека сильнейшие реакции с разными ненормальными, так называемыми соматическими симптомами. Многие из этих симптомов, как происшедшие в момент сильного возбуждения, запечатлеваются в коре надолго или навсегда [1] <...> Симптомы, способные в нормальном субъекте со временем изгладиться, вследствие ли боязни за их ненормальность, за их неудобство, прямую вредность или даже только неприличность... у слабого субъекта, который является жизненным инвалидом, неспособным положительными качествами вызвать к себе внимание, уважение, расположение, будет действовать мотив для продолжения и закрепления болезненных симптомов. **Отсюда и бегство, воля к болезни как характернейшая черта истерии.** Истерика часто можно и должно представлять даже при обыкновенных условиях жизни хронически загипнотизированным в известной степени, так как при известной слабости его коры и обыкновенные раздражители являются сверхмаксимальными и сопровождаются разлитым запредельным торможением, как это мы видим в наблюдаемой нами на животных парадоксальной фазе гипноза. Тогда, помимо зафиксированных тормозных симптомов, подобно положительным, происшедшим в момент сильной нервной травмы, эти же тормозные симптомы могут возникнуть у истерика-гипнотика путем внушения и самовнушения. **Всякое представление о тормозном эффекте из боязни ли, из интереса или выгоды, сосредотачиваясь повторно и усиливаясь в коре, в силу эмоциональности истерика совершенно так же, как в гипнозе слово гипнотизера, вызовет и зафиксирует эти симптомы на продолжительное время, пока, наконец, более сильная волна раздражения при каком-либо случае не смоет эти тормозные пункты.**

Тем же механизмом самовнушения у истерика произойдет и масса других симптомов (При проведении познаватель-

но-поведенческой психотерапии, разъясняя действие механизмов внушения и самовнушения, особенно истерическим пациентам, необходимо, четко различать трактовку этого явления с позиций научных взглядов Сеченова–Павлова и существующие в народе. – В. П.). Всякое легкое болезненное ощущение или какое-либо легкое ненормальное затруднение в какой-либо органической функции сопровождается у истерика эмоцией страха серьезной болезни, и этого будет достаточно, чтобы эти ощущения, опять же описанным выше механизмом, не только поддерживались, но усилились и разрослись до чрезвычайных размеров, делающих субъекта инвалидом [1]

<...> К своеобразным случаям истерического самовнушения относятся, например, несомненные случаи ложной беременности с соответствующими изменениями в грудных железах, с усиленным отложением жира в брюшной стенке. Это лишний раз подтверждает представительство в коре не только деятельности всех органов, но даже и отдельных тканей. Сюда же должны быть отнесены состояния и стигматы различных религиозных экстаиков. Раз точный исторический факт, что христианские мученики не только терпеливо переносили, но и с радостью шли на мучения и умирали с хвалой тому, во имя кого они собой жертвовали, то перед нами яркое доказательство силы самовнушения [1]

<...> Если сила внушения и самовнушения такова, что даже уничтожение организма может происходить без малейшей физиологической борьбы со стороны организма, то, при доказанной широкой возможности влияния коры на процессы организма, с физиологической точки зрения легко могут быть поняты произведенные путем внушения и самовнушения частичные нарушения целостности организма (речь идет о т. н. Христовых знаках – кровоподтеках в области кистей рук и стоп, прибитых гвоздями к кресту при распятии Иисуса. – В. П.) при посредстве также теперь доказанной трофической иннервации [1]

<...> Нужно остановиться на фантастичности, оторванности от реальной жизни и на частых сумеречных состояниях истерических <...> эти симптомы связаны друг с другом. Как показывают наблюдения Бернгейма и других на загипнотизированных здоровых субъектах, а также и наши, проведенные в физиологической части наблюдения над собаками, **нужно признать длинный ряд степеней гипнотического состояния, от едва отличимой от бодрого состояния степени**

до полного сна. Чтобы охватить и понять эти степени специально у человека, необходимо остановиться на следующих вопросах.

Жизнь отчетливо указывает на две категории людей: художников и мыслителей. Между ними резкая разница. Одни – художники, во всех их родах: писателей, музыкантов, живописцев и т. д. захватывает действительность целиком, сплошь... без всякого дробления, без всякого разъединения. Другие – мыслители, именно дробят ее, и тем самым умерщвляют ее, делая из нее какой-то временный скелет и затем только постепенно как бы снова собирают ее части и стараются их таким образом оживить, что вполне им все-таки так и не удается. Эта разница особенно выступает в так называемом эйдетизме у детей. Цельное воспроизведение действительности вообще мыслителю совершенно недоступно. Вот почему величайшая редкость в человечестве соединение в одном лице великого художника и великого мыслителя. У художников деятельность больших полушарий затрагивает всего меньше лобные их доли и сосредоточивается главнейшим образом в остальных отделах; у мыслителей, наоборот, – преимущественно в первых» [1].

Представляет интерес, на наш взгляд, то обстоятельство, что в описаниях истерии на протяжении многих веков авторы, разделявшие разные научные позиции, сходны в том, что **всем истеричным личностям свойственна инфантильность или ювенильность, то есть незрелость, художественность и артистизм**, что, согласно современным научным представлениям о функциональной асимметрии мозга, указывает на доминацию правого полушария.

Резюмируя, И. П. Павлов представляет высшую нервную деятельность следующим образом: «У высших животных, до человека включительно, **первая инстанция** для сложных отношений организма с окружающей средой есть ближайшая к полушариям подкорка с ее сложнейшими безусловными рефлексам, инстинктами, влечениями, аффектами, эмоциями <...> **Вторая инстанция** – большие полушария, но без лобных долей <...> Это составляет единственную сигнализационную систему в животном организме и первую в человеке. В человеке прибавляется (**третья инстанция**. – В. П.) специально в его лобных долях, которых нет у животных в таком размере, другая система сигнализации первой сигнальной системы – речь, ее базисом или базальным компонентом – кинестетическими раздражениями речевых органов... Эта вторая система сигнализации и ее орган,

как самое последнее приобретение в эволюционном процессе, должны быть особенно хрупкими, поддающимися в первую голову разлитому торможению, раз оно возникает в больших полушариях при самых первых степенях гипнотического состояния [1].

<...> В окончательном результате **на основном фоне слабости больших полушарий истеричных** постоянно в разнообразных комбинациях обнаруживаются, дают о себе знать три физиологических явления: **(1)** легкая подверженность гипнотическому состоянию в разных степенях вследствие того, что даже и обычные жизненные раздражения являются сверхмаксимальными и сопровождаются запредельным разлитым торможением (парадоксальная фаза); **(2)** чрезвычайная зафиксированность и концентрированность нервных процессов в отдельных пунктах коры благодаря преобладанию подкорки; **(3)** и, наконец, чрезмерная сила и распространенность отрицательной индукции, т.е. торможения, вследствие малой сопротивляемости положительного тонуса остальных отделов коры» [1].

Касаясь терапевтической стороны проблемы, И. П. Павлов также оставался на реалистических позициях: «Излечима ли вообще с физиологической точки зрения истерия? Здесь все определяется типом нервной системы. Раз мы имеем крайне слабый тип, возможно улучшение, урегулирование общей условно-рефлекторной деятельности, но и только. **О прочной переделке типа, конечно, речи быть не может.** Но так как отдельные истерические реакции, как общефизиологические, при крайне сильных раздражениях, при чрезвычайных ударах жизни, должны встречаться и у более или менее сильных типов, то здесь, конечно, возможно полное восстановление нормы. Но, однако, тогда лишь, когда ряд этих ударов и чрезмерных напряжений тоже не зайдет и за их предел» [1].

Здесь необходимо отметить, что **(NB!)** некоторые школы и направления психотерапии декларируют возможность полной перестройки отношений личности истериков, очевидно игнорируя и их анатомо-физиологические особенности, о чем писал классик психонейрофизиологии, и на что указывает многовековой опыт клинической психотерапии.

Истерический конфликт определяется чрезмерно завышенными претензиями личности при игнорировании, часто полном, объективных условий и требований среды к их удовлетворению. Высокая требовательность к окружающим сочетается с крайне низкой самокритикой (а нередко и полным

ее отсутствием) своего поведения; интенсивность желаний не уравновешена силой внутреннего торможения, способного подавить их. Невротический конфликт лежит в основе формирования истерических невротических реакций, чаще у личностей истерического типа (психопатов и акцентуантов), а также у других типов характера, имеющих мозаичное вкрапление истерических черт.

Эмоциональная лабильность, эгоцентризм и демонстративность поведения, высокая степень внушаемости, самовнушаемости и психосоматической проводимости определяют клинические проявления истерических невротических реакций. Эмоционально-аффективные расстройства проявляются чаще в виде чрезмерной плаксивости, демонстративной подавленности настроения, сменяемых оживлением и смехом; здесь типичны раздражительность и несдержанность – вплоть до так называемых истерик и битья посуды.

Псевдоневрологические и псевдосоматические расстройства при истерическом неврозе наиболее характерны. К их числу относятся двигательные нарушения (истерические параличи, парезы, гиперкинезы, нарушение координации движения при ходьбе, стоянии, сидении; истерические припадки); чувствительные нарушения чаще в виде анестезии или гипестезии какой-либо половины тела, руки или ноги по типу перчаток и носков, парестезии; речевые расстройства в виде демонстративного заикания или осиплости голоса, а то и полного исчезновения его.

К наиболее распространенным истерическим симптомам относится так называемый «ком в горле», сопровождающий либо затруднение глотания, либо невротическую одышку, а также транзиторные ухудшения зрения и слуха в связи с волнениями. Большие истерические припадки (так называемая истерическая дуга) в настоящее время большая редкость; нам приходилось наблюдать только однажды, в 1965 г. в психиатрическом отделении у подэкспертного больного. Зато «истерическая трясучка», когда колотит все тело, сводит судорогой руки, немеют губы – довольно распространена. Многократно приходилось сталкиваться с самыми разнообразными вариантами приступов современных истерических припадков или гиперкинезов, суггестивно провоцируя их в авторской системе интегративной психотерапии. Истерические параличи и парезы (чаще моно-, чем геми-) – как, впрочем, и потерю зрения, слуха, голоса – можно рассматривать как частичное проявление «рефлекса мнимой смерти» (Э. Кречмер). Обычно

у специалиста не вызывает особого труда установление диагноза, однако объективизация исследования с помощью современных лабораторных и технических средств – обязательна. С лечением возникают большие трудности, если у больного имеется воля к болезни, обусловленная неразрешимостью конфликта в его пользу.

Общая тенденция последних десятилетий к так называемой соматизации невротических расстройств коснулась, в первую очередь, истерии. Псевдосоматические расстройства проявляются и в одышке, и в приступах сердцебиения, а также в расстройствах функции желудочно-кишечного тракта и системы мочевого выделения. Эти нарушения имеют свою специфику, отличную от аналогичных проявлений при других формах невротических расстройств (неврастении и обсессивно-компульсивного), прежде всего, несоответствием массы жалоб данным объективных исследований, а также характерным истерическим камуфляжем.

Учитывая то, что истерия – «хамелеон, беспрестанно меняющий свою окраску» (Т. Сиденхем, 1689), и может имитировать многие соматические заболевания, приведу весьма наглядную клиническую иллюстрацию.

Клиническое наблюдение

Пациент В., 22 года, студент III курса политехнического института, женат. Впервые обратился в кабинет неврозов и психотерапии территориальной поликлиники с жалобами на чувство нехватки воздуха, «вроде бы дышу обычно, даже глубоко, а такое ощущение, что воздух не проходит, нет насыщения вдохом». Состояние периодически ухудшается, и тогда нехватка воздуха воспринимается острее. В таких случаях дышит глубоко и часто, однако это не приносит облегчения, напротив, появляющиеся сухость во рту и головокружение усиливают одышку и страх задохнуться. Несколько раз приходилось вызывать скорую помощь. Кроме того, беспокоит ощущение кома в горле, усиливающееся при волнении, некоторые затруднения при проглатывании слюны («нужно делать дополнительное усилие»), во время приступа удушья «всево трясет».

История развития заболевания. Заболел при следующих обстоятельствах. По окончании II курса был направлен для прохождения производственной практики в другой город на авторемонтный завод. Пришлось работать в сварочном цехе, где было угарно и душно, что сразу не понравилось больному. Через две недели почувствовал усталость, соскучился по жене, по дому. Особенно беспоко-

или мысли ревностного содержания. Решил съездить домой на несколько дней. С собой взял пепси-колу. Дома во время ужина закурил и, оживленно рассказывая жене о своих «зловключениях» на практике, хотел выпить напиток, но поперхнулся.

После приступа кашля возникло стенотическое дыхание, удушье – «хрипел несколько минут». Очень испугался, метался по комнате в растерянности, не зная, что делать. Жена тоже испугалась, открыла настежь окно. Наконец дышать стало легче. Чтобы восстановить дыхание полностью, стал делать гимнастические упражнения: разводил с силой руки в стороны, делая глубокие вдохи. Почувствовал себя лучше, несмотря на мелкую дрожь в теле.

Спустя 10–15 минут появилась сухость в горле и ощущение кома. Испугался, что приступ удушья может повториться и начал интенсивнее дышать, делая глубокие вдохи ртом. С тревогой заметил, что, вопреки предпринимаемым усилиям, возникло ощущение нехватки воздуха, будто что-то препятствует вдоху, не было насыщения вдохом. Появилось головокружение. Страх задохнуться усилился. Испугался, что так может и умереть, в ужасе вновь начал метаться по квартире. Жена вызвала «скорую помощь». После какого-то внутривенного вливания, выполненного приехавшими врачами, успокоился и уснул.

На другой день и все время пребывания дома чувствовал себя удовлетворительно, только иногда возникали неприятные воспоминания о случившемся приступе удушья и опасения его повторения. На практику возвращаться не хотелось, но был вынужден это сделать, так как боялся неприятностей в институте. По возвращении на завод сразу почувствовал, как угарно и душно в цехе. Подумал, что у него, наверное, что-то с легкими не в порядке, из-за чего и случился приступ; что в цехе ему, видимо, вредно находиться и следует похлопотать об освобождении от работы.

Через несколько дней после возвращения на практику поздно вечером в общежитии разговорился с сокурсниками. Все курили, в комнате стоял «дым коромыслом». После одной из затяжек закашлялся, появился «ком» в горле, несколько стесненное дыхание. Испугался, что может повториться приступ удушья, начал глубоко дышать. Однако это не принесло облегчения, возникло уже знакомое чувство нехватки воздуха и страх смерти от удушья. Товарищи испугались за него и тут же, прекратив курение, проветрили комнату, но больному лучше не стало. В страхе метал-

ся по общежитию, кружилась голова, всего трясло, ощущалась сильная сухость во рту, «ком» в горле. Приехала вызванная вахтером «скорая помощь». Врач, осмотрев больного, посоветовал для успокоения нервной системы перед сном опускать ноги в холодную воду. Врачи сделали какой-то укол, после чего он уснул.

Утром пошел в поликлинику. В троллейбусе появилось чувство нехватки воздуха, чем он был очень встревожен, однако из троллейбуса не вышел. В поликлинике на правах тяжелобольного с помощью регистратора без очереди прошел консультации у многих врачей, побывал в разных диагностических кабинетах. Ему было рекомендовано освобождение от практики и возвращение домой на лечение. На другой день много ходил, чтобы собрать необходимые документы о прохождении практики.

По дороге в общежитие почувствовал себя плохо, появилась одышка, не хватало воздуха. Испугался, что опять наступит приступ удушья, замедлил шаг, но ощущение нехватки воздуха нарастало. **Боясь развития приступа на улице, последний квартал до общежития бежал.** У вахтера тотчас же выпил воды, попросил нашатырного спирта, который не дал никакого эффекта (ранее применял нашатырный спирт, когда закладывало нос, для восстановления дыхания). Чувство нехватки воздуха усилилось, присоединилось головокружение, охватил страх, что может задохнуться. Дыхание было частым и глубоким. Опять была вызвана «скорая помощь». Врач успокоил больного, и ему стало легче. После внутривенного вливания вскоре уснул. На другой день в сопровождении преподавателя вылетел домой.

Родители встретили его в аэропорту. В машине было душно, развилось состояние, подобное описанным. Взволнованные родители приняли все меры, чтобы он в кратчайшие сроки прошел всестороннее обследование у терапевта, кардиолога, пульмонолога, ЛОР-врача, эндокринолога. Были сделаны рентгеноскопия легких, спирография, радиоизотопное исследование щитовидной железы из-за почти постоянного ощущения давления в горле. Результаты проведенных исследований исключали органический характер заболевания.

Прием выписанных невропатологом успокоительных средств способствовал улучшению состояния, поэтому по совету родителей поехал отдохнуть с женой на море. В первые два-три дня пребывания в пансионате у больного появлялись легкие приступы не-

хватки воздуха, с которыми он справлялся самостоятельно с помощью лекарств.

Вернувшись после отдыха домой, сразу окунулся в житейские заботы. Уже несколько лет он с целью заработка играл на гитаре в студенческом любительском ВИА на сельских свадьбах. В период трудового семестра его не хотели оставить в городе. Пришлось много бегать, нервничать, чтобы убедить руководство курса и общественных организаций, что он должен обеспечивать семью. Бегая по институту от одного должностного лица к другому, заметил, что вновь возникло чувство нехватки воздуха со страхом удушья. Обратился к участковому терапевту, который направил больного в кабинет неврозов и психотерапии.

Пациент – единственный ребенок в семье. Родители поощряли его занятия музыкой. Он проучился 3 года в музыкальной студии по классу аккордеона и бросил ее, так как снизилась успеваемость в школе. В детстве часто болел простудными заболеваниями. И сейчас при простуде у него нарушается носовое дыхание. Переболел гайморитом. Играя на свадьбах в составе ВИА, часто пользовался ингалятором «для прочистки носа».

Женат 2 года; женился на I курсе института без согласия родителей, которые долго уговаривали подождать с женитьбой до окончания вуза. Имеет годовалую дочь. Жена характеризует пациента как большого ребенка, азартно играющего во дворе с детьми в настольный хоккей, порывистого, капризного, упрямого. Вышла за него замуж из жалости, так как он очень ее любил, горячо упрашивал согласиться на брак. Ревнив, устраивает ей «сцены ревности», когда она отказывает ему в интимной близости. Доходит до того, что жена угрожает ему разводом. В этих случаях он горько плакал, ползал на коленях, умолял не оставлять его. В последний год сменил тактику – угрожает убить ее, если она его бросит. Жена отметила дисгармонию в их интимных отношениях: у нее – снижение влечения и отсутствие удовлетворения, с его стороны – нетерпеливость.

После первых психотерапевтических бесед, когда врач объяснил функциональный характер расстройства, значение личностных особенностей больного и жизненных обстоятельств в возникновении этой явно не мужской болезни – истерии, обиделся и не являлся для продолжения психотерапии две недели. Хотел доказать, что это не так, поэтому еще раз посетил эндокринолога, ранее находившего у него небольшое увеличение щитовидной железы, которое, якобы, вызывает

чувство давления в области горла. Обратился также к ЛОР-врачу.

В связи с повторением приступов нехватки воздуха, несмотря на прием лекарств, назначенных эндокринологом, вновь пришел к психотерапевту, **чувствуя в глубине души (как потом признался), что врач в чем-то прав.** После первых же сеансов гипносуггестии отметил значительное улучшение состояния. Позже с энтузиазмом включился в занятия гетеротренинга, желая научиться управлять собой. Попросил врача помочь его жене, так как «она стала такой нервной», что это не может не отражаться на нем. С женой больного была проведена корректирующая психотерапия их супружеских отношений, подчеркнута большое значение для мужа поощрений с ее стороны, указано на возможность нормализации сексуальной жизни. Все это было воспринято с пониманием и готовностью к восстановлению нарушенных отношений. Дальнейшее наблюдение в течение двух лет свидетельствовало об эффективности предпринятых мер.

В психическом статусе за все время наблюдения за больным психотической симптоматики не отмечалось. Больной по-ювенильному порывист, эмоционален, впечатлителен, в высокой степени внушаем. Речь быстрая. Об интересующих его вопросах говорит увлеченно, эмоционально, порой взалхлеб. Лицо несколько аденоидное, обнаруживает привычку дышать ртом. При обследовании у ЛОР-специалиста диагностирован хронический гипертрофический ринит.

Внутренние органы без патологии.

Спирограмма: ЖЕЛ – 90%, ОФВ₁ – 100%, т.Тиффно – 93%, пневмотахометрия на выдохе – 100%. Заключение: ФВД не нарушена. Проба Штанге – 8 секунд (резко положительна).

ЭКГ – в пределах нормы.

Спустя месяц, не пройдя полного курса психотерапии, прервал лечение, так как почувствовал себя полностью выздоровевшим. Осознал невротический характер своих дыхательных нарушений, научился регулировать дыхание. На неприятные ощущения, иногда возникающие в горле и груди, перестал обращать внимание, относился к ним как к естественному «шуму» тела, не опасаясь, что они могут привести к удушью. Обещал врачу воспитать в себе сдержанность и подчинять свои интересы общим, руководствоваться в своих действиях разумом, а не эмоциями.

В дальнейшем рецидивов болезни не отмечалось. Положительный катамнез – 12 лет. Первые 2 года при активной диспансеризации

обострения невротической одышки не наблюдались. Еще через 10 лет мы случайно встретились с бывшим пациентом на техосмотре в ГАИ. Он начал заметно лысеть, посолиднел, хотя остался эмоционально оживленным. В семье уже двое детей. Он работает начальником цеха. Все идет нормально. Поблагодарил врача за науку владеть собой.

Диагноз: конверсионное расстройство у акцентуированной (ювенильной/демонстративной) личности; синдром невротической одышки.

Заключение. В данном наблюдении в развитии конверсионного невротического расстройства с нарушениями дыхания отчетливо прослеживается их полифакторная обусловленность, причем, системные нарушения дыхания логически вписываются в общие проявления невротического расстройства на фоне личностной незрелости. Тип невротического конфликта – истерический, выражается в по-ювенильному упрямых и капризных по форме домогательствах любви со стороны жены (со сценами ревности и при полном игнорировании того факта, что своим поведением может только ухудшить отношение жены к себе).

Возникновение болезни удовлетворяло скрытому желанию пациента прервать прохождение производственной практики: с одной стороны, из-за тяжелых условий; с другой, чтобы вернуться домой к жене, по которой соскучился и которую мучительно ревновал.

«Выбор» синдрома находит объяснение в психологических и физиологических механизмах развития болезни. Прежде всего, обращают на себя внимание характерологические особенности больного: высокая эмоциональность, эгоцентризм, тревожное отношение к собственному здоровью. Преобладающим стимулом к действию было стремление к удовлетворению своих желаний при игнорировании объективных обстоятельств. Все это обусловило частоту и силу негативных эмоциональных реакций, а присутствующий в их структуре дыхательный компонент (особенно во время семейно-сексуальных конфликтов и сцен ревности) лег в основу громких и выразительных вздохов, которые больной производил, демонстрируя жене силу своих переживаний.

Остро возникшее в результате поперхивания стенотическое дыхание со страхом задохнуться вызвало фиксацию внимания на акте дыхания, что при отсутствии знаний о механизмах регуляции дыхания легло в основу неправильных действий – произ-

вольной гипервентиляции, вызвавшей, с одной стороны, гипоканию с характерным для нее головокружением и другими неприятными ощущениями, а с другой – сухость во рту, усилившую неприятные ощущения в горле, чувство давления. Возникшие тревога и страх задохнуться, в свою очередь, через возбуждение гипоталамических структур стимулировали дыхательную активность. Затруднение носового дыхания, приводя к сухости во рту и глотке и усиливая неприятные ощущения в горле, ухудшало вентиляцию глубоких отделов легких, что способствовало ослаблению тормозного рефлекса Геринга–Брейера [3], играющего существенную роль в предупреждении чувства одышки.

Многолетние наблюдения над подобными пациентами убеждают в том, что устранение у них псевдоневрологических и псевдосоматических расстройств посредством психотерапии, а также уменьшение до определенных

пределов их внушаемости вполне реальная задача для психотерапевта; что развитие механизмов саморегуляции способствует компенсации аномальных черт характера.

Однако приходится считаться с тем, что в случаях выраженной степени расстройства личности, обучившись законам и техникам внушения и умению владеть собой внешне, пациенты не утрачивают при этом своей лживости и стремления манипулировать другими, становятся, по нашим наблюдениям, более изощренными. Даже проведение с подобными пациентами глубокой реконструктивной, в том числе и религиозной, психотерапии не способно в полной мере изменить профиль личности, соотношения сознание–подсознание, кора–подкорка, хотя поведение пациентов, их реакции на стресс становятся более упорядоченными внешне; но взамен появляются аффективные расстройства в форме матовой характерологической дистимии и дисфорических реакций.

Литература

1. Павлов И. П. Проба физиологического понимания истерии (1932) / И. П. Павлов // Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. – М.: Наука, 1973. – 508 с.
2. Кречмер Э. Об истерии; пер. со второго нем. изд. / Э. Кречмер. – М.-Л., 1928. – 160 с.
3. Простомолотов В. Ф. Психосоматические расстройства (клиника, патогенез, терапия, профилактика): рук-во для психологов и врачей / В. Ф. Простомолотов. – Одесса: КП ОГТ, 2007. – 296 с.

УДК: 616.891: 314.72:303.721

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПРОБЛЕМУ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ (огляд наукової літератури)



О. В. Самойлова

© **Самойлова Олена Вячеславівна** (Україна) – аспірант кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, майдан Свободи, 6, м. Харків, 61077; e-mail: exses@email.ua; ORCID: 0000-0002-3121-4218.

© **Elena Samoilova** (Ukraine) – postgraduate student of the Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology of School of Medicine, V.N. Karazin Kharkiv National University, 6 Svobody Square, Kharkiv, 61077; e-mail: exses@email.ua; ORCID: 0000-0002-3121-4218.

© **Самойлова Елена Вячеславовна** (Украина) – аспирант кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии медицинского факультета Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина, площадь Свободы, 6, г. Харьков, 61077; e-mail: exses@email.ua; ORCID: 0000-0002-3121-4218.

№ 9, 2018, стор. 32–37

SUSTAINABLE LOOK ON THE PROBLEM OF ROZLADIV ADAPTACII (literature review)

Abstract.

The article presents the results of a review of the scientific literature devoted to the issues of modern views on the problem of adaptation disorders. In recent years, there has been a significant increase in mental disorders that develop under the influence of moderate (so-called protracted) stresses and fall under the category of the nosological unit, which is classified as an adaptation disorder. It is noted that adaptation disorders occupy the first places in terms of prevalence in the system of psychological and psychiatric care throughout the world. The main factors affecting the development of this group of disorders are described, definitions and diagnostic criteria of this disorder are given according to the main international classifications of diseases. The historical aspects of the occurrence of this diagnostic criterion are studied. Adaptation disorders were reviewed from the pathogenetic and etiological points of view, epidemiological data are presented, their main clinical forms and possible types of course are described. Diagnostic criteria for adaptation disorders in terms of ICD-10 and DSM – III are given. The main features of the development of this group of disorders are indicated. The basic symptomatological manifestations of adaptation disorders are described, among which there are: a group of psychopathological symptoms (manifestations of mental disorder and its severity can vary considerably in different patients), usually represented by anxiety and / or depressive syndromes with motivational disorders and autonomic dysfunction syndrome. The possibility of adaptation disorders for some types of maladaptation reactions is noted: depressed mood, anxious mood, mixed emotional traits, behavioral disorders, work or school disorders, autism, physical complaints, due to the fact that it is not classified anywhere else. It is noted that from a prognostic point of view, the course of the disease is quite favorable with appropriate therapeutic intervention and the absence of the action of stress factors. It is concluded that it is necessary to further study such disorders in order to clarify the clinical features of diagnostic criteria and to determine the targets for psychotherapeutic correction of the above disorders.

Key words:

adaptation disorders, stress factors, forced migrants.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ РАСТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ (обзор научной литературы)

Аннотация.

В статье приведены результаты обзора научной литературы, посвященного вопросам современных взглядов на проблему расстройств адаптации. За последние годы отмечено значительное увеличение психических расстройств, которые развиваются под воздействием умеренных (так называемых протрагированных) стрессов и подпадают под категорию нозологической единицы, которая классифицируется как расстройства адаптации. Отмечено, что адаптационные расстройства занимают первые места по распространенности в системе оказания психолого-психиатрической помощи во всем мире. Описаны основные факторы, влияющие на развитие данной группы расстройств, приведены определения и диагностические критерии этого расстройства согласно основным международным классификациям болезней. Изучены исторические аспекты возникновения данного диагностического критерия. Расстройства адаптации рассмотрены с патогенетической и этиологической точек зрения, приведены эпидемиологические данные, описаны их основные клинические формы и возможные типы течения. Даны диагностические критерии расстройств адаптации с точки зрения МКБ-10 и DSM-III. Указаны основные особенности развития данной группы расстройств. Описаны базовые симптоматологические проявления расстройств адаптации, среди которых выделяют: группу психопатологических симптомов (у разных пациентов проявления психического расстройства и его выраженность могут значительно варьировать), обычно, представленных тревожным и/или депрессивным синдромами с мотивационными расстройствами и синдромом вегетативной дисфункции. Отмечена возможность протекания расстройств адаптации

по некоторым типам реакций дезадаптации: с депрессивным настроением, с тревожным настроением, со смешанными эмоциональными чертами, с нарушением поведения, с нарушением работы или учебы, с аутизмом, с физическими жалобами, по тем, что больше нигде не классифицируются. Отмечено, что с прогностической точки зрения течение заболевания вполне благоприятно при соответствующем терапевтическом вмешательстве и отсутствии действия стрессогенных факторов. Сделан вывод о необходимости дальнейшего более глубокого изучения подобных расстройств с целью уточнения клинических особенностей диагностических критериев и определения мишеней психотерапевтической коррекции вышеупомянутых расстройств.

Ключевые слова: расстройства адаптации, стрессовые факторы, вынужденные переселенцы.

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПРОБЛЕМУ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ (огляд наукової літератури)

Анотація.

У статті наведено результати огляду наукової літератури, присвяченої питанням сучасних поглядів на проблему розладів адаптації. За останні роки відзначено значне збільшення психічних розладів, які розвиваються під впливом помірних (так званих протрагованих) стресів і підпадають під категорію нозології, яка класифікується як розлади адаптації. Відзначено, що адаптаційні розлади займають перші місця за поширеністю в системі надання психолого-психіатричної допомоги в усьому світі. Описано основні фактори, що впливають на розвиток даної групи розладів, наведені визначення та діагностичні критерії цього розладу відповідно до основних міжнародних класифікацій хвороб. Вивчено історичні аспекти виникнення даного діагностичного критерію. Розлади адаптації розглянуті з патогенетичної і етіологічної точок зору, наведені епідеміологічні дані, описані їх основні клінічні форми і можливі типи перебігу. Дано діагностичні критерії розладів адаптації з точки зору МКБ-10 і DSM-III. Вказані основні особливості розвитку даної групи розладів. Описано базові симптоматологічні прояви розладів адаптації, серед яких виділяють: групу психопатологічних симптомів (у різних пацієнтів прояви психічного розладу і його вираженість можуть значно варіювати), зазвичай, представлені тривожним і/або депресивним синдромами з мотиваційними розладами і синдромом вегетативної дисфункції. Відзначено можливість протікання розладів адаптації за деякими типами реакцій дезадаптації: з депресивним настроєм, з тривожним настроєм, зі змішаними емоційними рисами, з порушенням поведінки, з порушенням роботи або навчання, з аутизмом, з фізичними скаргами, за тими, що більше ніде не класифікуються. Відзначено, що з прогностичної точки зору перебіг захворювання цілком сприятливий при відповідному терапевтичному втручанні і відсутності дії стрессогенних чинників. Зроблено висновок про необхідність подальшого більш глибокого вивчення подібних розладів з метою уточнення клінічних особливостей діагностичних критеріїв і визначення мішеней психотерапевтичної корекції вищезазначених розладів.

Ключові слова: розлади адаптації, стресові фактори, вимушені переселенці.

На сьогодні значна кількість клініцистів відзначає значне поширення психічних розладів, які розвиваються під впливом помірних (протрагованих) стресів та підпадають під категорію розладів адаптації (РА) [1–3]. Адаптаційні розлади є одними з найбільш розповсюджених у системі надання психолого-психіатричної допомоги в усьому світі. За останні десятиріччя саме РА набули значного поширення в психіатричній практиці [4; 5]. Даний діагностичний критерій вперше було використано в DSM-III і саме він розроблявся в наступних класифікаціях хвороб [6; 7]. В МКБ-10 РА було віднесено до рубрики розладів, пов'язаних зі стресом [8; 9], а в DSM-IV вони були виділені в окрему рубрику, ключовим патогенетичним агентом яких визначався емоційний стрес [10; 11].

За визначенням багатьох провідних науковців, задля виникнення і розвитку РА необхідна наявність дії емоційно-стрессового впливу незначної сили та інтенсивності. Окремі дослідники вважають, що серйозні передумови для формування РА виникають також і в період перебування особи в зонах проведення локальних бойових конфліктів (що характерне для значного прошарку населення нашої держави в останні роки); в цьому випадку стрессовий

вплив є стартовим механізмом формування та розвитку цілої низки психічних розладів, і в першу чергу РА [12].

Слід відзначити, що розвиток РА значною мірою залежить й від кількісної та якісної характеристик стрессових впливів на організм особи (сила та інтенсивність дії стрессогенних чинників) та їх індивідуальної значущості для конкретної людини. Відіграє свою роль й соматичний стан організму та рівень психологічних захисних бар'єрів особистості. Так, при стрессовому впливі однакової інтенсивності та сили в одних осіб відбувається розвиток різноманітних психологічних зрушень, а в інших – ні.

Зараз багатьма дослідниками відзначаються особистісні фактори, наявність яких сприяє розвитку різноманітних психологічних порушень у відповідь на стрес. Це і особистісні характеристики (низька стрессостійкість, нігілізм, тривожність, соціальна відчуженість тощо); і рівень сформованості захисних психологічних механізмів, а також наявність стратегій протистояння стресу; і наявність або відсутність соціальної підтримки; й оцінка особистістю стрессової події (негативна оцінка та перебільшення небезпеки від події викликають суттєвіший вплив на організм) [13].

За думкою провідних науковців, РА виникають в осіб з досить низькою стресостійкістю у відповідь на дію стресової ситуації, яка не виходить за межі звичайного психічного стресу. РА – хворобливий стан, що порушує звичне нормальне функціонування особистості (професійну та навчальну діяльність, соціальне функціонування тощо).

Згідно з визначенням DSM-III-R, РА – дезадаптивна реакція на дію психосоціального стресу, яка проявляється через 3 місяці після нього. Розлад, зазвичай, закінчується незабаром після припинення стресогенного впливу або після досягнення нового (вищого) рівня адаптації.

Поняття «РА» стало широко використовуватися в психіатрії останніми десятиліттями. Ця нозологічна одиниця була вперше введена в третій редакції DSM-III, однак більш чітко та докладно розроблена в наступних класифікаціях хвороб (зокрема, в МКХ-10 та DSM-IV, де вони були виділені в окрему рубрику). У сучасному розумінні РА є психологічною відповіддю на певний стресовий реагент або стресори, що призводять до виникнення клінічно значущих емоційних або поведінкових проявів.

З патогенетичної точки зору, стресовий вплив викликає в організмі особи фізіологічний процес у вигляді виділення з гіпоталамусу кортикотропін-релізінг фактору, який стимулює передню частку гіпофіза до посиленого синтезування адренкортикотропного гормону (АКТГ), який стимулює вивільнення глюкокортикоїдів з кори наднирників. При цьому, за рахунок активування симпатичної нервової системи, з мозкової речовини надниркових залоз у кров виділяється адреналін. Це є активним стимулятором секреції АКТГ гіпофізом, який підсилює дію інших механізмів, за рахунок чого відбувається активація функції гіпофіза під час стресового впливу.

У нормі вищевказані процеси незабаром припиняються через механізми зворотного зв'язку; але стресові впливи хронічного характеру (навіть незначні) на тлі наявних у пацієнта особистісних особливостей, хронічної перевтоми, попередньої психосоціальної травматизації та інших причин, викликають тривалу АКТГ-стимуляцію і «злам» зворотнього механізму гальмування секреції глюкокортикоїдів. Через це відбувається розвиток вираженої картини вегетативної дисфункції та психічних порушень з виснаженням кори надниркових залоз.

Багатьма дослідниками були встановлені **основні етіологічні моменти розвитку РА**. Так, було доведено, що прояви РА значно посилюються одночасною комплексною дією декількох стресів. При цьому констатовано, що тяжкість діючих стресових агентів не завжди корелює з тяжкістю РА – через те, що особистісні особливості та культурні чи громадські загальноприйнятні норми і цінності завжди роблять свій внесок у перебіг реакції на стрес.

Тому можна констатувати, що тяжкість РА завжди залежить від комплексної взаємодії ступеня, кількості, тривалості, оборотності стресових чинників, особистісних особливостей та стану системи психологічного захисту.

Науковці відзначають, що дія стресового агента може бути як одноразовою, так і багаторазовою; нетривалою або безперервною. Стресорні фактори можуть впливати лише на одну окрему особу чи мікросоціальну групу або навіть на цілі співтовариства або громади. Деякі стресорні реагенти супроводжують події, що пов'язані з нормальним розвитком людини (навчання в школі, робота, одруження тощо), а інші – виходять за їх межі (стихийні лиха, воєнні дії, катастрофи тощо). Всі ці фактори також значно впливають на можливість розвитку РА та на їх прояви.

Епідеміологічними проявами РА серед населення є такі: згідно з твердженнями DSM-IV, РА зустрічаються у 5–20% пацієнтів, які отримують амбулаторне психіатричне лікування. Більша поширеність РА констатується в загальномедичній практиці і в системі первинної медичної допомоги (близько 12%; причому в 4,2% – у поєднанні з розладами особистості або органічними психічними розладами, а в 7,8% випадків – як єдиний розлад). У багатьох дослідженнях було встановлено, що співвідношення жінок і чоловіків має приблизну пропорцію 2:1; серед хворих переважають самотні, розлучені особи з невисоким соціальним і економічним рівнем [2].

Згідно з виявленими **факторами ризику**, на розвиток РА суттєво впливають генетичні фактори; пристосованість особистості до оточуючого середовища; соціальні навички людини; можливості вирішення проблеми та бачення шляхів подолання кризової ситуації. Серед дитячого контингенту також констатовані фактори, які спроможні призвести до розвитку РА в майбутньому: часті переїзди в дитинстві; соціальне походження (впливають крайні варіанти – зависокі бідність чи, навпаки, забезпеченість); екстремальні впливи (катастрофи, воєнні дії) чи травматичні події тощо [14].

Також було встановлено, що особистості, які мають високий ризик можливості розвитку РА, також досить часто схильні до інших психолого-психіатричних розладів (тривожність, депресивність, біполярні розлади та ін.)

Згідно з **діагностичними критеріями МКХ-10**, розлади адаптації (F43.2) включають:

- **короткочасну депресивну реакцію** (знижений настрій, почуття безсилля, занижена самооцінка та самовпевненість, повільність мислення та інша «легка» депресивна симптоматика);

- **продлонговану депресивну реакцію** (подібні до короткочасної реакції прояви тривалістю до 2 років, частіше за все пов'язані з дією тривалої стресової ситуації);

- **змішану тривожну і депресивну реакцію** (депресивні та тривожні симптоматичні

прояви у вигляді рухового неспокою, м'язової скутості, вегетативної гіперактивності тощо);

■ **адаптаційний розлад з переважанням порушення емоційного спектру** (поряд з тривоюжною та депресивною симптоматикою відзначаються дратівливість та гнівливість, у дітей – прояви регресивної поведінки: енурез, смоктання пальців, потреба гризти нігті та ін.);

■ **адаптаційний розлад з переважаючими порушеннями поведінки**, що характерно для підліткового віку і проявляється вчинками, порушуючими загальноприйнятні норми та правила (зловживання алкоголем, прогули школи, безглуздий вандалізм, немотивована агресія, негативізм тощо);

■ **адаптаційний розлад у поєднанні з порушеннями емоцій та поведінки** (проявляється одночасно вищевказаними розладами поведінки й емоційними порушеннями).

Далі наведено **діагностичні критерії РА за МКХ-10**.

1. Розвиток розладу в період адаптації до значної зміни соціального статусу (втрата близьких або тривала розлука з ними, вимушене переселення, статус біженця тощо) чи до стресової життєвої події (смерть близьких, тяжка хвороба, значні фізичні недоліки тощо).

2. Наявність певного симптомокомплексу, який (поряд з депресивним настроєм, тривогою, занепокоєнням) включає почуття нездатності впоратися з ситуацією чи пристосуватися до неї, а також зниження соціальної активності в повсякденних справах, схильність до драматичної поведінки, наявність спалахів агресії та негативізму тощо.

3. Зв'язок між стресорним впливом та розвитком розладу: симптомокомплекс РА формується і проявляється протягом трьох місяців (але не більше) після дії стресового агента, він також не може тривати більше за шість місяців після припинення стресорного впливу.

Також виокремлюють такі **особливості розвитку РА**:

– якщо стресовий реагент є гострим (раптова негативна подія), початок РА, як правило, негайний (або протягом декількох днів), а його тривалість досить коротка (не більше за кілька місяців); якщо ж стресовий вплив пролонгований, розвиток РА може мати затяжний характер;

– персистування РА до більш серйозного розладу (депресивного епізоду чи інш.) більш ймовірно серед дитячого чи підліткового контингенту. Загальноприйнятним є твердження, що РА має вирішитися протягом 6 місяців після закінчення дії стресового реагенту; при цьому симптоматичні прояви можуть зберігатися значний проміжок часу (більше за 6 місяців), якщо вони розвиваються у відповідь на хронічну стресову дію чи на стресовий реагент зі стійкими та пролонгованими наслідками.

Відповідно до діагностичних критеріїв DSM-III розлади адаптації:

– виникають як реакція на психосоціальний стрес протягом трьох місяців після початку дії стресового чинника;

– мають певні характерологічні прояви: а) існуючі симптоми виходять за межі норми і можливих очікуваних реакцій на стрес; б) виникають розлади професійної діяльності, порушення звичайного соціального укладу життя чи взаємин з іншими особами;

– не є реакцією на надзвичайний стрес чи загостренням раніше існуючого психічного захворювання;

– дезадаптаційні прояви тривають не більше за 6 місяців після припинення впливу стресового реагенту.

Клінічні форми та типи перебігу РА

У роботах Н. А. Шифнер і співавт. [15] описано декілька типів перебігу РА:

– **сприятливий** – характеризується спонтанним або терапевтичним регресом психопатологічної симптоматики і повним одужанням;

– **затяжний** (протрагований) – виділяють два варіанти: за типом затяжних дезадаптаційних реакцій (6 місяців – 2 роки) і за типом повторюваних клішерованих реакцій, які виникають після періоду відносної нормалізації стану;

– **несприятливий** – характеризується поглибленням психопатологічної симптоматики з розвитком інших психічних розладів (дистимії, депресивних епізодів ендогенної або ендорективної структури, нозофобічних зрушень з формуванням іпохондричної особистості).

При цьому багато науковців у світі відзначають чималу різноманітність клінічної картини у різних пацієнтів [16–18], що обумовлює значні труднощі діагностики РА [15]. У літературі описані клінічні форми з переважанням психовегетативних та астенічних розладів [19–21]; РА, в клінічній картині яких можуть домінувати гнівливі, агресивні реакції, прояви негативізму, поведінкові порушення тощо [10; 11]. Проте зазвичай дослідники виділяють наявність психопатологічних симптоматичних проявів та пов'язаних з ними проявів синдрому вегетативної дисфункції [22; 23].

Психопатологічні симптоми. Відзначається, що в різних хворих прояви психічного розладу та його вираженість суттєво варіюють. Зазвичай, визначають тривожний та/або депресивний синдроми з мотиваційними розладами.

Тривожний синдром проявляється тривожним настроєм, відчуттям нездатності впоратися з будь-якою складною ситуацією та інколи – зі зниженням функціональності в повсякденному житті. Хворі відзначають невизначене відчуття страху, загрози, підвищеної напруги та дратівливості, плаксивості тощо. Вони скаржаться на «тривожні передчуття», побоювання щодо реальних або передбачуваних неприємних подій. Психопатологічна симптоматика часто маскується за проявами масивної вегетативної дисфункції, ігнорується хворими та оточуючими.

Депресивний синдром [24] характеризується зниженим настроєм, обмеженням звичних інтересів та бажань. Хворі скаржаться на песимістичні та негативні думки щодо поточних подій, негативно інтерпретують події, що відбуваються, звинувачуючи при цьому себе або оточуючих у неможливості вплинути на обставини. Майбутнє вони уявляють виключно негативним. Характерно глибоке розумове та фізичне виснаження, зниження концентрації уваги, погіршення пам'яті, втрата інтересу до подій. Хворі скаржаться, що їм важко «зібратися з думками»; будь-які починання здаються нездійсненними, потрібні постійні чималі зусилля, щоб підтримувати повсякденну активність. Констатуються складність концентрації уваги на одному питанні, труднощі в прийнятті та ухваленні рішень, а в подальшому – й у втіленні їх в реальність.

Хворі цілком усвідомлюють свою неспроможність, однак будь-яким чином намагаються її приховати, шукаючи різні причини задля виправдання своєї бездіяльності. Основний прояв депресії – знижений настрій (туга) – досить часто активно заперечується самим пацієнтом або трактується ним як малозначущий вторинний симптом, пов'язаний з якоюсь соматичною патологією або перевтомою. У ряді випадків до депресивного афекту приєднуються й інші психопатологічні прояви: дратівливість, іпохондричність, тривога, фобічні прояви [25].

Мотиваційні розлади спостерігаються у хворих з РА з тривожним та/або депресивним проявом. До тривожних та/або депресивних симптоматичних ознак додаються почуття значної втоми, слабкості, порушення харчової поведінки (відсутність апетиту або навпаки – непереборна тяга до вживання їжі), порушення сну (труднощі засинання, поверхневий сон, часті пробудження, страхітливі сновидіння, ранні пробудження з відчуттям незрозумілої тривоги, відсутність відчуття відпочинку після сну тощо). При цьому пацієнти починають погано справлятися зі своєю звичною професійною діяльністю, їх переслідують професійні невдачі, вони прагнуть будь-яким чином уникати професійної відповідальності, відмовляються від можливості кар'єрного росту тощо. Відзначаються порушення у сфері інтимних відносин (зниження лібідо, зниження частоти і ступеня вираженості оргазму, інтересу до статевого життя й ін.).

Синдром вегетативної дисфункції [26]. До вищезазначених психопатологічних проявів РА приєднується симптомокомплекс вегетативної відповіді на стрес: відчуття жару або холоду, тремтіння, тахікардія, нудота, абдомінальний біль, невизначені внутрішні болі, діарея та запор тощо. Оскільки переважна кількість пацієнтів мають виключно вегетативні скарги, то вони можуть слугувати тригером соматичного захворювання. Більшість хворих пред'являють виключно соматичні скарги, ігноруючи психо-

патологічні прояви і виходячи з власних уявлень про значимість того чи іншого органу в організмі. Вегетативні порушення у хворих можуть проявлятися переважно в одній системі (частіше – у кардіоваскулярній), при цьому симптоми з боку інших систем організму менш виражені. З розвитком РА вегетативні скарги набувають полісистемного характеру. Окрім вегетативних проявів, досить часто пацієнти скаржаться на порушення сну (труднощі засинання, чутливий поверхневий сон, нічні пробудження тощо), астеничний симптомокомплекс, дратівливість, нейроендокринні порушення.

Різними авторами відзначається **можливість перебігу РА за деякими типами реакцій дезадаптації:**

■ **РА з депресивним настроєм:** основні прояви – депресивний настрій, страх та безнадія;

■ **РА з тривожним настроєм:** типові симптоми – серцебиття, тремтіння, ажитація, пересторога, очікування поганого та ін.;

■ **РА зі змішаними емоційними рисами:** основні прояви – комбінація тривоги і депресії;

■ **РА з порушенням поведінки:** характеризується зазіханням на права інших або порушенням прийнятих норм та правил (в тому числі – і вікових). Відзначаються прогули, вандалізм, безрозсудливі гонки на авто, боротьба, екстремалізм тощо;

■ **РА з порушенням роботи або навчання:** характеризується поведінкою, що перешкоджає виконанню професійних обов'язків на роботі чи у навчанні. Часто супроводжується тривожністю та депресією;

■ **РА з аутизмом:** відзначаються прояви наявного соціального аутизму без депресивних та тривожних ознак;

■ **РА з фізичними скаргами:** має ознаки вегетативної дисфункції: скарги на головний біль, значну перевтому чи інші соматичні прояви;

■ **РА, що більш ніде не класифікується:** відзначаються скарги, які не співпадають з жодним із перелічених типів перебігу.

З прогностичної точки зору перебіг РА цілком сприятливий при відповідному терапевтичному втручанні та відсутності дії стресогенних чинників [27]. Більшість хворих повертаються до нормального способу життя протягом трьох місяців. При цьому відзначається, що підліткам для одужання потрібно дещо більше часу, ніж дорослим, що пов'язано з особливостями їх несформованої психічної сфери. В деяких випадках, при продовженні симптоматичних проявів розладу (особливо у підлітків), діагноз РА трансформують в «Розлади настрою» або «Розлади, пов'язані зі зловживанням психоактивними речовинами».

Таким чином, з наведеного огляду літератури можна зробити такі **висновки.**

1. В історичному аспекті діагноз розладу адаптації з'явився відносно нещодавно.

2. РА мають доволі широку різноманітність клінічних проявів, які залежать від тривалості перебігу або дії психотравмуючого чинника.

3. Для встановлення діагнозу РА у світовій практиці накопичено перелік основних критеріїв: розвиток розладу в період адаптації до значної зміни соціального статусу чи до стресової життєвої події; індивідуальна вразливість; наявність депресивного настрою, тривоги, занепокоєння, почуття нездатності впоратися з ситуацією чи пристосуватися до неї, зниження соціальної активності в повсякденних справах, схильність

до драматичної поведінки, наявність спалахів агресії та негативізму; доведений зв'язок між стресорним впливом та розвитком розладу (не більший за 3 місяці).

4. У зв'язку з ситуацією в Україні багато наших співвітчизників цілими сім'ями були вимушено переселені в межах країни, тому питання розладів адаптації саме у цього прошарку населення потребують подальшого більш глибокого вивчення з метою уточнення клінічних особливостей діагностичних критеріїв та мішеней психотерапевтичної корекції вищезазначених розладів.

Література

1. Александровский Ю. А. Состояния психической адаптации и невротические расстройства / Ю. А. Александровский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 52 с.
2. Антипова О. С. Расстройства адаптации: современные подходы к диагностике и терапии / О. С. Антипова // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2012. – Т. 14, № 6. – С. 22–27.
3. Шестопалова О. П. Актуальні проблеми психології в закладах освіти: збірник наукових праць / О. П. Шестопалова, В. І. Чумак. – Кривий Ріг: Видавничий дім, 2011. – 343 с.
4. Старик В. А. Характеристика дисоціативних станів при подоланні психічної травми / В. А. Старик // Молодий вчений. – 2018. – № 1 (53). – С. 54–57.
5. European Psychiatric Association (EPA) guidance on postgraduate psychiatric training in Europe / S. Mayer, R. J. van der Gaag, Dom G. [et al.] // Eur. Psychiatry. – 2014. – № 29. – P. 101–106.
6. European Psychiatric Association (EPA) guidance on postgraduate psychiatric training in Europe / S. Mayer, R. J. van der Gaag, Dom G. [et al.] // Eur. Psychiatry. – 2014. – № 29. – P. 101–106.
7. Pierre J. M. The borders of mental disorder in psychiatry and the DSM: past, present, and future / J. M. Pierre // J. Psychiat. Pract. – 2010. – Vol. 16 (6). – P. 375–386.
8. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. – М.: Смысл; СПб.: Речь, 2003. – 407 с.
9. Чуркин А. А. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии / А. А. Чуркин, А. Н. Мартюшов. – М.: Триада-Х, 2000. – 232 с.
10. Kawa S. A brief historicity of the diagnostic and statistical manual of mental disorders: issues and implications for the future of psychiatric canon and practice / S. Kawa, J. Giordano // Philos Ethics Humanit Med. – 2012. – Vol. 13 (7). – P. 2–10.
11. Pierre J. M. The borders of mental disorder in psychiatry and the DSM: past, present, and future / J. M. Pierre // J. Psychiat. Pract. – 2010. – Vol. 16 (6). – P. 375–386.
12. Мякотных В. С. Стресс-индуцированные расстройства; под ред. М. М. Дьяконова / В. С. Мякотных, М. Н. Торгашов. – СПб.: ЗАО «Моби Дик», 2015. – 216 с.
13. Герасименко Л. О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі) / Л. О. Герасименко // Укр. вісн. психоневрології. – 2018. – № 1. – С. 62–65.
14. Смулевич А. Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств: учеб. пособ. / А. Б. Смулевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 208 с.
15. Шифнер Н. А. Клинико-динамическая характеристика расстройств адаптации у студентов / Н. А. Шифнер, А. Е. Бобров, М. А. Кулыгина // Ученые записки. – 2011. – № 18 (4). – С. 64–66.
16. Кекелидзе З. И. Клиническая картина психических расстройств, возникающих при чрезвычайных ситуациях; под ред. В. А. Солдаткина / З. И. Кекелидзе // Посттравматическое стрессовое расстройство. – Ростов-на-Дону, 2015. – С. 60–75.
17. Свечников Д. В. Расстройства адаптации у военнослужащих (клиника, диагностика): автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук / Д. В. Свечников. – СПб., 2015. – 18 с.
18. Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: some suggestion for DSM-V / L. Grassi [et al.] // J. Affect Dis. – 2007. – Vol. 101 (1–3). – P. 251–254.
19. Михайлов Б. В. Психогенно обусловленные нарушения психической сферы в условиях чрезвычайных ситуаций / Б. В. Михайлов // Укр. вісн. психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 2 (83). – С. 71–75.
20. Junger M. Adjustment disorders – nosological state and treatment options / M. Junger, K. Frasch, T. Becker // Psychiatr. Prax. – 2008. – № 35 (5). – P. 219–225.
21. Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: some suggestion for DSM-V / L. Grassi [et al.] // J. Affect Dis. – 2007. – Vol. 101 (1–3). – P. 251–254.
22. Мирошник И. М. Информационно-энергетический язык продуктивного межличностного взаимодействия / И. М. Мирошник, Е. В. Гаврилин, Б. В. Михайлов // Материалы Международ. конф. «Информоэнергетика третьего тысячелетия», Киев – Кривой Рог. – 2003. – С. 128–130.
23. Психологічні особливості віддалених наслідків стресогенних впливів: монограф.; за ред. М. С. Корольчука / М. С. Корольчук, В. М. Корольчук, С. М. Миронець [та ін.]. – К.: Київ. нац. торг.-екон. ун-т, 2014. – 276 с.
24. Kasper S. Understanding and treating depression / S. Kasper. In: Abstracts of the 20th European Congress of Psychiatry, Prague, 2012 // Eur. Psychiatry. – 2012. – Vol. 27, Suppl. 1. – SOA03-01.
25. Жупанова Д. А. Улучшение комплаенса у пациентов с депрессиями (комплексная система терапии и оценка ее эффективности) / Д. А. Жупанова // Укр. вісн. психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 3 (84). – С. 68–73.
26. Брюханов А. В. Анализ вегетативных нарушений при дезадаптациях / А. В. Брюханов, Е. В. Жовнерчук, И. Ю. Жовнерчук // Сб. мат.-лов XI Всерос. науч.-практ. конф. – М., 2015. – С. 74–76.
27. Кризова психологія: навч. посіб.; за заг. ред. проф. О. В. Тімченка / Ю. В. Александров, Л. О. Гонтаренко, С. М. Миронець [та ін.]. – Харків: НУЦЗУ, КП «Міська друкарня», 2011. – 381 с.

УДК: 159.9.018.4

ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРНОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ И ЛУДОМАНИЕЙ

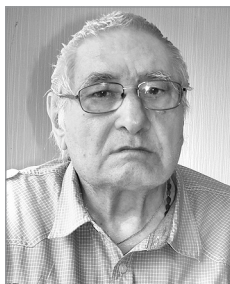


К. В. Аймедов

© Аймедов Костянтин Володимирович (Україна) – д.мед.н., професор зав. кафедрою психології, Одеський національний медичний університет МОЗ України, пров. Валіховський, 2, м. Одеса, 65028; e-mail: psyhotip@gmail.com; ORCID: 0000-0003-2577-0151.

© Constantin V. Aymedov (Ukraine) – MD, Doctor of Medical Sciences, Professor (Head of the Department of Psychology), Odesa National Medical University, Ministry of Health of Ukraine, 2 Valikhovsky lane, Odessa, 65028; e-mail: psyhotip@gmail.com; ORCID: 0000-0003-2577-0151.

© Аймедов Константин Владимирович (Украина) – д.м.н., профессор зав. кафедрой психологии, Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины, пер. Валиховский, 2, г. Одесса, 65028; e-mail: psyhotip@gmail.com; ORCID: 0000-0003-2577-0151.



Б. А. Лобасюк

© Лобасюк Борис Олександрович (Україна) – канд.мед.наук, доцент кафедри загальної психології і психології розвитку, Одеський національний університет імені І. І. Мечникова, вул. Дворянська, 2, м. Одеса, 65058; e-mail: blobasuk@gmail.com; ORCID: 0000-0001-9344-4513.

© Borys Lobasiuk (Ukraine) – MD, PhD, Associate Professor of the Department of General Psychology and Psychology of Development, I.I. Mechnikov Odesa National University, 2 Dvoryanska street, Odessa, 65058, e-mail: blobasuk@gmail.com; ORCID: 0000-0001-9344-4513.

© Лобасюк Борис Александрович (Украина) – канд.мед.наук, доцент кафедры общей психологии и психологии развития, Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова, ул. Дворянская, 2, г. Одесса, 65058; e-mail: blobasuk@gmail.com; ORCID: 0000-0001-9344-4513.



М. І. Боделан

© Боделан Максим Іванович (Україна) – канд. псих. наук, психолог, Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я, вул. Воробійова, 9, м.Одеса, 65006; e-mail: maxbodelan@gmail.com; ORCID: 0000-0001-5090-2393.

© Maksym Bodelan (Ukraine) – PhD in Psychology, psychologist, Odesa Regional Medical Center of Mental Health, 9 Vorobyov Street, Odessa, 65006; e-mail: maxbodelan@gmail.com; ORCID: 0000-0001-5090-2393.

© Боделан Максим Іванович (Украина) – к.психол.наук, психолог, Одесский областной медицинский центр психического здоровья, ул. Воробьева, 9, г. Одесса, 65006; e-mail: maxbodelan@gmail.com; ORCID: 0000-0001-5090-2393.

№ 9, 2018, стор. 38–42

INVESTIGATION OF STRUCTURE OF INDIVIDUAL-TIPOLOGICAL PERSONALITY IN PATIENTS WITH ALCOHOLISM AND LUDOMANIA

Abstract.

The aim of the study was to detect regression (multiple linear regression and correlation) and correlation (two-dimensional correlation method) relationships between the indicators of Kettle's test in mentally ill with addictive disorders (alcoholics and ludomanes). For the formation of mathematical models, each of the indicators of the set selected in the analysis, was considered as the target sign (Y), and the other elements of the set as X and the method of multiple linear regression determined orientated influences. As a result of the procedure used, we obtained the equation of multiple linear regression. The adequacy of the regression coefficients was estimated by the method of sigma deviations of the regression coefficients, and the efficiency of the regression as a whole was estimated by means of calculating the multiplier correlation coefficient. Geometrically, the equation of multiple linear regression was interpreted using polycyclic multigraphs. Between the factors of the Kettle test in the mentally healthy participants of the study, there were more oriented statistically significant regression relationships-ratios than those suffering from alcoholism and ludomania. The coefficients of the two-dimensional correlation between the indicators of Kettle's test in people suffering from alcoholism and ludomania appeared to be more than healthy ones.

In the established system of indexes of Kettel's tests, system-forming, depending on the research group, the following factors-indicators were determined: in the conditions of the psychological norm - restraint-expressiveness and low intelligence-high intelligence; among patients with alcoholism - alaxia-protense (trust, openness-suspiciousness, jealousy); among patients suffering from ludomanii - low super-his-high super-him and trekta - parmy (timidity, indecision, courage, entrepreneurship). The discrepancies of system-forming factors are revealed, which testify that in the course of chronic alcoholism and ludomania the formation of orientation on the lower levels of the value system appears. The obtained mathematical models visualize the destruction of mental activity in persons suffering from alcoholism and ludomania.

Key words: multiple linear regression, alcoholism ludomania, Kettel's test.

ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРНОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ И ЛУДОМАНИЕЙ

Аннотация.

Целью исследования было выявление регрессионных (методом множественной линейной регрессии и корреляции) и корреляционных (методом двухмерной корреляции) связей между показателями теста Кеттелла у психических больных с аддиктивными расстройствами (алкоголиков и лудоманов). Для формирования математических моделей каждый из показателей множества, избранных для анализа, рассматривали в качестве целевого признака (Y), а остальные элементы множества как X и методом множественной линейной регрессии определяли ориентированные воздействия. В результате использованной процедуры получали уравнения множественной линейной регрессии. Адекватность коэффициентов регрессии оценивалась методом сигмальных отклонений коэффициентов регрессии, а эффективность регрессии в целом оценивалась с помощью вычисления коэффициента множественной корреляции. Геометрически уравнения множественной линейной регрессии интерпретировались с помощью полициклического мультиграфа. Между факторами-показателями теста Кеттелла у психически здоровых участников исследования оказывалось больше ориентированных статистически значимых регрессионных связей-отношений, чем у лиц, страдающих от алкоголизма и лудомании. Коэффициентов двухмерной корреляции между показателями теста Кеттелла у лиц, страдающих от алкоголизма и лудомании оказывалось больше, чем у здоровых. В сложившейся системе показателей тестов Кеттелла системообразующими, в зависимости от группы исследования, определялись следующие факторы-показатели: в условиях психической нормы - сдержанность-экспрессивность и низкий интеллект-высокий интеллект; среди пациентов с алкоголизмом - алаксия-протенсия (доверчивость, открытость-подозрительность, ревность) среди больных, страдающих лудоманией - низкое супер-эго-высокое супер-эго и тректия-пармия (робость, нерешительность-смелость, предприимчивость). Выявленные расхождения системообразующих факторов, свидетельствуют о том, что при хроническом алкоголизме и лудомании проявляется формирования ориентации на более низкие уровни ценностных систем. Полученные математические модели визуализуют деструкцию психической деятельности у лиц, страдающих от алкоголизма и лудомании.

Ключевые слова: множественная линейная регрессия, алкоголизм, лудомания, тест Кеттелла.

ДОСЛІДЖЕННЯ СТРУКТУРНОСТІ ІНДИВІДУАЛЬНО-ТИПОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ У ХВОРИХ АЛКОГОЛІЗМОМ ТА ЛУДОМАНІЄЮ

Анотація.

Метою дослідження було виявлення регресійних (методом множинної лінійної регресії і кореляції) і кореляційних (методом двомірної кореляції) зв'язків між показниками теста Кеттелла у психічно хворих з аддиктивними розладами (алкоголиків і лудоманів). Для формування математичних моделей кожен з показників безлічі, обраних для аналізу, розглядали в якості цільової ознаки (Y), а інші елементи безлічі як X і методом множинної лінійної регресії визначали орієнтовані впливи. В результаті використаної процедури отримували рівняння множинної лінійної регресії. Адекватність коефіцієнтів регресії оцінювалася методом сигмальних відхилень коефіцієнтів регресії, а ефективність регресії в цілому оцінювалася за допомогою обчислення коефіцієнта множинної кореляції. Геометрично рівняння множинної лінійної регресії інтерпретувалися за допомогою поліциклических мультиграфів. Між факторами-показниками теста Кеттелла у психічно здорових учасників дослідження виявлялось більше орієнтованих статистично значущих регресійних зв'язків-відношень, ніж у осіб, що страждають від алкоголізму і лудоманії. Коефіцієнтів двомірної кореляції між показниками теста Кеттелла у осіб, що страждають від алкоголізму і лудоманії виявлялось більше, ніж у здорових. У сформованій системі показників тестів Кеттелла системоутворюючими, в залежності від групи дослідження, визначалися наступні чинники-показники: в умовах психічної норми – стриманість-експресивність і низький інтелект-високий інтелект; серед пацієнтів з алкоголізмом – алаксія-протенсія (довірливість, відвертість-підозрілість, ревнивість); серед хворих, які страждають на лудоманію – низьке супер-эго-високе супер-эго і тректія-пармія (боязкість, нерішучість-сміливість, підприємливість). Виявлені розбіжності системоутворюючих факторів, які свідчать про те, що при хронічному алкоголізмі і лудоманії проявляється формування орієнтації на нижчі рівні цінності системи. Отримані математичні моделі візуалізують деструкцію психічної діяльності у осіб, що страждають від алкоголізму і лудоманії.

Ключові слова: множинна лінійна регресія, алкоголізм, лудоманія, тест Кеттелла.

Введение

Понятие структуры ввел в психологическую теорию Эдвард Титченер. Идеи структурности (от лат. *structura* – строение) психики возникли достаточно давно в психологических концепциях [1–3].

В работе «Исторический смысл психологического кризиса» Л. С. Выготский отмечает, что «... в процессе развития, и в частности исторического развития поведения, изменяются не столько функции, как мы это раньше изучали (это была наша ошибка), не столько их структура, не столько система их движения, сколько изменяются и модифицируются отношения, связи функций между собой, возникают новые группировки, которые были неизвестны на предыдущей ступени... Возникновение таких новых подвижных отношений, в которые ставятся функции друг к другу, мы будем называть психологической системой» [4].

Основная задача научного исследования состоит в раскрытии содержания объекта как системного, т.е. обладающего структурой [5]. Как известно структура устанавливает отношения между изучаемыми элементами. Как писал Л. С. Выготский, «есть все основания думать, что плодотворная сфера для исследователей как раз лежит в области тех специфических, очень сложных динамических отношений, которые позволяют составить хотя бы самые грубые представления о действительной сложности и своеобразии высших психических функций» [4].

В процессе развития теории систем (системного подхода) и методов моделирования понятие структуры получило дальнейшее развитие. Системный подход и методы моделирования выступают как связующее звено между философской методологией и методологией специальных наук.

Развитие современной постнеклассической психологии предполагает возможное моделирование системных объектов как саморазвивающихся систем, т.е. речь идет о применении системного подхода, одной из задач которого и является изучение структуры высших психических функций [6; 7].

Ранее нами предложен сетевой семантико-топологический метод анализа, с помощью которого построены сетчато-топологические модели индивидуально-типологических особенностей личности у больных маниакально-депрессивным психозом и шизофренией, отдельно у правшей и у левшей [8; 9].

Показано, что у психически здоровых людей между показателями тестов (Бентона, пиктограмм и Миннесотского многоаспектного личностного опросника – MMPI) выявляются регрессионные связи–отношения, а у больных маниакально-депрессивным психозом и шизофренией указанные связи обнаруживаются в очень малом количестве либо вовсе отсутствуют. Двумерных коэффициентов корреляции у психически здоровых людей между по-

казателями указанными тестов определялось меньше, чем у психически больных [8].

Цель и задачи исследования

В ходе работы исследованы регрессионные и корреляционные связи между показателями теста Кеттелла у психически больных с аддиктивными расстройствами – у алкоголиков и лудоманов.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 665 человек, находившихся на лечении в Одесской областной психиатрической больнице №1 и медицинской клинике Одесского государственного университета в период с 2005 по 2010 г. Из них 78 психически здоровых, 114 – страдающих алкоголизмом и 473 – с лудоманией.

Во время работы использовался тест Кеттелла [10].

Полученные результаты обрабатывали с помощью пакета Statistica 5.0.

Отношения, формирующиеся между показателями тестов, исследовали методом множественной линейной регрессии и корреляции [11]. Уровни статистической значимости были приняты в пределах $p < 0,05$ и $p < 0,1$.

Для формирования математических моделей каждый из показателей множества, избранных в анализ, рассматривали в качестве целевого признака (Y), а остальные элементы множества в качестве X и методом множественной линейной регрессии определяли ориентированные влияния. В результате использованной процедуры получали уравнение множественной линейной регрессии следующего вида:

$$Y = a_0 + b_1 X_1 + b_2 X_2 + \dots + b_n X_n + e, \text{ где}$$

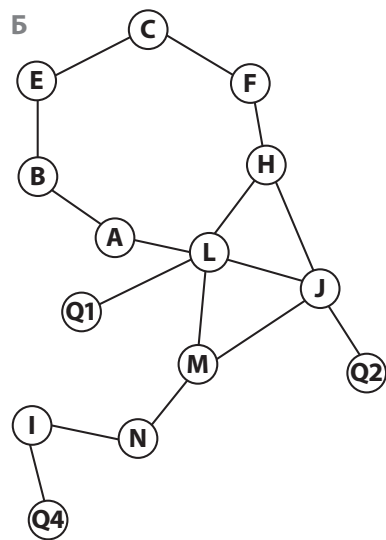
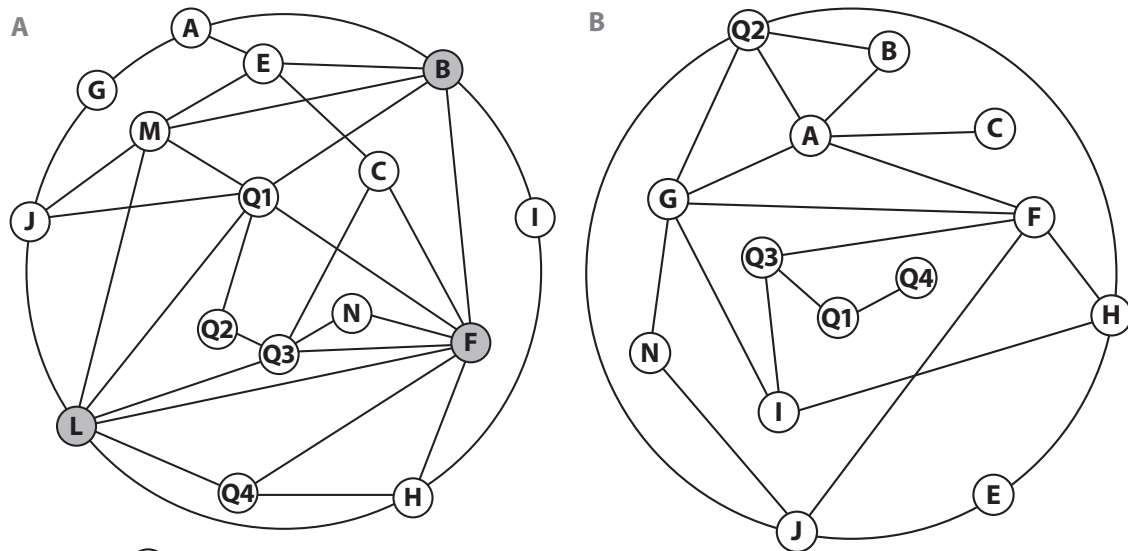
- Y – целевой признак;
- a_0 – свободный член;
- коэффициенты b_1, b_2, \dots, b_n – показатели регрессии, отражающие меру влияния на анализируемый показатель остальных элементов множества X_1, X_2, \dots, X_n ;
- e – погрешность, означающая любое колебание Y , не вызываемое изменениями независимой переменной в модели.

Адекватность коэффициентов регрессии оценивалась методом сигмальных отклонений коэффициентов регрессии, а эффективность регрессии в целом оценивалась с помощью вычисления коэффициента множественной корреляции [11]. Геометрически уравнения множественной линейной регрессии интерпретировались с помощью полициклических мультиграфов [12].

Результаты исследования и их обсуждение

Между факторами–показателями теста Кеттелла у психически здоровых испытуемых определялось 67 ориентированных статистически значимых регрессионных связей–отношений, у лиц с алкоголизмом – 32, а у страдающих лудоманией – 44 (табл., рис.)

Статистически значимых двумерных коэффициентов корреляции между факторами–показателями теста Кеттелла у психически здоровых



Обозначения факторов:

A	шизотимия–аффектотимия;
B	низкий интеллект–высокий интеллект;
C	слабость Я–сила Я;
E	конформность–доминантность;
F	сдержанность–экспрессивность;
G	низкое супер-эго–высокое супер-эго;
H	тректия–пармия;
I	харрия–премсия;
L	алаксия–протенсия;
M	праксерния–аутия;
N	прямолинейность–дипломатичность;
O	гипертимия–гипотимия;
Q1	консерватизм–радикализм;
Q2	зависимость от группы–самодостаточность;
Q3	низкое самомнение–высокое самомнение;
Q4	низкая Эго–напряжённость–высокая Эго–напряжённость

Рис. Полициклические мультиграфы, отражающие взаимоотношения между факторами–показателями теста Кеттелла в условиях психической нормы (А); у лиц, страдающих алкоголизмом (Б) и лудоманией (В).

пациентов выявлено 9, у лиц с алкоголизмом – 11, а у страдающих лудоманией – 14 (табл.)

Таблица

Статистически значимые коэффициенты множественной регрессии и двумерной корреляции в группах испытуемых

Группы испытуемых	Коэффициенты	
	регрессии	корреляции
Психическая норма	67	9
Алкоголики	32	11
Лудоманы	44	14

В условиях психической нормы самое большое количество регрессионных связей–отношений определялось к показателю F (сдержанность–экспрессивность) – 8, а также к фактору–показателю B (низкий интеллект–высокий интеллект) – 6 (рис.) Следует отметить, что связи–отношения, отходящие от факторов–показателей F и B, были больше приходящих по модулю. Это позволяет рассматривать данные факторы как системообразующие в условиях группы психической нормы.

В группе лиц, страдающих алкоголизмом, больше всего регрессионных связей–отношений [5] определялось к показателю L – алаксия–протенсия (доверчивость, откровенность – подозрительность, ревнивость); из них связи–отношения, ориентированные к факторам–показателям H (тректия–пармия), M (праксерния–аутия) и O (гипертимия–гипотимия), были больше приходящих по модулю. Это позволяет рассматривать фактор–показатель L как системообразующий для группы лиц с алкоголизмом (рис.).

В группе пациентов с лудоманией максимальное количество регрессионных связей–отношений определялось к показателям A (шизотомия–аффектотомия), F (сдержанность–экспрессивность) и G (низкое супер-эго–высокое супер-эго) – по 5, а также H – тректия–пармия (робость, нерешительность–смелость, предприимчивость) – 4 (рис.) Связи–отношения, отходящие от факторов-показателей G и H, были больше приходящих по модулю, что позволяет считать эти факторы–показатели системообразующими для группы лиц, страдающих лудоманией.

В сформированной системе показателей тестов Кеттелла системообразующими, в зависимости от группы исследования, определялись следующие факторы–показатели:

■ **в условиях психической нормы** – сдержанность–экспрессивность и низкий интеллект–высокий интеллект;

■ **среди пациентов с алкоголизмом** – алаксия–протенсия (доверчивость, откровенность – подозрительность, ревнивость);

■ **среди больных, страдающих лудоманией** – низкое супер-эго–высокое супер-эго и тректия–пармия (робость, нерешительность–смелость, предприимчивость).

Возможно, полученные различия системообразующих факторов являются дополнительным свидетельством того, что при хроническом алкоголизме и лудомании проявляется формирование ориентации на низшие уровни ценностной системы [13].

У лиц, страдающих алкоголизмом и лудоманией, количество регрессионных связей–отношений между факторами–показателями теста Кеттелла было меньше, чем в группе психической нормы.

Следует подчеркнуть, что у больных шизофренией и маниакально-депрессивным психозом (МДП) статистически значимых коэффициентов регрессии между показателями тестов не определялось либо определялись единичные [8].

Ранее нами были сформированы представления о единице психической деятельности как о психолого-психиатрическом, нейрофизиологическом конструкте, формируемом на основе множественного регрессионного анализа показателей психологических тестов [13].

Отсутствие регрессионных связей–отношений между показателями психологических

тестов у лиц, страдающих шизофренией и МДП, можно рассматривать как модель распада психики, а уменьшение регрессионных связей–отношений, выявленное у больных алкоголизмом и лудоманией, расценивать как свидетельство деструкции психической деятельности.

В основе теста Кеттелла лежит теория личностных черт, согласно которой личность описывается как состоящая из стабильных, устойчивых взаимосвязанных элементов (свойств, черт), определяющих ее внутреннюю сущность и поведение [10]. Различия в выраженности личностных черт обеспечивают вариативность поведения людей.

Опросник (метод психодиагностики личности) Кеттелла является многомерной методикой, оценивающей свойства нормальной личности; он описывает личностную структуру человека. Выявленное в наших исследованиях уменьшение количества связей–отношений между показателями теста Кеттелла может свидетельствовать о нарушении у больных алкоголизмом и лудоманией структуры индивидуально-психологических особенностей личности и, следовательно, о нарушении регуляторной функции поведения.

Увеличение коэффициентов двумерной корреляции у лиц с алкоголизмом и лудоманией может свидетельствовать о том, что вследствие болезни у них происходит разрыв цепей связей психических актов и состояний, а близкорасположенные места разрывов формируют увеличение двумерных коэффициентов корреляции [8].

Полученные математические модели визуализируют деструкцию психической деятельности у лиц, страдающих алкоголизмом и лудоманией.

Литература

1. Boring, E. G. A history of introspection. *Psychological Bulletin*. – 1953. – № 50. – P. 169–189.
2. Titchener E. B. The postulates of structural psychology / E. B. Titchener // *Philos. Review*. – 1893. – № 7. – P. 449–465.
3. Wolman B. B. Contemporary theories and systems in psychology / B. B. Wolman. – N.Y., 1960.
4. Выготский Л. С. Исторический смысл психологического кризиса / Л. С. Выготский // *Собр. соч. в 6 т.* – М., 1982. – Т. 1. – С. 291–436.
5. Павлова Л. П. Системный подход к психофизиологическому исследованию мозга человека / Л. П. Павлова, А. Ф. Романенко. – Ленинград: Наука, 1988.
6. Степин В. С. Классика, неклассика, постнеклассика: критерии различения; под ред. Л. П. Киященко, В. С. Степина / В. С. Степин // *Постнеклассика: философия, наука, культура: коллективная монография*. – СПб., 2009. – С. 249–295.
7. Степин В. С. Научное познание и ценности техногенной цивилизации / В. С. Степин // *Вопросы философии*. – 1989. – № 10. – С. 3–18.
8. Research of systematicity of individual and typological features of the personality at patients with maniac-depressive psychosis and schizophrenia. (Mesh and topological model of mentality) / B.A. Lobasyuk, I. O. Primacheck, A. P. Savostin, K. V. Aymedov // *J. of Health Sciences*. – 2014. – № 04 (01). – P. 427–440.
9. Боделан М. И. Исследование системности индивидуально-типологических особенностей личности у правой и левой / М. И. Боделан // *Вісн. Одеського національного університету. Психологія*. – 2012. – Т. 17, вип. 9. – С. 43–53.
10. Cattell R. B. Reprinted from *The British Journal of Psychology* (1946), 36, 159–174: Personality structure and measurement II: the determination and utility of trait modality / R. B. Cattell // *Br. J. Psychol.* – 2009. – № 100 (Pt 1A). – P. 233–248.
11. Зыков А. А. Основы теории графов / А. А. Зыков. – М.: Наука, 1987.
12. Аймедов К. В. Взаимоотношения свойств личности и её ценностных ориентаций / К. В. Аймедов, Б. А. Лобасюк // *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосомачна медицина*. – 2016. – № 1. – С. 93–101.
13. Битенский В. С. Нейропсихология и нейропсихиатрия (исследование параллелизма психических феноменов и электрофизиологии мозга) (К вопросу о единице психической деятельности) / В. С. Битенский, Б. А. Лобасюк, М. И. Боделан // *Вісн. психіатрії та психофармакології*. – 2010. – № 1 (17). – С. 7–11.

УДК: 613.861::616.895::613.816

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО АРАНЖУВАННЯ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ОСІБ З РІЗНИМ РІВНЕМ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ



К. Д. Гапонов

© Гапонов Костянтин Дмитрович (Україна) – к.мед.н., головний лікар К303 «Обласний наркологічний диспансер», м. Харків; вул. Очаківська, 15, 61045; доцент кафедри наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків; вул. Амосова, 58, 61176; e-mail: kostiantyn1807@gmail.com; ORCID: 0000-0002-2835-1027.

© Kostiantyn Gaponov (Ukraine) – MD, PhD in Medicine, Chief Doctor of the Regional Clinical Hospital "Regional Narcological Dispensary", Kharkiv; 15 Ochakivska street, 61045; Associate Professor of the Narcology Department of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv; 58 Amosov Street, 61176; e-mail: kostiantyn1807@gmail.com; ORCID: 0000-0002-2835-1027.

© Гапонов Константин Дмитриевич (Украина) – к.мед.н., главный врач КУОЗ «Областной наркологический диспансер», г. Харьков, ул. Очаковская, 15, 61045; доцент кафедры наркологии Харьковской медицинской академии последипломного образования МЗ Украины, г. Харьков; ул. Амосова, 58, 61176; e-mail: kostiantyn1807@gmail.com; ORCID: 0000-0002-2835-1027.

№ 9, 2018, стор.43–54

SPECIFICITIES OF CLINICAL ARRANGING ALCOHOLIC REMEDY IN PERSONS WITH VARYING LEVELS OF PSYCHOSOCIAL STRESS

Abstract.

The article noted that in recent times Ukraine has been characterized by the presence of a significant number of stress factors, as a result of which an increase in the long-term stress load occurs. It is indicated that this forms a number of adverse factors affecting the increase in the use of psychoactive substances in the community, first of all, of alcohol. To the fore among these factors, above all, is the action of superstrong stressors, such as political and economic instability and fighting in the east of Ukraine. It was stated that taking into account the systemic interaction of these stress loads (political and economic instability and combat actions), approaches to the treatment of alcohol dependence with comorbid post-stress states should be based on biopsychosocial bases, and the existing therapeutic and rehabilitative strategies should be significantly modified according to the formation and course of this dependence. To understand the ways of modifying existing therapeutic and rehabilitation strategies, taking into account the aggravating effect of stress on the formation and course of alcohol dependence, we analyzed the characteristics of the clinical arrangement of alcohol dependence in individuals with various psycho-traumatic experiences and levels of psychosocial stress. It was established that the clinical symptoms of alcohol dependence in general were more variable in the group of combatants, slightly less - among immigrants; and the differences between the two groups in the overwhelming majority of symptoms are not significant. Local residents showed a significantly smaller variety of clinical symptoms of alcohol dependence, although in general the prevalence rates of its manifestations in all three groups are comparable. Significantly more pronounced differences in clinical symptoms were found when analyzing it, taking into account the level of psychosocial stress, which suggests this factor determining the clinical variability of alcohol dependence. The findings suggest that the degree of vulnerability to psychosocial stress and response to it are the leading factors in determining the clinical arrangement of alcohol dependence. Indicators of participation in hostilities or forced displacement also have a certain value, but their effect on the variability of the clinical symptoms of alcohol dependence is less.

Key words:

alcohol dependence, clinical manifestations, psychosocial stress.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ АРАНЖИРОВКИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА

Аннотация.

В статье отмечено, что для Украины в последнее время характерно наличие значительного количества стрессогенных факторов, вследствие чего возникает увеличение длительной стрессовой нагрузки. Указано, что это формирует целый ряд неблагоприятных факторов, влияющих на повышение уровня употребления психоактивных веществ в сообществе, в первую очередь, алкоголя. На первый план среди этих факторов, прежде всего, выступает действие сверхсильных стрессоров – таких, как политическая и экономическая нестабильность и боевые действия на Востоке Украины. Констатируется, что учитывая системное взаимовлияние этих стрессовых нагрузок (политическая и экономическая нестабильность и боевые действия), подходы к лечению алкогольной зависимости с коморбидными постстрессовыми состояниями должны базироваться на биопсихосоциальных основах, а существующие терапевтические и реабилитационные стратегии должны быть существенно модифицированы с учетом вектора воздействия стресса на формирование и течение этой зависимости. Для понимания путей модификации существующих терапевтических и реабилитационных стратегий с учетом отягчающего действия стресса на формирование и течение алкогольной зависимости в ходе работы был проведен анализ особенностей клинической аранжировки алкогольной зависимости у лиц с различным психотравмирующим опытом и уровнем психосоциального стресса. Установлено, что клиническая симптоматика алкогольной зависимости в целом была более вариативной в группе комбатантов,

чуть менше – у переселенців; а различия между двумя группами по подавляющему большинству симптомов несущественны. Местные жители продемонстрировали значимо меньшее разнообразие клинической симптоматики алкогольной зависимости, хотя в целом показатели распространенности ее проявлений во всех трех группах сопоставимы. Существенно более выраженные различия в клинической симптоматике были обнаружены при ее анализе с учетом уровня психосоциального стресса, что позволяет считать этот фактор определяющим клиническую вариативность алкогольной зависимости. Полученные данные позволяют утверждать, что степень уязвимости при психосоциальном стрессе и реагирования на него являются ведущими факторами в определении клинической аранжировки алкогольной зависимости. Показатели участия в боевых действиях или вынужденного перемещения также имеют определенное значение, но их влияние на вариативность клинической симптоматики алкогольной зависимости является меньшим.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, клинические проявления, психосоциальный стресс.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО АРАНЖУВАННЯ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ОСІБ З РІЗНИМ РІВНЕМ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ

Анотація.

У статті зазначено, що для України останнім часом характерна наявність значної кількості стресогенних чинників, внаслідок чого виникає збільшення тривалості стресового навантаження. Зазначено, що це формує цілий ряд несприятливих факторів, що впливають на підвищення рівня вживання психоактивних речовин в співтоваристві, в першу чергу, алкоголю. На перший план серед цих чинників, перш за все, виступає дія надсильних стресорів - таких, як політична і економічна нестабільність і бойові дії на Сході України. Констатовано, що з огляду на системний взаємовплив цих стресових навантажень (політична і економічна нестабільність і бойові дії), підходи до лікування алкогольної залежності з коморбідними постстресовими станами повинні базуватися на біопсихосоціальних засадах, а існуючі терапевтичні та реабілітаційні стратегії повинні бути істотно модифіковані з урахуванням вектора впливу стресу на формування і перебіг цієї залежності. Для розуміння шляхів модифікації існуючих терапевтичних і реабілітаційних стратегій з урахуванням обтяжливої дії стресу на формування і перебіг алкогольної залежності в ході роботи було проведено аналіз особливостей клінічного аранжування алкогольної залежності в осіб з різним психотравмуючим досвідом і рівнем психосоціального стресу. Встановлено, що клінічна симптоматика алкогольної залежності в цілому була більш варіативною в групі комбатантів, трохи менше - у переселенців; а відмінності між двома групами по переважній більшості симптомів несуттєві. Місцеві жителі продемонстрували значимо меншу різноманітність клінічної симптоматики алкогольної залежності, хоча в цілому показники поширеності її проявів у всіх трьох групах порівнянні. Істотно більш виражені відмінності в клінічній симптоматиці були виявлені при її аналізі з урахуванням рівня психосоціального стресу, що дозволяє вважати цей фактор визначним у клінічній варіативності алкогольної залежності. Отримані дані дозволяють стверджувати, що ступінь уразливості при психосоціальному стресі і реагування на нього є провідними факторами у визначенні клінічного аранжування алкогольної залежності. Показники участі в бойових діях або вимушеного переміщення також мають певне значення, але їх вплив на варіативність клінічної симптоматики алкогольної залежності є меншим.

Ключові слова: алкогольна залежність, клінічні прояви, психосоціальний стрес.

Вступ

Сучасний період розвитку нашої держави характеризується значною кількістю стресогенних чинників, наслідком чого є значне підвищення довготривалого стресового навантаження, за умови якого живе населення України [1]. Це формує низку несприятливих факторів щодо зростання рівня вживання психоактивних речовин, зокрема, алкоголю [2–4]. Насамперед, йдеться про фактори ризику, пов'язані з дією надсильних стресорів – таких, як політична та економічна нестабільність та бойові дії на Сході України [5–7].

Зараз взаємозв'язок між наявністю стресового навантаження та вживанням алкоголю підтверджений великою кількістю досліджень зі значною доказовою базою і визнається усіма науковими школами та напрямками: результати епідеміологічних, генетичних, біохімічних, нейрофізіологічних, клінічних та ін. досліджень переконливо свідчать про його наявність [8; 9].

Між тим, не зважаючи на очевидну нагальність, накопичення цих знань не призвело поки що до розуміння того, яким чином, використовуючи нові знання, вплинути на зменшення шкоди від вживання алкоголю та ефективність лікування алкогольної залежності (АЗ) у осіб, що переживають надзначний стрес. Зрозуміло, що спільні механізми обумовлюють виникнення коморбідності між постстресовими станами та АЗ. Враховуючи системний взаємовплив двох зазначених феноменів, підходи до лікування АЗ із коморбідними постстресовими станами мають базуватися на біопсихосоціальних засадах, а існуючі терапевтичні й реабілітаційні стратегії повинні бути суттєво модифіковані з урахуванням вектору дії стресу на формування й перебіг цієї залежності.

Мета дослідження

Під час роботи ставили за мету проаналізувати особливості клінічного аранжування АЗ в осіб з різним психотравмуючим досвідом

та рівнем психосоціального стресу, що вкрай важливо для розуміння шляхів модифікації існуючих терапевтичних і реабілітаційних стратегій з урахуванням обтяжуючої дії стресу на формування й перебіг АЗ.

Матеріали і методи дослідження

З дотриманням інформованої згоди на заходах принципів біоетики і деонтології на базі КЗОЗ «Обласний наркологічний диспансер» протягом 2014–2018 рр. було обстежено 312 чоловіків, хворих на АЗ з діагнозами F10.24 (вживання алкоголю на теперішній час, активна залежність); F10.25 (постійне вживання); F10.26 (епізодичне вживання – дипсоманія). Критеріями включення пацієнтів до дослідження були:

- наявність АЗ на момент звернення по спеціалізовану наркологічну допомогу (у відповідності до критеріїв МКХ–10);
- стаж АЗ менше 10 р. та згода на участь у розроблених реабілітаційних заходах після виписки зі стаціонару.

Критеріями виключення були наявність супутніх психічних та тяжких хронічних соматичних захворювань, а також аддикцій на рівні залежності від інших психоактивних речовин (ПАР).

Згідно з дизайном дослідження, загальну кількість обстежених склали три контингенти пацієнтів:

- **107 комбатантів** – осіб, які мали досвід участі у бойових діях на Сході України як учасники Антитерористичної операції та Операції об'єднаних сил;
- **89 вимушено переміщених осіб** з тимчасово окупованих районів Донецької та Луганської областей;
- **116 мешканців м. Харкова і Харківської області**, які не були комбатантами або вимушено переміщеними особами.

Оцінку клінічного аранжування АЗ здійснювали за допомогою клініко-психопатологічного методу. Окрім клінічного структурованого інтерв'ю згідно дослідницьких діагностичних критеріїв МКХ–10, його було доповнено психодіагностичним дослідженням з використанням тесту AUDIT (для виявлення розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю та визначення ступеня небезпечності його вживання) [10], шкали оцінки стану відміни алкоголю CIWA-Ar [11] та шкали SADQ-C, адаптованої для роботи з вітчизняним контингентом пацієнтів [12].

Вимір важкості психосоціального стресу здійснювали за однойменною шкалою Л. Рідера в адаптації В. М. Корнацького, М. В. Маркової [13] й шкалою психологічного стресу Лемура-Тесьє-Філіона в адаптації Н.Є. Водопьянкової (PSM-25) [14]. Окрім вираженості психосоціального стресу, також оцінці піддавали вира-

женість і структуру посттравматичного стресу за допомогою шкали оцінки впливу травматичної події (ШОВТП) М. Горовіца в адаптації Н. В. Тарабріної [15].

Статистико-математичний аналіз включав формування описової статистики та аналіз розбіжностей з використанням непараметричних методів: тесту Манна-Уїтні та точного критерію Фішера.

Результати дослідження та їх обговорення

На першому етапі роботи в кожному з обстежених контингентів було виділено три групи залежно від рівня психосоціального стресу (за шкалою Л. Рідера) ($p < 0,01$):

- 35 осіб із **легким рівнем** (показник за шкалою до 0,99 б.);
- 84 особи з **помірним рівнем** (показник від 1,00 до 1,99 б.);
- 193 особи з **високим рівнем** (показник понад 1,99 б.)

Відносно низький рівень психосоціального стресу зустрічався у 2 (1,9%) комбатантів, 9 (10,1%) переселенців і 24 (20,7%) місцевих мешканців (середній показник у групі $0,62 \pm 0,21$ б.). Помірний рівень стресу було виявлено у 29 (27,1%) комбатантів, 22 (24,7%) переселенців й 33 (28,4%) місцевих мешканців (середній показник – $1,39 \pm 0,30$ б.)

Серед усіх контингентів обстежених превалювали особи з важким рівнем стресового навантаження, проте їх кількісна представленість різнилася залежно від попереднього психотравматичного досвіду ($p < 0,01$): серед комбатантів високий рівень психосоціального стресу встановлено у 76 (71,0%) осіб, серед переселенців – у 58 (65,2%) пацієнтів, а серед міських мешканців – у 59 (50,9%) респондентів (середній показник $2,47 \pm 0,38$ б.). Розбіжності у порівнянні середньої вираженості психосоціального стресу в даних групах були статистично значущими, $p < 0,01$.

Середні показники вираженості психосоціального стресу в осіб різних соціальних груп склали: серед комбатантів – $2,24 \pm 0,63$ б.; серед переселенців – $2,03 \pm 0,72$ б.; у місцевих мешканців – $1,68 \pm 0,78$ б. Загалом, рівень вираженості психосоціального стресу був найбільшим у комбатантів, дещо меншим – у вимушено переміщених осіб, а найменшим – у місцевих мешканців; розбіжності були статистично значущі при порівнянні груп комбатантів і місцевих, переселенців і місцевих ($p < 0,01$).

Схожу тенденцію було виявлено стосовно вразливості до психологічного стресу (методика PSM-25): у комбатантів середня його вираженість – $151,62 \pm 25,82$ б., у переселенців – $143,56 \pm 31,20$ б., у місцевих мешканців – $131,09 \pm 36,04$ б. Розбіжності у порівнянні комбатантів і переселенців становили $p > 0,05$,

Таблиця 1

Особливості клінічної симптоматики АЗ у представників різних соціальних груп

Симптоми	Соціальні групи						Рівень статистичної значущості розбіжностей*		
	комбатанти		переселенці		місцеві мешканці		р 1-2	р 1-3	р 2-3
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Сильне бажання або непереборне прагнення вживати алкоголь («спрага»)	107	100,00	89	100,00	116	100,00	>0,05	>0,05	>0,05
Порушена здатність контролювати вживання алкоголю («втрата контролю»)	107	100,00	89	100,00	113	97,40	>0,05	<0,05	<0,05
Толерантність (фізіологічна, поведінкова або психологічна)	107	100,00	89	100,00	111	95,70	>0,05	<0,05	<0,05
Психологічна або соматична шкода	107	100,00	89	100,00	116	100,00	>0,05	>0,05	>0,05
Уживання алкоголю з метою пом'якшення або запобігання симптомів абстиненції	78	72,90	62	69,70	67	57,80	>0,05	<0,05	>0,05
Стан абстиненції	85	79,40	64	71,90	72	62,10	<0,01	<0,01	<0,01
Звуження асортименту спиртних напоїв, які вживаються	73	68,20	57	64,00	59	50,90	>0,05	<0,05	<0,01
Прогресивне звуження спектра альтернативних задоволень, форм поведінки або інтересів	44	41,10	32	36,00	27	23,30	>0,05	<0,05	<0,01
Постійне вживання алкоголю, незважаючи на очевидні докази його шкідливих наслідків	52	48,60	39	43,80	48	41,40	>0,05	>0,05	>0,05

Примітки:

*Рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні груп:

- р 1-2 – комбатантів та переселенців;
- р 1-3 – комбатантів та місцевих мешканців;
- р 2-3 – переселенців та місцевих мешканців.

комбатантів і місцевих – $p < 0,01$, переселенців і місцевих – $p < 0,01$. Середній показник у групі осіб з легким рівнем реагування на психосоціальний стрес був $72,46 \pm 9,37$ б., з помірним реагуванням – $123,30 \pm 19,97$ б., з важким – $162,25 \pm 9,43$ б. Розбіжності були статистично значущі при порівнянні всіх груп між собою ($p < 0,01$).

Виявлена тенденція щодо наявності значущих розбіжностей між особами з різним рівнем психосоціального стресу при суттєво меншому впливі попереднього психотравмуючого досвіду (тобто приналежності до специфічного контингенту) зберігалась і при аналізі показників вираженості реакції на стресову ситуацію, встановлених за методикою ШОВТП.

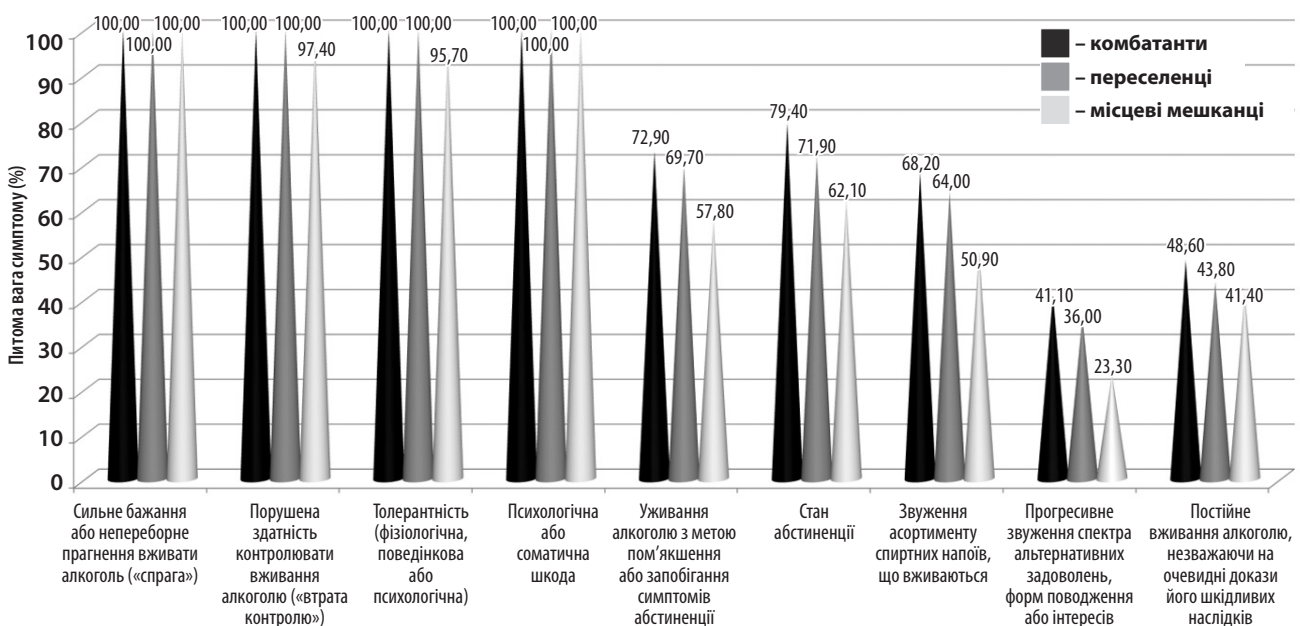


Рис 1. Особливості клінічної симптоматики АЗ у обстежених різних соціальних груп (за дослідницькими діагностичними критеріями МКХ-10)

Таблиця 2

Особливості клінічної симптоматики АЗ у осіб з різним рівнем психосоціального стресу

Симптоми	Групи за рівнем психосоціального стресу						Рівень статистичної значущості розбіжностей*		
	легкий		помірний		важкий		р 1-2	р 1-3	р 2-3
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Сильне бажання або непереборне прагнення вживати алкоголь («спрага»)	35	100,00	84	100,00	193	100,00	>0,05	>0,05	>0,05
Порушена здатність контролювати вживання алкоголю («втрата контролю»)	32	91,40	84	100,00	193	100,00	<0,05	<0,01	>0,05
Толерантність (фізіологічна, поведінкова або психологічна)	30	85,70	84	100,00	193	100,00	<0,01	<0,01	>0,05
Психологічна або соматична шкода	35	100,0	84	100,00	193	100,00	>0,05	>0,05	>0,05
Уживання алкоголю з метою пом'якшення або запобігання симптомів абстиненції	-	-	17	20,20	190	98,40	<0,01	<0,01	<0,01
Стан абстиненції	-	-	28	33,30	193	100,00	<0,01	<0,01	<0,01
Звуження асортименту спиртних напоїв, які вживаються	-	-	-	-	189	97,90	>0,05	<0,01	<0,01
Прогресивне звуження спектра альтернативних задоволень, форм поведінки або інтересів	-	-	-	-	103	53,40	>0,05	<0,01	<0,01
Постійне вживання алкоголю, незважаючи на очевидні докази його шкідливих наслідків	1	2,90	32	38,10	106	54,90	<0,01	<0,01	<0,05

Примітки:

*Рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні груп:

- р 1-2 – легкого та помірною стресу;
- р 1-3 – легкого та важкого стресу;
- р 2-3 – помірною та важкого стресу.

Середня вираженість впливу травматичної події у комбатантів в цілому складала $52,83 \pm 22,12$ б., у переселенців – $47,67 \pm 22,02$ б., у місцевих мешканців – $40,06 \pm 17,75$ б. Розбіжності при порівнянні комбатантів і переселенців становили $p > 0,05$, комбатантів і місцевих – $p < 0,01$, переселенців і місцевих – $p < 0,05$. При цьому середній показник у групі з легким психосоціальним стресом складав $23,23 \pm 0,65$ б., з помірним – $28,61 \pm 3,86$ б., а з високим рівнем стресового реагування – $58,69 \pm 18,28$ б. Розбіжності були статистично значущими при порівнянні всіх груп поміж собою ($p < 0,01$).

Вираженість клінічних проявів АЗ (за AUDIT) серед комбатантів становила $30,43 \pm 7,31$ б., переселенців – $28,60 \pm 7,78$ б., місцевих мешканців – $25,43 \pm 8,19$ б. Розбіжності були статистично значущими при порівнянні комбатантів і місцевих ($p < 0,01$), переселенців і місцевих ($p < 0,01$). Серед осіб із легким стресом середній показник за AUDIT становив $15,17 \pm 2,32$ б., з помірним рівнем реагування на стрес – $21,53 \pm 1,99$ б., з важким – $31,51 \pm 6,35$ б. Розбіжності були статистично значущими при порівнянні всіх груп поміж собою ($p < 0,01$).

Аналіз особливостей клінічної симптоматики АЗ (із застосуванням дослідницьких діагностичних критеріїв МКХ-10) у хворих різних соціальних груп дозволив виявити низку закономірностей (табл. 1, рис. 1):

- **сильне бажання або непереборне прагнення вживати алкоголь** («спрага»), а також психологічна або соматична шкода були наявні в усіх обстежених (для порівняння комбатантів з переселенцями $p > 0,05$; для порівняння комбатантів з місцевими $p > 0,05$, для порівняння переселенців з місцевими $p > 0,05$);
- **порушена здатність контролювати вживання алкоголю** («втрата контролю») та фізіологічна, поведінкова або психологічна толерантність були виявлені в усіх комбатантів і переселенців та у 97,4% і 95,7% місцевих жителів відповідно ($p > 0,05$, $p < 0,05$ та $p < 0,05$);
- **уживання алкоголю з метою пом'якшення або запобігання симптомів абстиненції** було виявлено у 72,9% комбатантів, 69,7% переселенців і 57,8% місцевих ($p > 0,05$, $p < 0,05$, $p > 0,05$); стан абстиненції – відповідно у 79,4%, 71,9% та 62,1% ($p < 0,01$, $p < 0,01$, $p < 0,01$);
- **звуження асортименту спиртних напоїв, які вживаються** – відповідно у 68,2%, 64,0% та 50,9% ($p > 0,05$, $p < 0,05$, $p < 0,01$);
- **прогресивне звуження спектру альтернативних задоволень, форм поведінки або інтересів** – відповідно у 41,1%, 36,0% та 23,3% ($p > 0,05$, $p < 0,05$, $p < 0,01$);

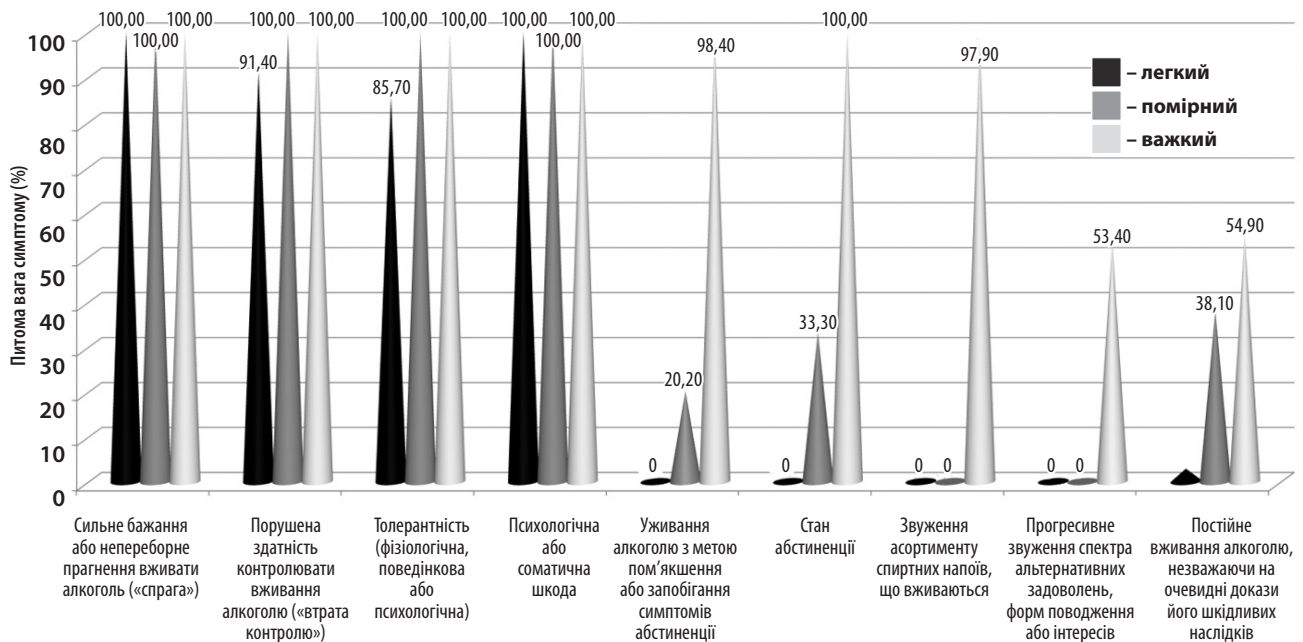


Рис. 2. Наявність клінічної симптоматики АЗ залежно від рівня психосоціального стресу (за дослідницькими діагностичними критеріями МКХ-10)

■ **постійне вживання алкоголю, незважаючи на очевидні докази його шкідливих наслідків** – відповідно у 48,6%, 43,8% та 41,4% ($p > 0,05$, $p > 0,05$, $p > 0,05$).

Таким чином, клінічна симптоматика АЗ в цілому була дещо варіативнішою у групі комбатантів, а у переселенців розбіжності виражені дещо меншою мірою; при цьому відмінності між цими двома групами за переважною більшістю симптомів були несуттєвими. Місцеві мешканці продемонстрували значуще меншу різноманітність клінічної симптоматики АЗ, хоча в цілому показники поширеності симптомів у всіх трьох групах були спільномірними.

Натомість, суттєво більш виражені відмінності були виявлені під час аналізу клінічної симптоматики з урахуванням рівня психосо-

ціального стресу, що дозволило вважати цей фактор провідним у визначенні поширеності тих або інших симптомів АЗ (табл. 2, рис. 2):

■ **сильне бажання або непереборне прагнення вживати алкоголь («спрага»)** та психологічна або соматична шкода були виявлені в усіх обстежених ($p > 0,05$);

■ **порушена здатність контролювати вживання алкоголю («втрата контролю»)** – у 91,4% хворих з легким рівнем стресового реагування і у всіх пацієнтів із помірним і високим стресовим навантаженням ($p < 0,05$, $p < 0,01$, $p > 0,05$);

■ **толерантність** (фізіологічна, поведінкова або психологічна) – у 85,7% хворих з легким стресом і у всіх обстежених з

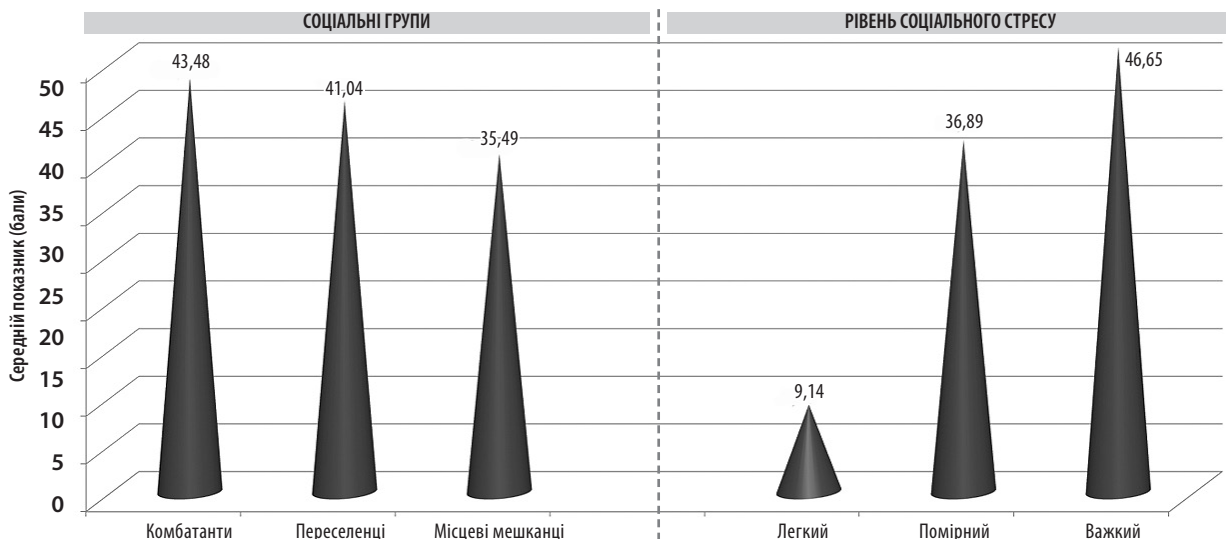


Рис. 3. Середні показники за шкалою SADQ в обстежених різних соціальних груп та з різним рівнем психосоціального стресу

Таблиця 3

Розподіл обстежених різних соціальних груп за особливостями перебігу АЗ

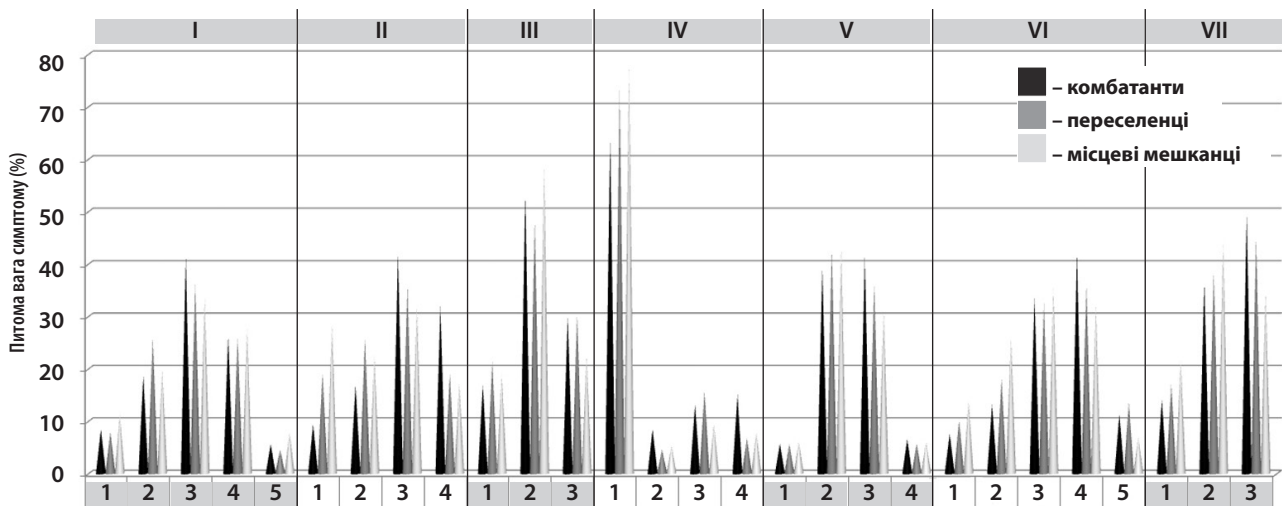
Фактори	Варіації	Соціальні групи						Рівень статистичної значущості розбіжностей		
		комбатанти		переселенці		місцеві мешканці		р 1-2	р 1-3	р 2-3
		абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Форма вживання алкоголю	Переважає односторонній ексцес	9	8,40	7	7,90	13	11,20	>0,05	>0,05	>0,05
	Псевдозапої	20	18,70	23	25,80	23	19,80	>0,05	>0,05	>0,05
	Постійне вживання на тлі високої толерантності	44	41,10	32	36,00	39	33,60	>0,05	>0,05	>0,05
	Постійне вживання на тлі низької толерантності	28	26,20	23	25,80	32	27,60	>0,05	>0,05	>0,05
	Істинні запої	6	5,60	4	4,50	9	7,80	>0,05	>0,05	>0,05
Переважає ком-понент в структурі первинного патологічного потягу до алкоголю	Ідеаторний (ситуаційно обумовлений)	10	9,30	17	19,10	33	28,40	<0,05	<0,01	<0,01
	Спонтанний усвідомлюваний (з боротьбою мотивів)	18	16,80	23	25,80	26	22,40	>0,05	>0,05	>0,05
	Спонтанний неусвідомлюваний (без боротьби мотивів)	45	42,10	32	36,00	37	31,90	>0,05	>0,05	>0,05
	Спонтанний, компульсивний	34	31,80	17	19,10	20	17,20	>0,05	>0,05	<0,05
Особливості патологічного потягу в стані сп'яніння	Часткова втрата кількісного контролю	18	16,80	19	21,03	22	19,00	>0,05	>0,05	>0,05
	Втрата кількісного контролю (симптом критичної дози)	57	53,30	43	48,30	68	58,60	>0,05	>0,05	>0,05
	Втрата ситуаційного контролю	32	29,90	27	30,30	26	22,40	>0,05	>0,05	>0,05
Динаміка клінічних проявів сп'яніння	Без зміни	68	63,6	65	73,0	90	77,6	>0,05	<0,05	>0,05
	Істерична, дисфорична, експлозивна форми	9	8,40	4	4,50	6	5,20	>0,05	>0,05	>0,05
	Депресивна із тривожним афектом	14	13,10	14	15,70	11	9,50	>0,05	>0,05	>0,05
	Агресивна форма із руховим збудженням	16	15,00	6	6,70	9	7,80	>0,05	>0,05	>0,05
Супутні захворювання	Відсутні	6	5,60	5	5,60	7	6,00	>0,05	>0,05	>0,05
	Серцево-судинної системи	42	39,30	38	42,70	50	43,10	>0,05	>0,05	>0,05
	Травної системи	44	41,10	32	36,00	36	31,00	>0,05	>0,05	>0,05
	Дихальної системи	7	6,50	5	5,60	7	6,00	>0,05	>0,05	>0,05
	Центральної нервової системи (ЧМТ** в анамнезі включно)	8	7,50	9	10,10	16	13,80	>0,05	>0,05	>0,05
Стан відміни (за шкалою CIWA-Ar)	0-9 балів – дуже помірний абстинентний синдром	14	13,10	16	18,00	30	25,90	>0,05	<0,05	>0,05
	10-15 балів – легкий абстинентний синдром	36	33,60	29	32,60	41	35,30	>0,05	>0,05	>0,05
	16-20 балів – помірний абстинентний синдром	45	42,10	32	36,00	37	31,90	>0,05	>0,05	>0,05
	21-67 балів – тяжкий абстинентний синдром	12	11,20	12	13,50	8	6,90	>0,05	>0,05	>0,05
Наявність алкогольної анозотозії	Усвідомлення наявності шкідливих наслідків АЗ	15	14,00	15	16,90	25	21,60	>0,05	>0,05	>0,05
	Формальне незаперечення наявності шкідливих наслідків АЗ	39	36,40	34	38,20	51	44,00	>0,05	>0,05	>0,05
	Заперечення наявності шкідливих наслідків АЗ	53	49,50	40	44,90	40	34,50	>0,05	<0,05	>0,05

Примітки:

* Рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні груп:

- р 1-2 – комбатантів та переселенців;
- р 1-3 – комбатантів та місцевих мешканців;
- р 2-3 – переселенців та місцевих мешканців.

** ЧМТ – черепно-мозкова травма



I. Форма вживання алкоголю	1. Переважання односторонніх ексцесів 2. Псевдозапої 3. Постійне вживання на тлі високої толерантності 4. Постійне вживання на тлі низької толерантності 5. Істинні запої
II. Переважний компонент у структурі первинного патологічного потягу до алкоголю	1. Ідеаторний (ситуаційно обумовлений) 2. Спонтанний усвідомлюваний (з боротьбою мотивів) 3. Спонтанний усвідомлюваний (без боротьби мотивів) 4. Спонтанний, компульсивний
III. Особливості патологічного потягу в стані сп'яніння	1. Часткова втрата кількісного контролю 2. Втрата кількісного контролю (симптом критичної дози) 3. Втрата ситуаційного контролю
IV. Динаміка клінічних проявів сп'яніння	1. Без зміни 2. Істерична, дисфорична, експлозивна форми 3. Депресивна із тривожним афектом 4. Агресивна форма із руховим збудженням

V. Супутні захворювання	1. Відсутні 2. Серцево-судинної системи 3. Травної системи 4. Дихальної системи 5. Центральної нервової системи (ЧМТ в анамнезі включно)
VI. Стан відміни	1. 0–9 балів – дуже помірний абстинентний синдром 2. 10–15 балів – легкий абстинентний синдром 3. 16–20 балів – помірний абстинентний синдром 4. 21–67 балів – тяжкий абстинентний синдром
VII. Наявність алкогольної анозогнозії	1. Усвідомлення наявності шкідливих наслідків АЗ 2. Формальне заперечення наявності шкідливих наслідків АЗ 3. Заперечення наявності шкідливих наслідків АЗ

Рис. 4. Особливості клінічної варіативності АЗ у різних соціальних групах

помірним та важким рівнями переживанням стресу ($p < 0,01$, $p < 0,01$, $p > 0,05$);

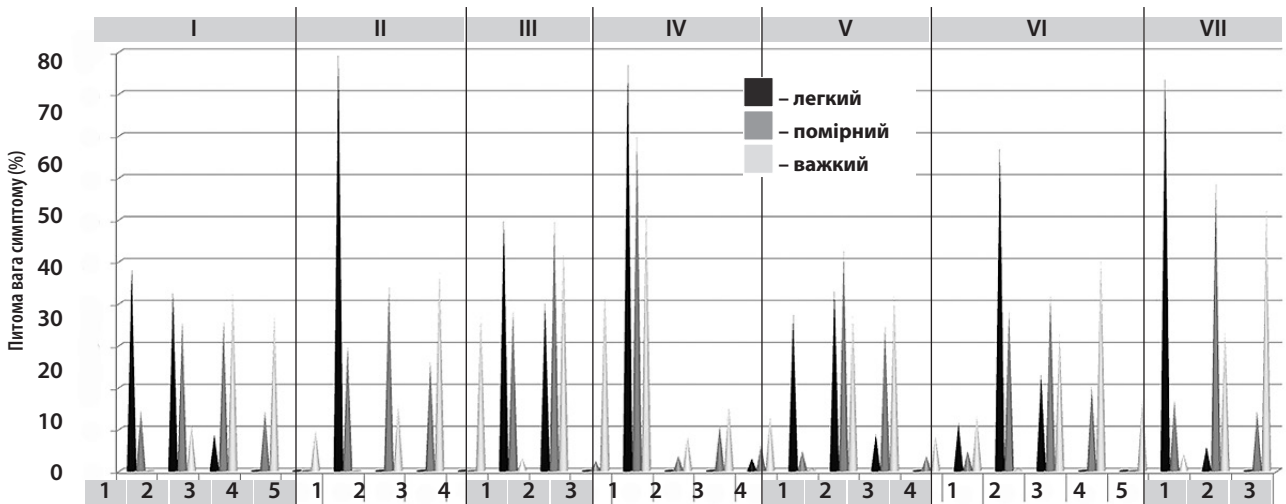
- **уживання алкоголю з метою пом'якшення або запобігання симптомів абстиненції** не виявлено в осіб із легким рівнем і відзначено у 20,2% пацієнтів із помірним та у 98,4% – з важким стресом ($p < 0,01$, $p < 0,01$, $p < 0,01$);
- **стан абстиненції** не виявлено у хворих із легким рівнем переживання стресу, натомість, виявлено у 33,0% обстежених з помірним та у всіх – з важким рівнем стресового навантаження ($p < 0,01$, $p < 0,01$, $p < 0,01$);
- **звуження асортименту спиртних напоїв, які вживаються**, не виявлене у хворих з легкою та помірною формами стресового реагування і було наявне у 97,9% пацієнтів із високим рівнем стресової дезадаптації ($p > 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,01$);
- **прогресивне звуження спектра альтернативних задовольень, форм по-**

водження або інтересів не виявлено в обстежених із легким та помірним рівнями психосоціального стресу, і наявне у 53,4% хворих із високим рівнем стресового навантаження ($p > 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,01$);

- **постійне вживання алкоголю, незважаючи на очевидні докази його шкідливих наслідків**, було виявлено у 2,9% хворих з легким, у 38,1% – з помірним і у 54,9% – з високим рівнем випробуваного стресу ($p < 0,01$, $p < 0,01$, $p < 0,05$).

Таким чином, одержані дані дозволяють стверджувати, що ступінь вразливості від психосоціального стресу та реагування на нього є провідним чинником у визначенні клінічного аранжування АЗ. Фактори участі у бойових діях та вимушеного переміщення також мають певне значення, але їхній вплив на змістовність і вираженість клінічної симптоматики АЗ є меншим.

Дані, що підтверджують дану тезу, були отримані нами під час аналізу показників



I. Форма вживання алкоголю	1. Переважання односторонніх ексцесів
	2. Псевдозапої
	3. Постійне вживання на тлі високої толерантності
	4. Постійне вживання на тлі низької толерантності
	5. Істинні запої
II. Переважаючий компонент у структурі первинного патологічного потягу до алкоголю	1. Ідеаторний (ситуаційно обумовлений)
	2. Спонтанний усвідомлюваний (з боротьбою мотивів)
	3. Спонтанний усвідомлюваний (без боротьби мотивів)
	4. Спонтанний, компульсивний
III. Особливості патологічного потягу в стані сп'яніння	1. Часткова втрата кількісного контролю
	2. Втрата кількісного контролю (симптом критичної дози)
	3. Втрата ситуаційного контролю
IV. Динаміка клінічних проявів сп'яніння	1. Без зміни
	2. Істерична, дисфорична, експлозивна форми
	3. Депресивна із тривожним афектом
	4. Агресивна форма із руховим збудженням

V. Супутні захворювання	1. Відсутні
	2. Серцево-судинної системи
	3. Травної системи
	4. Дихальної системи
	5. Центральної нервової системи (ЧМТ в анамнезі включно)
VI. Стан відміни	1. 0–9 балів – дуже помірний абстинентний синдром
	2. 10–15 балів – легкий абстинентний синдром
	3. 16–20 балів – помірний абстинентний синдром
	4. 21–67 балів – тяжкий абстинентний синдром
VII. Наявність алкогольної анозогнозії	1. Усвідомлення наявності шкідливих наслідків АЗ
	2. Формальне заперечення наявності шкідливих наслідків АЗ
	3. Заперечення наявності шкідливих наслідків АЗ

Рис. 5. Особливості клінічної варіативності АЗ залежно від рівня психосоціального стресу

за шкалою SADQ із урахуванням соціальної групи та рівня психосоціального стресу (рис. 3).

При цьому було виявлено, що в цілому показник за шкалою SADQ був вищим у комбатантів (43,48±9,17 б.) і дещо меншим – у переселенців (41,04±13,18 б.), розбіжності між показниками були статистично не значущими (p>0,05), а найнижчим виявився цей показник у місцевих мешканців – 35,49±16,02 б. Розбіжності у порівнянні показників комбатантів і місцевих мешканців, а також переселенців і місцевих мешканців були статистично значущі (p<0,01).

Суттєвіші відмінності було виявлено, коли аналіз показників за шкалою SADQ проводився у розрізі вираженості психосоціального стресу. Так, середній показник у хворих з легким рівнем психосоціального стресу склав 9,14±6,03 б., з помірним рівнем – 36,89±5,40 б., з високим рівнем – 46,65±7,62 б. Розбіжності були статистично значущими при порівнянні всіх груп (p<0,01).

Дослідження особливостей перебігу й клінічної варіативності АЗ в розрізі соціальних груп та рівня психосоціального стресу остаточно довело існування виявленої закономірності. Аналіз особливостей перебігу АЗ в різних соціальних групах дав таку картину (табл. 3, рис. 4).

Як видно з табл. 3 та рис. 4, суттєвих відмінностей між формою вживання алкоголю у різних соціальних групах не виявлено; більш важкі і більш м'які форми вживання дещо більш поширені серед місцевих мешканців; помірні форми (постійне вживання на тлі високої толерантності) притаманніші комбатантам, однак розбіжності були статистично незначущими.

У місцевих мешканців, порівняно з іншими, переважав ідеаторний (ситуаційно обумовлений) компонент у структурі первинного патологічного потягу до алкоголю: 28,4% проти 9,3% у комбатантів та 19,1% у переселенців, порівняння з цими групами виявляє статистично значущі розбіжності (p<0,01); також

Таблиця 4

Розподіл обстежених груп з різним рівнем психосоціального стресу за особливостями перебігу АЗ

Фактори	Варіації	Рівень психосоціального стресу						Рівень статистичної значущості розбіжностей		
		легкий		помірний		важкий		p 1-2	p 1-3	p 2-3
		абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Форма вживання алкоголю	Переважає односторонні ексцеси	17	48,60	12	14,30	-	-	<0,01	<0,01	<0,01
	Псевдозапії	15	42,90	30	35,70	21	10,90	>0,05	<0,01	<0,01
	Постійне вживання на тлі високої толерантності	3	8,60	31	36,90	82	42,50	<0,01	<0,01	>0,05
	Постійне вживання на тлі низької толерантності	-	-	12	14,30	71	36,80	<0,05	<0,01	<0,01
	Істинні запії	-	-	-	-	19	9,80	>0,05	<0,01	<0,01
Переважає компонент в структурі первинного патологічного потягу до алкоголю	Ідеаторний (ситуаційно обумовлений)	35	100,00	25	29,80	-	-	<0,01	>0,05	<0,01
	Спонтанний усвідомлюваний (з боротьбою мотивів)	-	-	37	44,00	30	15,50	<0,01	<0,01	<0,01
	Спонтанний неусвідомлюваний (без боротьби мотивів)	-	-	22	26,20	92	47,70	<0,01	<0,01	<0,01
	Спонтанний, компульсивний	-	-	-	-	71	36,80	>0,05	<0,01	<0,01
Особливості патологічного потягу в стані сп'яніння	Часткова втрата кількісного контролю	21	60,00	32	38,10	6	3,10	<0,05	<0,01	<0,01
	Втрата кількісного контролю (симптом критичної дози)	14	40,00	50	59,50	104	53,90	<0,05	>0,05	>0,05
	Втрата ситуаційного контролю	-	-	2	2,40	83	43,00	>0,05	<0,01	<0,01
Динаміка клінічних проявів сп'яніння	Без зміни	34	97,10	67	79,80	122	63,20	<0,01	<0,01	<0,01
	Істерична, дисфорична, експлозивна форми	-	-	3	3,60	16	8,30	>0,05	>0,05	>0,05
	Депресивна із тривожним афектом	-	-	9	10,70	30	15,50	>0,05	<0,05	>0,05
	Агресивна форма із руховим збудженням	1	2,90	5	6,00	25	13,00	>0,05	>0,05	>0,05
Супутні захворювання	Відсутні	13	37,10	4	4,80	1	0,50	<0,01	<0,01	<0,05
	Серцево-судинної системи	15	42,90	44	52,40	71	36,80	>0,05	>0,05	<0,05
	Травної системи	3	8,60	29	34,50	80	41,50	<0,01	<0,01	>0,05
	Дихальної системи	-	-	3	3,60	16	8,30	>0,05	>0,05	>0,05
	Центральної нервової системи (ЧМТ** в анамнезі включно)	4	11,40	4	4,80	25	13,00	>0,05	>0,05	<0,05
Стан відміни (за шкалою СІВА-Аг)	0-9 балів - дуже помірний абстинентний синдром	27	77,10	32	38,10	1	0,50	<0,01	<0,01	<0,01
	10-15 балів - легкий абстинентний синдром	8	22,90	35	41,70	63	32,60	<0,05	>0,05	>0,05
	16-20 балів - помірний абстинентний синдром	-	-	17	20,20	97	50,30	<0,01	<0,01	<0,01
	21-67 балів - тяжкий абстинентний синдром	-	-	-	-	32	16,60	>0,05	<0,01	<0,01
Наявність алкогольної анозогнозії	Усвідомлення наявності шкідливих наслідків АЗ	33	94,30	14	16,70	8	4,10	<0,01	<0,01	<0,01
	Формальне незаперечення наявності шкідливих наслідків АЗ	2	5,70	58	69,00	64	33,20	<0,01	<0,01	<0,01
	Заперечення наявності шкідливих наслідків АЗ	-	-	12	14,30	121	62,70	<0,05	<0,01	<0,01

Примітки:

* Рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні груп:

- p 1-2 - легкого та помірного стресу;

- p 1-3 - легкого та важкого стресу;

- p 2-3 - помірного та важкого стресу.

** ЧМТ - черепно-мозкова травма

суттєві відмінності виявляє порівняння груп комбатантів та переселенців ($p < 0,05$). У комбатантів частіше проявлявся спонтанний, компульсивний компонент (31,8% проти 19,1% та 17,2% відповідно) ($p < 0,05$); невідповідність між переселенцями та місцевими була статистично не значущою. Відсутні також істотні відмінності між різними соціальними групами за особливостями патологічного потягу в стані сп'яніння. У комбатантів набагато частіше порівняно з місцевими спостерігалася відсутність змін у динаміці клінічних проявів сп'яніння (63,6% проти 77,6%, $p < 0,05$), з переселенцями не суттєві (73,0%, $p > 0,05$); за рештою варіантів динаміки відмінності між групами статистично не значущі ($p > 0,05$). Також у різних соціальних групах помітно не відрізнялася поширеність різних форм супутньої соматичної патології. У комбатантів менш поширеними були дуже легкі форми абстинентного синдрому (13,1% проти 18,0% у переселенців та 25,9% у місцевих, порівняння з місцевими виявило розбіжності – $p < 0,05$). У комбатантів також значно частіше виявлялися ознаки анозогнозії у вигляді заперечення наявності шкідливих наслідків залежності – 49,5% проти 44,9% у переселенців та 34,5% у місцевих, розбіжності значущі у випадку порівняння груп комбатантів та місцевих ($p < 0,05$).

Значно суттєвіші відмінності дає аналіз особливостей споживання алкоголю в контексті ступенів психосоціального стресу (табл. 4, рис. 5).

Як видно з табл. 4 та рис. 5, легкий ступінь психосоціального стресу значуще частіше дає більш легкі клінічні прояви споживання алкоголю, але з посиленням важкості стресу виявлялася тенденція до переважаючого більш важкого клінічного аранжування АЗ. Вельми показовою виявилася тенденція до втрати кількісного, і особливо – ситуаційного, контролю зі зростанням важкості психосоціального стресу. Хворим з легким стресом була притаманна відсутність динаміки клінічних проявів сп'яніння і менша ураженість супутньою соматичною патологією. З посиленням важкості психосоціального стресу збільшувалися також прояви абстинентного синдрому; особливо вираженою ця тенденція була для дуже помірного, помірного та важкого ступеня вираженості абстинентного синдрому. Також виявлено чітку закономірність щодо збільшення проявів алкогольної анозогнозії зі зростанням важкості психосоціального стресу.

■ **Отже, у пацієнтів з легким рівнем психосоціального стресу в клініко-психопатологічній картині АЗ переважали ($p < 0,01$):**

- одноденні ексцеси (48,6%) або псевдозапої (42,9%);
- ситуаційний первинний потяг до алкоголю, який виникав періодично, частіше провокувався зовнішніми факторами (100%);
- сильне бажання або непереборне прагнення вживати алкоголь, що проявлялося вторинним потягом, який виникав після будь-якої дози спиртного, з частковою втратою кількісного контролю (60,0%) або симптомом критичної дози (40,0%);
- відсутність патологічної динаміки клінічних проявів стану сп'яніння (97,1%).

Характерною рисою клінічної картини АЗ, притаманної даній категорії хворих, була відсутність клінічно окресленого синдрому відміни та усвідомлення шкідливих наслідків залежності від алкоголю.

■ **У пацієнтів з помірним рівнем стресового навантаження визначальними були:**

- первинний потяг до алкоголю виникав незалежно від проваючої дії зовнішніх чинників (44,0%) або носив характер внутрішньої неусвідомленої потреби (26,2%);
- споживання здійснювалося у формі псевдозапоїв (35,7%) або постійного вживання на тлі високої толерантності (36,9%); характерним було порушення здатності кількісного контролю з частковою (38,1%) або повною його втратою (59,5%), а також звуження репертуару вживання алкоголю, втрата значення таких чинників, як місце, час та оточення під час його вживання;
- прояви соматичної шкоди (ускладнення з боку серцево-судинної системи – 52,4%, травневої – 34,5%);
- наявний нетяжкий стан відміни; переважна кількість частково визнавала та формально не заперечувала наявність в них шкідливих наслідків зловживання алкоголем ($p < 0,01$).

■ **В осіб з високим рівнем стресового навантаження спостерігалися ($p < 0,01$):**

- постійне вживання алкоголю на тлі високої (42,5%) або низької (36,8%) толерантності;
- спонтанний, без боротьби мотивів (47,7%), або компульсивний первинний патологічний потяг до алкоголю (36,8%);
- втрата кількісного (53,9%) або ситуаційного (43,0%) контролю в стані сп'яніння зі зміною його форми: зміна форми сп'яніння з депресивним й тривожним компонентом була характерною для 15,5% пацієнтів, раніше невластива агресія у сполученні з руховою активністю у стані сп'яніння виявилася притаманною 13,0%

хворих (психопатоподібна поведінка проявлялася вибуховістю, експлозивністю, схильністю до невмотивованої агресії, асоціальним учинкам), сп'яніння із рисами поліморфної симптоматики дисфорично-експлозивного компоненту спостерігалось у 8,3% хворих.

Також у даній категорії обстежених відзначалися:

- виражений синдром відміни з компульсивно-вітальним патологічним потягом в його структурі;
- прогресуюча втрата альтернативних інтересів на користь вживання алкоголю та відведення більш тривалого часу на його придбання та вживання;
- алкогольна анозогнозія та продовження вживання алкоголю, незважаючи на наявність очевидних шкідливих соматичних, психічних (афективних та когнітивних) наслідків цього: сполучення афективного сплюснення й байдужності до навколишнього середовища та виражені сомато-вегетативні прояви (ураження серцево-судинної, травної, нервової та дихальної систем – 100%).

Висновки

Дослідження дозволило виявити важливі закономірності щодо асоційованості алкоголізації та психосоціального стресу:

- 1) фактор важкості психосоціального стресу найбільшою мірою впливає на перебіг та клінічне аранжування АЗ;
- 2) фактор участі у бойових діях та фактор вимушеного переселення можуть розглядатися як актуальні чинники алкоголізації;
- 3) фактор наявності психотравматичного досвіду сам по собі, не асоційований із вираженим реагуванням на стресову подію, не справляє суттєвого впливу на показники вираженості розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю.

Таким чином, ключовим фактором, що визначає важливі особливості споживання алкоголю, є вираженість психосоціального стресу. Приналежність до певної соціальної групи (комбатанти, переселенці, місцеві мешканці) має другорядне значення.

Література

1. Соціальний стрес і його медико-психологічні наслідки / Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика): колективна монограф. за ред. проф. П. В. Волошина, проф. Н. О. Марути. – Харків: Видаець Д. В. Строков, 2016. – С. 5–22.
2. Spanagel R. Stress and alcohol interactions: animal studies and clinical significance / R. Spanagel, H. R. Noori, M. Heilig // Trends in neurosciences. – 2014. – Vol. 37 (4). – P. 219–227.
3. Stress and Alcohol: Epidemiologic Evidence / K. M. Keyes, M. L. Hatzenbuehler, B. F. Grant, D. S. Hasin // Alcohol Res. – 2012. – Vol. 34 (4). – P. 391–400.
4. Sinha R. How does stress increase risk of drug abuse and relapse / R. Sinha // Psychopharmacology. – 2002. – Vol. 158. – P. 343–359.
5. Розлади психічного здоров'я у внутрішньо переміщених осіб / Н. О. Марута, Г. Ю. Каленська, І. О. Явдак, Л. В. Малюта // Укр. вісн. психоневрології. – 2018. – Т. 26, вип. 2 (95). – С. 68–71.
6. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів / М. М. Денисенко, Р. В. Лякинський, Л. Ф. Шестопалова, І. В. Лінський // Укр. вісн. психоневрології. – 2017. – Т. 25, вип. 2 (91). – С. 40–44.
7. Markova M. V. Post-stressed disorders in servicemen who took part in the fighting: prevalence and expected consequences / M. V. Markova, K. D. Gaponov // WPA Congress of Epidemiology and Public Health 2016, 29.03 – 01.04.2016. Book of Abstracts. – Munich, Institute of Psychiatric Phenomics and Genomics, 2016. – P. 30–31.
8. Гапонов К. Д. Алкогольна залежність в умовах соціального стресу: епідеміологічні, клінічні і лікувальні аспекти / К. Д. Гапонов // Укр. вісн. психоневрології. – 2016. – Т. 24, вип. 4 (89). – С. 54–60.
9. Гапонов К. Д. Алкогольна залежність і соціальний стрес: біохімічні, нейрофізіологічні і психосоціальні механізми взаємовпливу / К. Д. Гапонов // Укр. вісн. психоневрології. – 2018. – Т. 26, вип. 1 (94). – С. 104–109.
10. AUDIT. Alcohol Use Disorders Identification Test / Th. F. Babor, J. C. Higgins-Biddle, J. B. Saunders, M. G. Monteiro // WHO/MSD/MSB/01.6a Original: English Distribution: General. – 2001. – 28 p.
11. Assessment of the alcohol withdrawal syndrome - validity and reliability of the translated and modified Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-A) / C. H. Stuppaeck, C. Barnas [et al.] // Addiction. – 1994. – Vol. 89. – P. 1287–1292.
12. Stockwell T. The measurement of alcohol dependence and impaired control in community samples / T. Stockwell, T. Sithavan, D. McGrath // Addiction. – 1994. – Vol. 89. – P. 167–174.
13. Корнацький В. М. Оцінка психосоціальних чинників ризику хвороб системи кровообігу у пацієнтів первинної ланки медико-санітарної допомоги: метод. рек. / В. М. Корнацький, М. В. Маркова. – К., 2007. – 12 с.
14. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса / Н. Е. Водопьянова. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
15. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.

УДК: 616.89-02:547.262

ОСОБЛИВОСТІ СТАНІВ ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ З ДЕЛІРІЄМ У ХВОРИХ ІЗ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ



В. Н. Кузьмінюв

© Кузьмінюв Валерій Никифорович (Україна) – к.м.н., старший науковий співробітник, відділ невідкладної психіатрії та наркології ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», вул. Академіка Павлова, 46, м. Харків, 61068; e-mail: kuvani@ukr.net; ORCID: 0000-0002-5163-1692.

© Valeriy Kuzminov (Ukraine) Ph.D., Senior Researcher, Department of Emergency Psychiatry and Narcology, SI "Institute of Neurology of Psychiatry and Narcology, National Academy of Medical Sciences of Ukraine", 46 Academician Pavlov street, Kharkiv; 61068; e-mail: kuvani@ukr.net; ORCID: 0000-0002-5163-1692.

© Кузьминюв Валерий Никифорович (Украина) – к.м.н., старший научный сотрудник, отдел не неотложной психиатрии и наркологии ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», ул. Академика Павлова, 46, м. Харків, 61068; e-mail: kuvani@ukr.net; ORCID: 0000-0002-5163-1692.

№ 9, 2018, стор.55–59

SPECIFICITIES OF STATES OF WITHDRAWING ALCOHOL WITH DELIRIUM WITH PATIENTS SUFFERING FROM DYSIRCULATORY ENCEPHALOPATHY

Abstract.

Psychoses in patients with alcohol dependence are in many cases polyetiologic, this is especially common in elderly people due to the accumulation of various somatoneurological pathologies. Isolation of the leading factor in the occurrence of acute psychosis in such patients in the state of alcohol withdrawal is of great practical importance for the choice of therapeutic tactics. Dyscirculatory encephalopathy can lead not only to persistent cognitive impairment, but also (under certain conditions) to cause delirious syndrome. One of these factors is alcohol dependence syndrome and the state of alcohol withdrawal. ICD – 10 permits the treatment of delirium as delirium with a mixed etiology of F05.8, this category includes patients with a severe state of alcohol withdrawal and somatoneurological pathology, which may also be an independent factor in delirious syndrome. The study examined 80 patients with dyscirculatory encephalopathy in the state of alcohol withdrawal, which were divided into 2 groups: with the state of alcohol withdrawal with delirium and delirium of mixed etiology (factor of dyscirculatory encephalopathy, which was considered a competing factor in the occurrence of delirium); all had delirious syndrome. In the study, the following research methods were used: clinical, clinical and laboratory, computed tomography (if necessary) and statistical. All patients were characterized by the presence of a diverse somatic pathology. Most often they were diagnosed with cardiomyopathy, chronic pancreatitis, polyneuritis, toxic encephalopathy. In addition, all examined had different liver pathologies. Analyzed the clinical picture in groups, especially transient psychoorganic syndrome. Established some differential diagnostic signs of the studied disorders. It has been suggested that protracted acute psychotic disorders in patients with alcohol dependence have a common clinical picture in the long-term period due to decompensation of somatic diseases.

Key words:

alcohol dependence, state of withdrawal, dyscirculatory encephalopathy, organic mental disorders, delirium.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЙ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ С ДЕЛИРИЕМ У БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Аннотация.

Психозы у больных с зависимостью от алкоголя во многих случаях являются полиэтиологическими, это особенно часто встречается у лиц пожилого возраста за счет накопления различной соматоневрологической патологии. Выделение ведущего фактора в возникновении острого психоза у таких пациентов в состоянии отмены алкоголя имеет большое практическое значения для выбора терапевтической тактики. Дисциркуляторная энцефалопатия может приводить не только к стойким когнитивным нарушениям, но и (при определенных условиях) быть причиной делириозного синдрома. Одним из таких факторов является синдром зависимости от алкоголя и состояние отмены алкоголя. В МКБ–10 допускается трактовка делирия как делирия со смешанной этиологией F05.8, к этой рубрике можно отнести пациентов с тяжелым состоянием отмены алкоголя и соматоневрологической патологией, которая может выступать и самостоятельным фактором делириозного синдрома. В ходе исследования было обследовано 80 пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией в состоянии отмены алкоголя, которые были разделены на 2 группы: с состоянием отмены алкоголя с делирием и с делирием смешанной этиологии (фактор наличия дисциркуляторной энцефалопатии, который считался конкурирующим фактором возникновения делирия); у всех отмечался делириозный синдром. При исследовании были использованы следующие методы исследования: клинический, клинико-лабораторный, компьютерной томографии (при необходимости) и статистический. Все пациенты характеризовались наличием разнообразной соматической патологии. Чаще

всього у них діагностувалися кардіомиопатії, хронічні панкреатити, поліневрити, токсичні енцефалопатії. Крім цього, всі обстежені мали різні патології печінки. Проаналізована клінічна картина в групах, особливості транзиторного психоорганічного синдрому. Установлено деякі диференційно-діагностичні ознаки захворювань. Висказано припущення, що затяжні гострі психотичні розлади у хворих з залежністю від алкоголю мають загальну клінічну картину в віддаленому періоді внаслідок декомпенсації соматичних захворювань.

Ключові слова: залежність від алкоголю, стан відміни, дисциркуляторна енцефалопатія, органічні психічні порушення, делірій.

ОСОБЛИВОСТІ СТАНІВ ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ З ДЕЛІРІЄМ У ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ.

Анотація.

Психози у хворих із залежністю від алкоголю в багатьох випадках є поліетіологічними, це особливо часто зустрічається у осіб похилого віку за рахунок накопичення різної соматоневрологічної патології. Виділення провідного фактора у виникненні гострого психозу у таких пацієнтів у стані відміни алкоголю має велике практичне значення для вибору терапевтичної тактики. Дисциркуляторна енцефалопатія може призводити не тільки до стійких когнітивних порушень, а й (за певних умов) бути причиною деліріозного синдрому. Одним з таких факторів є синдром залежності від алкоголю і стан відміни алкоголю. У МКБ-10 допускається трактування делірію як делірію зі змішаною етіологією F05.8, до цієї рубрики можна віднести пацієнтів з важким станом відміни алкоголю і соматоневрологічною патологією, яка може виступати і самостійним чинником делірійного синдрому. В ході дослідження було обстежено 80 пацієнтів з дисциркуляторною енцефалопатією в стані відміни алкоголю, які були розділені на 2 групи: зі станом відміни алкоголю з делірієм і з делірієм змішаної етіології (фактор наявності дисциркуляторної енцефалопатії, який вважався конкуруючим чинником виникнення делірію); у всіх відзначався делірійний синдром. При дослідженні були використані наступні методи дослідження: клінічний, клініко-лабораторний, комп'ютерної томографії (при необхідності) і статистичний. Всі пацієнти характеризувалися наявністю різноманітної соматичної патології. Найчастіше у них діагностували кардіомиопатії, хронічний панкреатит, поліневрити, токсичні енцефалопатії. Крім цього, всі обстежені мали різні патології печінки. Проаналізована клінічна картина в групах, особливості транзиторного психоорганічного синдрому. Встановлено деякі диференційно-діагностичні ознаки досліджуваних розладів. Висловлено припущення, що затяжні гострі психотичні розлади у хворих із залежністю від алкоголю мають загальну клінічну картину у віддаленому періоді внаслідок декомпенсації соматичних захворювань.

Ключові слова: залежність від алкоголю, стан відміни, дисциркуляторна енцефалопатія, органічні психічні порушення, делірій.

Вступ

Зараз у всьому світі спостерігається зростання кількості осіб похилого віку. При цьому відзначається, що вони часто соціально дезадаптовані через порушення динамічного стереотипу поведінки внаслідок виходу на пенсію, певних економічних труднощів, різноманітних психологічних проблем. Загальновідомо, що соціальна дезадаптація часто стає причиною надмірного вживання алкоголю та формування алкогольної залежності. В осіб похилого віку у більшості випадків це відбувається на тлі судинних уражень головного мозку, накопичених соматичних хвороб, що суттєво впливає на перебіг алкогольної залежності та клінічної картини гострих психотичних розладів, пов'язаних із зловживанням алкоголем у разі їх виникнення [1].

У хворих на алкогольну залежність спостерігається токсичне ураження різноманітних органів та систем; окрім того, ці пацієнти відзначаються так званою «поведінкою високого ризику», яка характеризується високою ймовірністю отримання різноманітних травм

та ушкоджень, виникнення інфекційних та інших захворювань тощо [2]. Вказані патологічні стани та захворювання можуть бути етіологічним чинником деліріозного синдрому у хворих на алкогольну залежність.

Певні діагностичні труднощі відокремлення стану відміни алкоголю з делірієм від деліріїв, не пов'язаних із зловживанням алкоголем, загальновідомі. Стосовно осіб похилого віку з алкогольною залежністю, актуальним є відокремлення судинних деліріїв від стану відміни алкоголю з делірієм тому, що ці захворювання потребують різних терапевтичних заходів [3].

Поліетіологічність гострих психотичних станів у хворих з алкогольною залежністю в стані відміни алкоголю викликає необхідність застосовувати діагностичну рубрику F05.8 (делірії змішаної етіології) за МКБ-10 [4]. Вивчення психосоматичних співвідношень органічної психічної патології та розладів, пов'язаних із синдромом залежності у наркологічних хворих, є необхідним для своєчасного кваліфікованого надання медичної допомоги цій категорії пацієнтів.

Мета дослідження

Метою дослідження було вивчення особливостей клінічної картини делірієв, що виникли у хворих на тлі хронічної церебральної патології (дисциркуляторної енцефалопатії).

Матеріали і методи дослідження

Критерії включення: стан відміни алкоголю F10.3, F10.4 за МКХ-10, наявність деліріозних розладів, діагностування дисциркуляторної енцефалопатії лікарем-неврологом. **Критерії виключення:** пацієнти, які мали в анамнезі дані про ендogenous психічні захворювання (F2, F3 за МКХ-10).

Було досліджено 80 хворих, госпіталізованих до Центру інтенсивної терапії та реанімації психозів Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3. Первинний діагноз визначався як «стан відміни алкоголю з делірієм». В подальшому, при вивченні можливих етіологічних чинників психотичного розладу, пацієнтів згідно МКХ-10 було розподілено на 2 групи:

- **1 група (Г1)** – зі станом відміни алкоголю з делірієм (F10.4) – 40 пацієнтів; середній вік – $52,0 \pm 3,4$ р.;
- **2 група (Г2)** – з делірієм змішаної етіології (F05.8) – 40 пацієнтів; середній вік – $54,0 \pm 3,9$ р. Наявна дисциркуляторна енцефалопатія у цих хворих вважалася можливим чинником деліріозного розладу.

Усі досліджені – чоловіки, усі мали встановлений раніше діагноз «дисциркуляторна енцефалопатія» (ДЕП II). Стаж синдрому алкогольної

залежності (за даними анамнезу) в обох групах становив 10–15 років.

Під час роботи використовувалися такі методи дослідження: клінічний, клініко-лабораторний, комп'ютерної томографії (за необхідності), статистичний.

Результати дослідження та їх обговорення

Більшість хворих Г1 госпіталізувалися з домівки за направленням лікаря-психіатра «швидкої допомоги». Деліріозний синдром з'являвся на 1–3 день відміни алкоголю. Припинення вживання алкоголю було обумовлено неможливістю продовжувати вживати напої внаслідок непереносимості спиртних напоїв або соціальними чинниками. В усіх пацієнтів мала місце багатоманітна соматична патологія. Найчастіше діагностувалися кардіоміопатії, хронічні панкреатити, поліневрити, токсичні енцефалопатії. За результатами відповідних клініко-лабораторних досліджень, всі хворі мали різноманітні патології печінки. Під час госпіталізації всю супутню патологію було цілковито компенсовано.

Досліджувані Г2 у 25,00% випадків були переведені до Центру з соматичних стаціонарів (або обстежувались у них), 75,00% досліджуваних госпіталізувалися з домівки за направленням лікаря-психіатра «швидкої допомоги». В усіх пацієнтів була наявна різноманітна соматична патологія. В цій групі, на відміну від Г1, соматичні та неврологічні розлади мали декомпенсований характер, що підтверджува-

Таблиця 1

Маркери диференціації груп досліджених

Ознака	Діапазон		p		Діагностичний коефіцієнт		Міра інформативності	
	Маркери							
	Г1	Г2	Г1	Г2	Г1	Г2	Г1	Г2
Тривалість поточного психозу (доби)	≤4	>4	<0,0001	<0,0001	18,86	-12,00	8,73	5,55
Усунення СВА алкоголем (бали)	–	>0	<0,0001	<0,0001	10,34	-8,23	4,04	3,22
Судоми до психозу	наявні	відсутні	<0,0001	<0,0001	14,22	-2,78	3,30	0,65
Оцінка за CIWA-Ar (бали)	>30	≤30	<0,0001	<0,0001	5,57	-3,34	1,24	0,74
Кількість днів важкого пияцтва (доби)	≤23	>23	<0,0001	<0,0001	2,18	-7,32	0,40	1,33
Запійний патерн алкоголізації	наявні	відсутні	<0,0001	<0,0001	6,02	-2,34	1,10	0,43
Доза алкоголю за останні 7 днів (стандартна доза)	>80	≤80	0,0103	0,0103	0,93	-1,02	0,05	0,06
Кількість психозів в анамнезі (рази)	>1	≤1	0,0104	0,0104	1,41	-0,71	0,08	0,04

Примітка:

p – достовірність розбіжностей між групами.

лося даними ретельно вивченого сомато-неврологічного статусу хворих та показниками клініко-лабораторних досліджень. Саме госпіталізація до соматичного стаціонару або загострення соматичного захворювання були причиною припинення вживання алкоголю.

Деліріозний синдром у більшості пацієнтів з'являвся на 2–5 день припинення вживання алкоголю, але у 7 хворих – на фоні не повного витверезення. У 12 випадках психотичний стан мав ознаки судинного делірію, що розпочався на тлі стану відміни алкоголю; 6 пацієнтів було переведено зі соматичного стаціонару, де вони лікувались у зв'язку з гіпертонічною хворобою. Розвитку психотичної симптоматики передував гіпертензійний синдром (систоличний артеріальний тиск становив $176,00 \pm 38,00$). Після купіювання психотичної симптоматики виявлялися достовірні ознаки дисциркуляторної енцефалопатії.

За психічним станом усі хворі відповідали II стадії алкогольного делірію (за В. Є. Морозовим [5]). Тяжкість стану відміни була дещо вища у пацієнтів Г1. Середній показник у групах досліджених – $25,00 \pm 4,30$ бали ($M \pm m$) за шкалою CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol, revised scale). Пацієнтам призначалися діазепам (до 40,00 мг на добу парентерально), галопріл (10,00 мг на добу парентерально), тіамін (200,00 мг на добу) і проводилася корекція водно-електролітного балансу та соматоневрологічного стану. Деякі узагальнені анамнестичні дані, які були маркерами диференційної діагностики груп обстежених, наведені в **табл. 1**.

В усіх обстежених мало місце різне за тяжкістю та клінічною картиною психомоторне збудження. За умови несвоєчасної корекції цієї патології у деяких хворих відзначалася ауто- та гетероагресивна поведінка. Саме тривалість та стійкість до застосування седативних засобів є одним з найважливіших критеріїв тяжкості гострого психотичного розладу в стані відміни. При значному психомоторному збудженні мало місце виснаження нейромедіаторних систем, що в багатьох випадках призводило до несприятливого перебігу психозу, супроводжувалося поглибленням порушення свідомості, а в подальшому – розвитком набряку головного мозку.

Психомоторне збудження в обстежених умовно можна розподілити за патогенетичним механізмом розвитку на психопатологічне та вегетативне. У першому випадку воно було відбитком жаху, тривоги, галюцинаторно-маячної симптоматики, що в повній мірі або частково охоплювали всю психічну сферу пацієнта та впливали на його поведінкові реакції. При вегетативному патогенетичному механізмі –

первинними були значні вегетативні розлади, що були супутніми стану відміни і характеризувалися невмотивованою тривожністю, загальним руховим неспокоєм (непосидючістю, метушнею), балакучістю. Звичайно ці прояви не супроводжувалися руйнуючими діями, ауто- або гетероагресивною поведінкою.

Психомоторне збудження умовно було розподілено на психопатологічне, аментивне, галюцинаторно-маячне, тривожно-депресивне та деліріозне. Більшість пацієнтів характеризувала зміна одного типу збудження на інший: наприклад, психопатологічний – галюцинаторно-маячний, вегетативний (гіперкінетичний) – деліріозний. Безумовно, тривожно-депресивний та деліріозний типи завжди мали ознаки вегетативного (гіперкінетичного), а у структурі всіх інших деякою мірою також були ознаки вегетативного (гіперкінетичного) збудження. Але під час дослідження було з'ясовано, що за переважачим типом збудження групи обстежених пацієнтів мали значні відмінності (**табл. 2**).

Таблиця 2

Розподіл хворих за типом психомоторного збудження на початку психозу

Критерії	Г1		Г2	
	n	%	n	%
Вегетативне (гіперкінетичне)	40	100,00	28	70,00
Психопатологічне	10	25,00	2	5,00
Тривожно-депресивне	22	52,50	30	75,00
Галюцинаторно-маячне	10	25,00	4	10,00
Деліріозне	4	10,00	16	40,00
Аментивне	0	–	8	20,00

Примітка:

сума в стовпцях % не дорівнює у сумі 100,00, тому що у одного й того ж пацієнта були патогенетичні ознаки декількох типів збудження.

Під час лікування відбувалося купіювання наявних психопатологічних проявів (психомоторного збудження, ознаків остраху та жаху (тривоги), галюцинаторно-маячних проявів).

Після купіювання психозу в багатьох хворих відзначався транзиторний психоорганічний синдром. В обох групах тяжкість його перебігу залежала від тривалості психомоторного збудження та самого психотичного епізоду, який характеризувався загальним зниженням пам'яті, фіксаційною амнезією, благодушним фоном настрою, частковою орієнтацією в просторі та в часі. Відзначені порушення у ряді випадків були транзиторними і суттєво редукувалися протягом лікування.

Більшість пацієнтів мала постпсихотичну астеною. Багато хворих характеризувалися наявною полінейропатією (частково зникала після лікування). Також, у значній кількості обстежених зменшувалися (іноді повністю зникли) диспепсичні явища, різноманітні болісні та неприємні відчуття у животі. Незначна частка хворих при психозі більше 2 діб відзначала наявність пневмонії та бронхіту; інші – поліорганну патологію, ризик якої підвищувався з тривалістю психозу.

При довгочасному перебігу психотичного розладу у пацієнтів Г1 (зі станом відміни алкоголю з делірієм) захворювання набувало ознак соматогенного психозу (характеризувався зміною деліріозних проявів на аментивні). Також, відзначалася дезактуалізація емоційних порушень, значно зменшувалися жах, тривога. Основними психопатологічними відхиленнями були дезорієнтація на місці, в часі, порушення уваги, гостра сплутаність, транзиторні маячні та галюцинаторні розлади.

Характер та інтенсивність транзиторного психоорганічного синдрому суттєво відрізнялися в групах досліджених (табл. 3).

Таблиця 3

Клінічні варіанти транзиторного психоорганічного синдрому у хворих із залежністю від психоактивних речовин після перенесеного психотичного розладу

Варіанти	Г1		Г2	
	n	%	n	%
Астенічний	25	62,50	18	35,00
Апато-астенічний	1	2,500	4	10,00
Експлозивний	10	25,00	8	20,00
Моріоподібний	2	5,00	8	20,00
Амнестичний	2	5,00	6	15,00

У Г1 транзиторний психоорганічний синдром у переважній більшості випадків мав ознаки астеничного або експлозивного, а у Г2 був більш вираженим. Він частіше, ніж в Г1, мав ознаки амнестичного або моріоподібного. У двох випадках амнестичний варіант психоор-

ганічного синдрому мав ознаки Корсаківського синдрому, який суттєво редукувався до висипки хворого з відділення. В подальшому, при проведенні терапевтичних заходів, прояви гострого психоорганічного синдрому повністю зникли або істотно зменшувалися.

Постпсихотична астеною була вираженіша і триваліша у Г2, її симптоми відзначалися паралельно з ознаками гострого психоорганічного синдрому. У хворих як Г1, так і Г2 мали місце явища алкогольної полінейропатії, прояви якої суттєво не відрізнялися в обох групах і значно зменшувалися протягом лікування.

У пацієнтів Г1 значно рідше виникали ускладнення (перш за все – акатізія) після фармакотерапії психотропними препаратами, що важливо для швидкого припинення психомоторного збудження, а прояви були менш вираженими.

При несприятливому перебігу (наявність психотичних розладів більше п'яти діб) клінічна картина в обох групах була схожою та визначалася тяжкою астеною, мерехтінням психопатологічної симптоматики з загостренням у вечірній час, декомпенсацією соматоневрологічної патології.

Висновки

1. При загальній спільності клінічної картини деліріїв змішаної етіології та станів відміни алкоголю з делірієм у хворих з дисциркуляторною енцефалопатією необхідне детальне дослідження психопатологічної структури та механізмів розвитку психозу, що дасть змогу диференціювати вищевказані розлади.

2. Критеріями, які дають змогу провести диференціювання деліріїв змішаної етіології та станів відміни алкоголю з делірієм, були менша тяжкість вегетативних ознак стану відміни, кореляція тривалості психозу з соматичними та неврологічними проявами, наявність ознак аментивного синдрому з самого початку розвитку психозу та характер наявного психомоторного збудження.

3. Затяжні гострі психотичні стани у хворих із залежністю від алкоголю, що виникають в стані відміни алкоголю, мають спільні ознаки та є наслідком декомпенсації соматоневрологічної патології.

Література

1. Стан наркологічного здоров'я населення України та діяльність наркологічної служби у 2002 році / П. В. Волошин, І. В. Лінський, А. І. Мінко [та ін.] // Укр. вісн. психоневрології. – 2003. – Т. 11, вип. 2 (35). – С. 5–6.
2. Минко А. И. Алкоголизм – междисциплинарная проблема (выявление, лечение, профилактика) / А. И. Минко // Укр. вісник психоневрології. – 2001. – Т. 9, вип. 4 (29). – С. 6–7.
3. Стрелец И. В. Причины возникновения, клиника и терапия острых психозов развившихся в ходе

стационарного лечения у больных алкоголизмом и наркоманиями / И. В. Стрелец, С. И. Уткин // Матер. Междунар. конф. психиатров, Москва, 16–18 февраля. – 1998. М., 1998. – С. 346–347.

4. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – К.: Факт, 1999. – 272 с.

5. Морозов Г. В. Алкоголизм / Г. В. Морозов. – М.: Медицина, 1983. – 432 с.

UDC: 616.89-008-092:159.91]-02:616-085.214.24]-047.58

THE MODEL OF PSYCHOPATHOGENESIS OF NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN PERSONS UNDERGOING THE PROGRAMS OF SYNTHETIC OPIOIDS SUBSTITUTION THERAPY



V. V. Chugunov

© **Vadim Chugunov** (Ukraine) – MD, PhD in Medicine (doctor of medical sciences), Professor; Head of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology of Zaporizhzhia State Medical University; 26 Mayakovsky avenue, Zaporizhzhia, 69035; e-mail: NULP_board@ukr.net; ORCID: 0000-0002-1141-8184.

© **Чугунов Вадим Віталійович** (Україна) – д.мед.н. професор; завідувач кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету, пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035; e-mail: NULP_board@ukr.net; ORCID: 0000-0002-1141-8184.

© **Чугунов Вадим Витальевич** (Україна) – д.мед.н. професор; заведуючий кафедрой психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии Запорожского государственного медицинского университета, пр. Маяковского, 26, г. Запорожье, 69035; e-mail: NULP_board@ukr.net; ORCID: 0000-0002-1141-8184.



A. D. Gorodokin

© **Anton Gorodokin** (Ukraine) – MD, Master of Psychiatry, postgraduate student of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology of Zaporizhzhia State Medical University; 26 Mayakovsky avenue, Zaporizhzhia, 69035; e-mail: antongorodokin@gmail.com; ORCID: 0000-0003-1724-0767.

© **Городокін Антон Дмитрович** (Україна) – магістр психіатрії, аспірант кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету, пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035; e-mail: antongorodokin@gmail.com; ORCID: 0000-0003-1724-0767.

© **Городокин Антон Дмитриевич** (Україна) – магістр психиатрии; аспирант кафедры психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии Запорожского государственного медицинского университета, пр. Маяковского, 26, г. Запорожье, 69035; e-mail: antongorodokin@gmail.com; ORCID: 0000-0003-1724-0767.

№ 9, 2018, p. 60–65

THE MODEL OF PSYCHOPATHOGENESIS OF NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN PERSONS UNDERGOING THE PROGRAMS OF SYNTHETIC OPIOIDS SUBSTITUTION THERAPY

Abstract.

In order to identify the structural and dynamic characteristics of comorbid non-psychotic psychopathological symptoms in patients on the synthetic opioid substitution therapy program, 100 patients of the narcological dispensary were examined with the help of the Symptom Check List – 90 – Revised. The study used the inclusion and exclusion criteria that are identical to the criteria for participation in the substitution therapy program. The results were distributed to 3 levels, which correspond to the degree of clinical significance of the symptoms: - minimal (discomfort for this reason occurs rarely or does not occur at all, it has a low intensity) - the range of results obtained is from 0 to 0.50; - subclinical (the presence of not frequent, moderately intense discomfort for this reason) - the range of values is from 0.51 to 1.50; - clinical (frequent or persistent high intensity discomfort for this reason) - range of values greater than 1.51. The study found that non-psychotic mental disorders among this group of patients have three stages of development. All groups of symptoms are considered in the context of the three main classes of disorders (patho-affective — anxiety and depression symptoms; pseudo-neurotic — obsessive-compulsive phenomena; psycho-vegetative symptoms and self-perception disorders; and psychoorganic — associative disorders, paranoia and hostility) and two groups of intermediate symptoms (phobic — intermediate between pathogenic and pseudoneurotic and psychotic - intermediate between psychoorganic and pseudoneurotic). Also, according to the results of the assessment of the correlation dynamics of symptom groups, a model of psycho-pathogenesis of non-psychotic mental disorders in people who are on the program of drug addiction substitution therapy was constructed.

Key words:

replacement therapy, methadone, neurotic disorders, narcology.

МОДЕЛЬ ПСИХОПАТОГЕНЕЗА НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ, ПРОХОДЯЩИХ ПРОГРАММУ СИНТЕТИЧЕСКОЙ ОПИОИДНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ.

Аннотация.

С целью выявления структурно-динамической характеристики коморбидной непсихотической психопатологической симптоматики у больных, находящихся на программе заместительной терапии синтетическими опиоидами, при помощи Симптоматического опросника (Symptom Check List-90-Revised) было обследовано 100 пациентов наркологического диспансера. В исследовании использованы критерии включения и исключения, идентичные критериям участия в программе заместительной терапии.

Полученные результаты были распределены на 3 уровня, которые соответствуют степени клинической значимости симптомов: - минимальный (дискомфорт по этой причине происходит редко или вообще не возникает, он имеет низкую интенсивность) – диапазон полученных результатов от 0 до 0,50; - субклинический (наличие не часто, умеренно интенсивного дискомфорта по данной причине) – диапазон значений от 0,51 до 1,50; - клинический (частый или постоянный высокой интенсивности дискомфорт по этой причине) – диапазон значений более 1,51. В результате исследования было обнаружено, что непсихотические психические расстройства среди данного контингента больных имеют три этапа развития; все группы симптомов рассматриваются в контексте трех основных классов расстройств (патоаффективные – симптомы тревожности и депрессии, псевдоневротические – обсессивно-компульсивные явления, психовегетативные симптомы и нарушения самовосприятия и психоорганические – ассоциативные нарушения, паранояльность и враждебность) и двух групп промежуточных симптомов (фобические – промежуточные между патогенными и псевдоневротическими и психотические – промежуточные между психоорганическими и псевдоневротическими). Так же по результатам оценки корреляционной динамики групп симптомов была построена модель психопатогенеза непсихотических психических расстройств у лиц, находящихся на программе заместительной терапии наркомании.

Ключевые слова: заместительная терапия, метадон, невротические расстройства, наркология.

МОДЕЛЬ ПСИХОПАТОГЕНЕЗУ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ, ЯКІ ПРОХОДЯТЬ ПРОГРАМУ СИНТЕТИЧНОЇ ОPIOІДНОЇ ЗАМІСНОЇ ТЕРАПІЇ.

Анотація.

З метою виявлення структурно-динамічної характеристики коморбидної непсихотичної психопатологічної симптоматики у хворих, які перебувають на програмі замісної терапії синтетичними опіоїдами, за допомогою симптоматичного опитувальника (Symptom Check List-90-Revised) було обстежено 100 пацієнтів наркологічного диспансеру. У дослідженні використані критерії включення і виключення, ідентичні критеріям участі в програмі замісної терапії. Отримані результати були розподілені на 3 рівня, які відповідають ступеню клінічної значущості симптомів: - мінімальний (дискомфорт з цієї причини відбувається рідко або взагалі не виникає, він має низьку інтенсивність) - діапазон отриманих результатів від 0 до 0,50; - субклінічний (наявність не часто, помірно інтенсивного дискомфорту через це) - діапазон значень від 0,51 до 1,50; - клінічний (частий або постійний високої інтенсивності дискомфорт з цієї причини) - діапазон значень більше 1,51. В результаті дослідження було виявлено, що непсихотичні психічні розлади серед даного контингенту хворих мають три етапи розвитку; всі групи симптомів розглядаються в контексті трьох основних класів розладів (патоафективні - симптоми тривожності і депресії, псевдоневротичні - обсесивно-компульсивні явища, психовегетативні симптоми і порушення самосприйняття і психоорганічні - асоціативні порушення, паранояльність і ворожість) та двох груп проміжних симптомів (фобічні - проміжні між патогенними і псевдоневротичними і психотичні - проміжні між психоорганічними і псевдоневротичними). Так само за результатами оцінки кореляційної динаміки груп симптомів була побудована модель психопатогенезу непсихотичних психічних розладів у осіб, які перебувають на програмі замісної терапії наркоманії.

Ключові слова: замісна терапія, метадон, невротичні розлади, наркологія.

Introduction

Among a wide range of psychopathological aspects of the participation of addicted persons in the programs of synthetic opioids substitution therapy, one of the main issues is the diagnostics of non-psychotic psychopathological which are imitating neurotic spectrum violations [1; 2]. This contingent, due to its medical and social status, is prone to the intense influence of psycho-traumatic factors that involved in the interaction with the altered personality background. At the same time, the possibility of a typical neurotic disorders development in this group of people at the present time is still under discussion [3; 4].

The main thesis is the necessity to differentiate between two groups of psychopathological disorders – neurotic ones, the development of which in persons with opioid addiction is doubtful due to damage to the mechanisms

of the implementation of psychogenic factors, and neurosis or pseudoneurotic ones, which is a consequence of organic and personality disorders and is manifested by symptoms that are structurally identical to neurotic [5].

Opioid addiction is a factor that massively distorts the essential stereotypes of personality response to a stress and distress, both on psychological, psychosocial and behavioral, and in neuro-metabolic levels [6; 7]. This allows us to consider the contingent of persons undergoing the substitution therapy programs as a homogeneous model for studying the mechanisms of the relationship between chemical dependencies and psychopathological disorders of the neurotic or pseudo-neurotic group [8; 9].

Purpose and objectives of the study

The aim is the establishment of structural and dynamic characteristics of the comorbid nonpsy-

Table 1

Distribution of different groups of psychopathological symptoms (according SCL-90-R data)

SCL-90-R subscale	GPI ≤ 0,5 (N=12)			GPI = 0,51-1,50 (N=52)			GPI ≥ 1,51 (N=36)		
	M	SC	C	M	SC	C	M	SC	C
SOM	8	4	–	3	30	19	–	16	20
O-C	7	5	–	4	46	2	–	20	16
INT	9	3	–	16	36	–	3	15	18
DEP	10	2	–	2	43	7	–	5	31
ANX	10	2	–	12	39	1	–	6	30
HOS	5	6	1	9	36	7	–	8	28
PHOB	12	–	–	40	8	4	1	12	23
PAR	7	5	–	14	32	6	–	10	26
PSY	11	1	–	24	25	3	–	16	20

Note: M – minimal level; SC – subclinical level; C – clinical level.

chotic psychopathological symptoms, in persons who are undergoing the synthetic opioids substitution therapy programs.

The research is conducted in a prospective design. The contingent was formed by a continuous sampling method. In Zaporizhzhya Regional Clinical Narcological Dispensary 100 addicted patients undergoing substitution therapy based on methadone treatment were screened. The study uses the inclusion and exclusion criteria identical to those for participation in the substitution therapy program.

Materials and methods

The research uses psychopathological **method**: "Simptom Check List-90-Revised" (L. Derogatis et al, 1973) to establish the structure of psychopathological manifestations at the level of individual symptoms, to identify the correla-

tion between them and to establish a general level of psychopathological distress.

In order to level the impact of the narcotic effect or possible manifestations of withdrawal status on the evaluation results, the questionnaire was completed in a 6–8 hours after taking methadone.

The assessment of the intensity of psychopathological symptoms was carried out using ranges of mean-arithmetic scores for each questionnaire subscale, which corresponds to the standard method.

The obtained data were ranked in 3 levels, corresponding to the degrees of clinical significance of the symptoms:

- **minimal** (discomfort for this reason occurs rarely, or does not occur at all, it has a low

Table 2

Correlation matrix for groups of psychopathological symptoms (according to SCL-90-R) for the subgroup of persons with GSI ≤ 0,5

	SOM	O-C	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
SOM	1,00								
O-C	0,50	1,00							
INT	-0,01	0,02	1,00						
DEP	0,12	0,04	0,21	1,00					
ANX	0,78	0,28	0,22	0,58	1,00				
HOS	-0,12	0,55	0,61	-0,55	-0,05	1,00			
PHOB	0,19	0,01	0,61	0,38	0,31	0,23	1,00		
PAR	-0,55	0,04	0,52	-0,31	-0,53	0,76	0,03	1,00	
PSY	-0,38	0,36	0,02	0,09	-0,19	0,59	-0,14	0,34	1,00
GSI	0,37	0,68	0,67	0,38	0,51	0,78	0,46	0,29	0,34

Note:

- the dark-gray color indicates the value of the correlation below "noticeable" ($r < 0,50$);
- the light-gray – lower than "high" ($r = 0,50-70,00$);
- with bold type marked the statistically significant values.

Table 3

Correlation matrix for groups of psychopathological symptoms (according to SCL-90-R)
for the subgroup of persons with GSI=0,51–1,50

	SOM	O-C	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
SOM	1,00								
O-C	-0,04	1,00							
INT	-0,53	0,47	1,00						
DEP	0,04	0,33	0,45	1,00					
ANX	0,28	0,40	0,05	0,24	1,00				
HOS	-0,10	0,41	0,34	0,45	0,42	1,00			
PHOB	-0,02	0,43	0,23	0,32	0,44	0,63	1,00		
PAR	-0,31	0,48	0,64	0,43	0,40	0,43	0,42	1,00	
PSY	-0,23	0,35	0,27	0,37	0,38	0,61	0,75	0,48	1,00
GSI	0,20	0,67	0,4	0,67	0,65	0,71	0,73	0,63	0,68

Note:

- the dark-gray color indicates the value of the correlation below "noticeable" ($r < 0,50$);
- the light-gray – lower than "high" ($r = 0,50–70,00$);
- with bold type marked the statistically significant values.

intensity), corresponds to a range of values from 0 to 0,50;

- **subclinical** (discomfort for the given reason present, but not frequent, moderately intense), corresponds to a range of values from 0,51 to 1,50;
- **clinical** (the discomfort for this reason occurs frequently, or is constant, has a high intensity) corresponds to a range of values greater than 1,51.

Results of research and discussion

The result of the evaluation of the overall level of psychopathological symptoms (regardless of their belonging to a particular group/subscl) according to the severity index of psychopathological symptoms (GSI integrative index) shows the following distribution of study population: the minimum level is 12 (12%) persons, subclinical – 52 (52%) persons, clinical – 36 (36%) persons (**table 1**).

To further establishing of the psychopathological violations structure, the

Table 4

Correlation matrix for groups of psychopathological symptoms (according to SCL-90-R)
for the subgroup of persons with GSI \geq 1,51

	SOM	O-C	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
SOM	1,00								
O-C	0,27	1,00							
INT	0,23	0,09	1,00						
DEP	0,43	0,29	0,76	1,00					
ANX	0,54	0,38	0,13	0,33	1,00				
HOS	-0,19	0,33	0,02	0,11	0,29	1,00			
PHOB	0,08	0,07	0,13	-0,27	0,11	-0,13	1,00		
PAR	-0,33	-0,29	-0,05	-0,09	0,17	0,53	0,09	1,00	
PSY	-0,27	-0,23	-0,28	-0,27	0,26	0,56	0,11	0,86	1,00
GSI	0,39	0,34	0,47	0,56	0,70	0,62	0,17	0,50	0,46

Note:

- the dark-gray color indicates the value of the correlation below "noticeable" ($r < 0,50$);
- the light-gray – lower than "high" ($r = 0,50–70,00$);
- with bold type marked the statistically significant values.

population of a study was divided into groups, according to the GSI values.

The above-mentioned distribution of contingent corresponds to the model of understanding of different groups of psychopathological manifestations severity as different stages of a single psychopathogenetic process.

Thus we obtained 3 matrices of correlation coefficients for different groups of psychopathological symptoms (according to SCL-90-R) for 3 groups of persons with different GSI values ($GSI \leq 0,5$; $GSI = 0,51-1,50$; $GSI \geq 1,51$). Obtained data is shown on **tables 2–4**.

Analysis of the correlation relationships between the GSI index and all groups of psychopathological symptoms indicates that the severity of mental disorders in this (initial) stage of psychopathogenesis depends mainly on the group of symptoms of hostility, with which there is a high correlation ($r=0,78$). Secondary factors are obsessive-compulsive symptoms ($r=0,68$), symptoms of interpersonal sensitivity ($r=0,67$) and anxiety symptoms ($r=0,51$).

Thus, it is established that **at the initial stage of the development of psychopathological disorders:**

- a) the dominant set of psychopathological symptoms are associative disorders and dysphoria, the data of the group of symptoms have a mutually reinforcing effect that corresponds to a typical psycho-organic complex;

- b) associative disorders and dysphoria are limiting the manifestations of anxiety and depression, which indicates the presence of antagonism between the psycho-organic and patho-affective symptoms with the domination of the psycho-organic circle of symptoms, what corresponds to the mechanism of "forced normalization";
- c) psycho-vegetative disorders have complex genesis, but only partly they are a somatic correlation of anxiety, the level of psychogenic disorders is reduced due to the antagonism of anxiety with associative disorders;
- d) obsessive-compulsive disorders are associated with manifestations of dysphoria and have a similar level of manifestation; in most observations, they are represented by pseudoobsessive phenomena, that are realized as a reminding's of irritating objects (a vicious circle of amplification of both groups of symptoms).

In this GSI-group (0,51–1,50) the analysis of the correlation links of GSI shows that at this stage to the pool of symptoms that provide the severity of the condition added hostility ($r=0,73$) and phobic symptoms ($r=0,71$).

Thus it is established that **at the intermediate stage of the development of psychopathological disorders:**

- a) patho-affective symptoms (anxiety and depression) are subject to associative disorder-

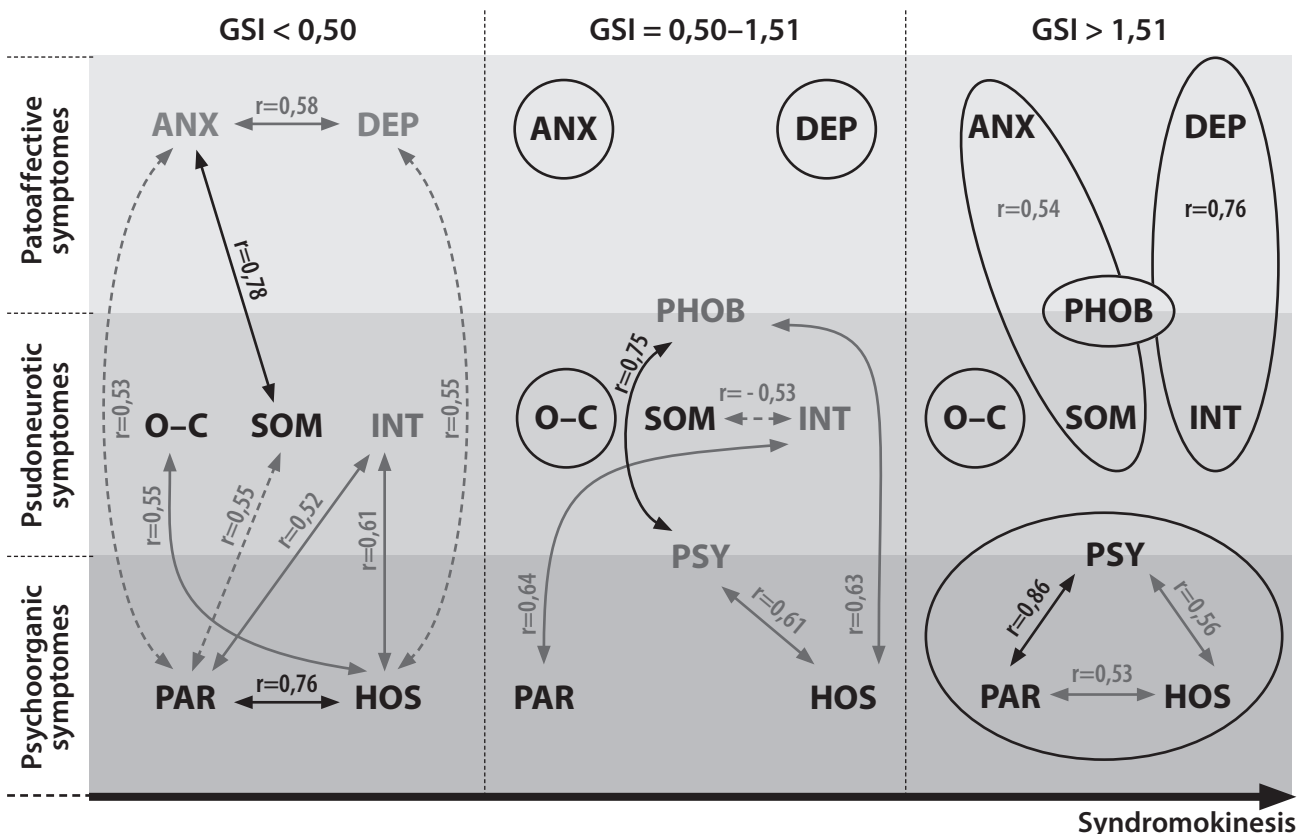


Fig. Model of psychopathogenesis of nonpsychotic mental disorders in the contingent.

ders and dysphoria, become subtotal and become isolated (they do not show any correlations);

- b) the greatest influence on the general severity of manifestations is made by phobic symptoms associated with the loss of critical assessment of their own state (psychoticism) and dysphoria that corresponds to atypical panic attacks;
- c) associative violations are the main determinant of social maladaptation (interpersonal sensitivity), but the latter is reduced when the level of psycho-autonomic violations is increased; this may correspond to the adaptation in the social stratum of dependent persons arising from the background of the community of somatic symptoms;
- d) obsessive phenomena lose any contacts with dysphoria and become an isolated phenomenon that has a subtotal representation, indicating the trigger role of dysphoria in the genesis of this class of phenomena.

At this stage ($GSI \geq 1,51$) analysis of correlations of different groups of psychopathological symptoms with GSI shows that the severity depends mainly on the anxiety ($r=0,70$), depression ($r=0,56$), hostility ($r=0,62$) and paranoiality ($r=0,50$). It is noteworthy that the influence of symptoms phobic, psychotic and obsessive-compulsive phenomena had been lost.

Thus it is established that **at the final stage of the development of psychopathological disorders:**

- a) all groups of symptoms are consolidated into isolated symptomatic complexes: anxiety and psycho-vegetative disorders, depression and interpersonal sensitivity, associative disorders, dysphoria and psychoticism, isolated phobic symptoms and isolated obsessive-compulsive symptoms;

- b) symptomatic complexes exist in parallel in the mode of coexistence (in contrast to the comorbidity, they do not interact with each other);
- c) all symptomatic complexes are present in all patients at this stage of development of psychopathological disorders, but have fluctuations in the level of manifestations from subclinical to clinical.
- d) the general severity of psychopathological manifestations is determined by the symptoms of anxiety.

Conclusions

The analysis of the correlations between separate groups of psychopathological symptoms was performed according to the SCL-90-R data. Modes of structural and dynamic organization of all groups of symptoms, as well as their complexes, have been identified in 3 stages of their development.

All groups of symptoms are considered in the context of the three classes of disorders: pathoaffective (anxiety and depression symptoms), pseudoneurotic (obsessive-compulsive phenomena, psycho-vegetative symptoms and self-perception violations) and psychoorganic ones (associative violations, paranoiality and hostility) and 2 groups of symptoms as intermediate phenomena – phobic symptoms (intermediate between pathoaffective and pseudoneurotic) and symptoms of psychoticism (intermediate between psychoorganic and pseudoneurotic).

According to the results of the assessment of the correlation dynamics of certain groups of symptoms, a model of psychopathogenesis of non-psychotic mental disorders in persons undergoing substitution therapy of addiction has been constructed.

References

1. Trujols J. Patient perception of methadone dose adequacy in methadone maintenance treatment: The role of perceived participation in dosage decisions / J. Trujols, F. González-Saiz, M. J. Manresa // Patient Education and Counseling. – 2017. – Vol. 100, № 5. – P. 981–986.
2. Барановский Н. А. Социальная профилактика наркомании среди молодежи / Н. А. Барановский // Социологический альманах. – 2017. – № 8. – С. 115–126.
3. Pharmacogenomics of methadone maintenance treatment / A. A. Somogyi, D. T. Barratt, R. L. Ali, J. K. Collier // Pharmacogenomics. – 2014. – Vol. 15, № 7. – P. 1007–1027.
4. Цыганков Б. Д. Подходы к лечению абстинентного, постабстинентного состояния наркологических больных / Б. Д. Цыганков, С. А. Шамов, М. Н. Земсков // Росс. мед. журн. – 2013. – № 4. – С. 32–36.
5. Wang G. Y. Methadone maintenance treatment and cognitive function: a systematic review / G. Y. Wang, T. A. Woules, B. R. Russell // Current Drug Abuse Reviews. – 2013. – Vol. 6, № 3. – P. 220–230.
6. Scaling up methadone maintenance treatment for opioid-dependent prisoners in Iran / M. Farnia, B. Ebrahimi, A. Shams, S. Zamani // International J. of Drug Policy. – 2010. – Vol. 21, № 5. – P. 422–424.
7. Predictors of non-adherence to methadone maintenance treatment in opioid-dependent individuals: implications for clinicians / P. Roux, C. Lions, L. Michel [et al.] // Current Pharmaceutical Design. – 2014. – Vol. 20, № 25. – P. 4097–4105.
8. Incarcerated intravenous heroin users: predictors of post-release utilization of methadone maintenance treatment / H. C. Lin, P. W. Wang, Y. H. Yang [et al.] // J. of Addictive Diseases. – 2016. – Vol. 35, № 2. – P. 109–118.
9. Гребенюк А. А. Клинико-психологический анализ неспихотических психических расстройств у бывших участников программы заместительной поддерживающей терапии и их влияние на мотивацию к прохождению медицинской реабилитации / А. А. Гребенюк // Наркология. – 2016. – № 6. – С. 72.

SOME CLINICAL-THERAPEUTIC FEATURES OF ALCOHOL ENCEPHALOPATHIES



V. I. Ponomaryov

© **Volodymyr Ponomaryov** (Ukraine) – Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology of School of Medicine, V.N. Karazin Kharkiv National University, 6 Svobody Square, Kharkiv, 61077; e-mail: v.i.ponomaryov@ukr.net; ORCID: 0000-0003-2513-3187.

© **Пономарьов Володимир Іванович** (Україна) – д.мед.н., професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна; пл. Свободи, 6, м. Харків, 61077; e-mail: v.i.ponomaryov@ukr.net; ORCID: 0000-0003-2513-3187.

© **Пономарёв Владимир Иванович** (Украина) – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии медицинского факультета Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина, пл. Свободы, 6, г. Харьков, 61077; e-mail: v.i.ponomaryov@ukr.net; ORCID: 0000-0003-2513-3187.



T. M. Roshchupkina

© **Tatyana Roshchupkina** (Ukraine) – assistant of the Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology of School of Medicine, V.N. Karazin Kharkiv National University, 6 Svobody Square, Kharkiv, 61077; e-mail: roshchupkina.t@gmail.com; ORCID: 0000-0003-3425-2225.

© **Рощупкіна Тетяна Миколаївна** (Україна) – асистент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна; пл. Свободи, 6, м. Харків, 61077; e-mail: roshchupkina.t@gmail.com; ORCID: 0000-0003-3425-2225.

© **Рощупкина Татьяна Николаевна** (Украина) – ассистент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии медицинского факультета Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина, пл. Свободы, 6, г. Харьков, 61077; e-mail: roshchupkina.t@gmail.com; ORCID: 0000-0003-3425-2225.



O. M. Mishchenko

© **Oleksandr Mishchenko** (Ukraine) – PhD in Medicine, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology of School of Medicine, V. N. Karazin Kharkiv National University, 6 Svobody Square, Kharkiv, 61077; e-mail: alex_mischenko1976@ukr.net; ORCID: 0000-0003-0043-2252.

© **Мищенко Олександр Миколайович** (Україна) – к.мед.н., доцент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна; пл. Свободи, 6, г. Харків, 61077; e-mail: alex_mischenko1976@ukr.net; ORCID: 0000-0003-0043-2252.

© **Мищенко Александр Николаевич** (Украина) – к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии медицинского факультета Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина, пл. Свободы, 6, г. Харьков, 61077; e-mail: alex_mischenko1976@ukr.net; ORCID: 0000-0003-0043-2252.

№ 9, 2018, p. 66–71

SOME CLINICAL-THERAPEUTIC FEATURES OF ALCOHOL ENCEPHALOPATHIES

Abstract.

The article points out that alcoholism for modern society is a significant medico-social problem due to the progressive increase in the prevalence of this disease throughout the world; tendencies to its significant rejuvenation and the large economic, medical, social and other social losses inflicted on society by this disease. The article reveals the main manifestations of the clinical picture of alcohol dependence, which is psycho-neurological symptoms. Also the clinical and therapeutic features of one of the most significant problems of modern psychoneurology - alcoholism and alcohol encephalopathy are outlined. On the basis of literature data, the general principles of the occurrence of this pathology are shown, its main clinical forms with the characteristic of leading symptomatic manifestations are described, the main therapeutic principles of intervention in this problem are revealed. It was stated that during the treatment of acute alcoholic encephalopathy, the etiological factors and concomitant somatic pathology must be taken into account. It was found that the basic biological mechanisms of action are: - enhancement of microcirculation and improvement of brain metabolism (Cavinton, Trental, Tanacan, Stugeron, Nootropil, Encephabol, etc. are used); - inhibition of platelet aggregation and erythrocytes (using antiplatelet agents – chimes, acetylsalicylic acid, etc.); - conducting hypolipidemic (clofibrate, fenofibrate, nicotinic acid, etc.) and antihypertensive therapy (use of ACE inhibitors (renitec, enap, etc.), Ca antagonists (finoptin, etc.) and beta-blockers (atenolol, etc.)); - correction of psycho-emotional manifestations (use of tranquilizers, antidepressants and anxiolytics); - reduction of mental disorders (use of peptide biostimulants - Cortexin, timogen, epithalamin. The work carried out has led to

the conclusion that clinical and etiological manifestations, therapeutic mechanisms, types of course and other features of alcoholic encephalopathies, as well as issues of various disorders of the central nervous system, especially higher mental functions in the abuse of alcohol and alcohol-containing substances are extremely important and relevant to modern psychoneurology and addiction problems.

Key words:

alcoholism, alcoholic encephalopathy, cognitive impairment.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНЫХ ЭНЦЕФАЛОПАТИЙ**Аннотация.**

В статье указано, что алкоголизм для современного общества выступает значительной медико-социальной проблемой из-за прогрессирующего увеличения распространенности данной патологии во всем мире; тенденции к его значительному омоложению и больших экономических, медицинских, социальных и других общественных потерь, наносимых обществу данным заболеванием. Статья раскрывает основные проявления клинической картины алкогольной зависимости, которую составляет психо-неврологическая симптоматика. Также даны клинические и терапевтические особенности одной из наиболее значимых проблем современной психоневрологии – алкоголизма и алкогольной энцефалопатии. На основе литературных данных показаны общие принципы возникновения этой патологии, описаны ее основные клинические формы с характеристикой ведущих симптоматических проявлений, раскрыты основные терапевтические принципы вмешательства в эту проблему. Констатировано, что при проведении терапии острой алкогольной энцефалопатии обязательно должны учитываться этиологические факторы и сопутствующая соматическая патология. При этом установлено, что базовыми этиологическими механизмами воздействия являются: - усиление микроциркуляции и улучшение метаболизма головного мозга (применяют кавинтон, трентал, танакан, стугерон, ноотропил, энцефабол и др.); - ингибирование агрегации тромбоцитов и эритроцитов (используют антиагреганты – курантил, ацетилсалициловую кислоту и др.); - проведение гиполипидемической (клофибрат, фенофибрат, никотиновая кислота и др.) и антигипертензивной терапии (применение ингибиторов АПФ (ренитек, энап и др.), антагонистов Са (финоптин и др.) и бета-адреноблокаторов (атенолол и др.)); - коррекция психо-эмоциональных проявлений (использование транквилизаторов, антидепрессантов и анксиолитиков); - редукция психических расстройств (применение пептидных биостимуляторов – кортексин, тимоген, эпیتالамин. Проведенная работа позволила сделать вывод, что клинико-этиологические проявления, терапевтические механизмы, типы течения и другие особенности алкогольных энцефалопатий, а также вопросы различных нарушений деятельности центральной нервной системы, в особенности высших психических функций при злоупотреблении алкоголем и алкогольсодержащими веществами являются крайне значимыми и актуальными для современной психоневрологии и наркологии проблемами.

Ключевые слова:

алкоголизм, алкогольная энцефалопатия, когнитивные нарушения.

ДЕЯКІ КЛІНІКО-ТЕРАПЕВТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АЛКОГОЛЬНИХ ЕНЦЕФАЛОПАТІЙ.**Анотація.**

У статті зазначено, що алкоголізм для сучасного суспільства виступає значною медико-соціальною проблемою через прогресуюче збільшення поширеності даної патології у всьому світі; тенденції до його значного омоложення і великих економічних, медичних, соціальних та інших громадських втрат, що наносяться суспільству даним захворюванням. Стаття розкриває основні прояви клінічної картини алкогольної залежності, яку становить психо-неврологічна симптоматика. Також надані клінічні і терапевтичні особливості однієї з найбільш значущих проблем сучасної психоневрології - алкоголізму і алкогольної энцефалопатії. На основі літературних даних показані загальні принципи виникнення цієї патології, описані її основні клінічні форми з характеристикою провідних симптоматичних проявів, розкрито основні терапевтичні принципи втручання в цю проблему. Констатовано, що при проведенні терапії гострої алкогольної энцефалопатії обов'язково повинні враховуватися етіологічні фактори і супутня соматична патологія. При цьому встановлено, що базовими етіологічними механізмами впливу є: - посилення мікроциркуляції і поліпшення метаболізму головного мозку (застосовують кавінтон, трентал, танакан, стугерон, ноотропіл, энцефабол і ін.); - інгібування агрегації тромбоцитів і еритроцитів (використовують антиагреганти - курантіл, ацетилсаліцилову кислоту та ін.); - проведення гіполіпідемічної (клофібрат, фенофібрат, нікотинова кислота та ін.) і антигіпертензивної терапії (застосування інгібіторів АПФ (ренітек, енап і ін.), антагоністів Са (фіноптин і ін.) і бета-блокаторів (атенолол та ін.)); - корекція психо-емоційних проявів (використання транквілізаторів, антидепресантів і анксиолітиків); - редукція психічних розладів (застосування пептидних біостимуляторів - кортексин, тимоген, епіталамін. Проведена робота дозволила зробити висновок, що клініко-етіологічні прояви, терапевтичні механізми, типи перебігу та інші особливості алкогольних энцефалопатій, а також питання різних порушень діяльності центральної нервової системи, особливо вищих психічних функцій при зловживанні алкоголем і алкогольмістними речовинами є вкрай важливими і актуальними для сучасної психоневрології та наркології проблемами.

Ключові слова:

алкоголізм, алкогольна энцефалопатія, когнітивні порушення.

According to the majority of modern authors, alcoholism is a significant medical and social problem of modern society, one of the most complex and extremely dangerous diseases in the world in connection with the emerging huge economic, medical, social, ethical and other social losses. As a result of chronic alcohol intoxication against the background of prolonged abuse of alcohol and alcohol-containing substances, so-called oxidative and nitrosating stress develops, which can lead to significant damage to neurons in the brain, which can be clinically manifested by the development of the so-called neurological deficit and a noticeable decrease in cognitive-mnemonic functions [1].

Modern world data indicate a progressive increase in the spread of this pathology among the countries of the world community, moreover, there is a significant tendency worldwide for a permanent rejuvenation of this pathology [2]. A significant concern is the fact that among countries which are in the first positions on alcohol consumption, more than a third of the working-age male population systematically abuses alcohol and alcohol-containing substances in extremely dangerous dosages, which causes the development of a number of somatic diseases associated with alcohol intoxication first of all the psychoneurological profile) [3]. According to the estimates of the world's scientists, somatic pathology in people with alcohol dependence is found 12 times more often than the average in the population [4]. One of the most severe and significant consequences of alcohol dependence is the possible development of so-called comorbidity – somatoneurological and psychopathological complications of the actual addictive disorder [5].

According to most modern authors, psychoneurological symptoms form the basis of the clinical picture of alcohol dependence. The development of gross dementive manifestations in patients with alcohol dependence is preceded by mild (moderate and mild) cognitive impairments, which do not cause severe medical and social disadaptation of patients, which causes great diagnostic difficulties in detecting the so-called alcoholic encephalopathy (occurs most often after prolonged abuse of alcohol and alcohol-containing substances), especially at the initial stages of pathology development.

Alcoholic encephalopathy belongs to the group of alcoholic psychoses that arise following prolonged chronic abuse of alcohol and alcohol-containing substances, in the setting of which there is a combination of mental disorders with systemic somato-neurological disorders (very often they are dominant in the clinical picture of the disease). In most cases, the development of alcoholic encephalopathies occurs after years of massive abuse of alcohol and alcohol-containing substances, the duration of which is noted from 5

to 20 years.

Encephalopathies are polyethiologic diseases characterized by the presence of nonspecific and specific symptom-complexes. Encephalopathies may be acute and chronic, as well as atypical and typical [6].

As many authors have noted, the most common form of encephalopathy is alcoholic encephalopathy. In accordance with the classification of G.V. Morozov, the following groups of acute and chronic alcoholic encephalopathies are distinguished:

- **Acute forms:** Gaye–Wernicke, mitigated form, hyperacute form.
- **Chronic forms:** Korsakov's psychosis; alcoholic pseudo-paralysis; alcoholic encephalopathy caused by stenosis of the superior vena cava; alcoholic encephalopathy of Marciyafavy-Benyam, alcoholic pellagra, Morel's disease, alcoholic encephalopathy with the picture beriberi, alcoholic encephalopathy with retrobulbar neuritis, alcoholic cerebellar atrophy, central necrosis of the bridge of the brain.

Acute alcoholic encephalopathy of Gaye–Wernicke is characterized by a progressive increase in various somato-psychoneurological disorders and exacerbation of concomitant diseases (hepatitis, pancreatitis, etc.). In some patients this form lasts for months, for others it takes several weeks. Characterized by the presence of significant weakness, dyspnea and arrhythmia, frequent headaches and pains in the limbs; progression of neurological symptoms (tremor of limbs, stiffness of movements, coordination disorders, etc.); patients complain of feelings of fear, panic, anxiety; sleep disturbances (nightmares, sleep instability) and muscle tone; vegetative changes (increase in body temperature, increased sweating); there is a violation of consciousness (stunning, sopor and coma).

Mitigated acute alcoholic encephalopathy is characterized in some patients by somnolence in the daytime and by mild delirious symptoms in the night; and in others – a depressed-dysphoric mood and the presence of hypochondriacal manifestations. At the same time, there are minor somato-neurological disorders.

Hyperacute alcoholic encephalopathy is characterized by the presence of professional or exaggerating delirium and massive somato-neurologic symptoms. There is a sharp increase in temperature to febrile figures (40–41° C). The course of the manifest stage is lightning quick. For one or several days, there is a development of coma and a lethal outcome on the 2–5th day of the disease.

Many authors consider mitigated acute alcoholic encephalopathy and hyperacute alcoholic encephalopathy as subtypes of acute alcoholic encephalopathy of Gaye–Wernicke.

At this point in time, Korsakov's psychosis is very rare and can occur after severe delirium and alcoholic encephalopathy of Gaye-Wernicke. This type of encephalopathy is most often found in patients aged 40–50 years, occasionally at 50–60 and up to 30 years. In this case, this form is characterized by the presence of amnesia, disorientation in place and time and confabulation. The disease proceeds in a regredient manner, a significant improvement in the condition is more often observed in women than in men.

Alcoholic pseudo-paralysis, according to various authors, is most often found in males in a mature and later age. Its development occurs after severe delirious states and encephalopathy of Gaye-Wernicke against a background of markedly progressive alcoholic degradation of personality. Patients are noted for lack of criticism, passivity, inactivity, positive emotional background and gross memory disorders [7].

Alcoholic encephalopathy, which is caused by stenosis of the superior vena cava (was described by Frederichs in 1877 and Lansceraux in 1899). It appears in patients with alcoholic cirrhosis of the liver and is characterized by acute disorders of consciousness. There is a presence of euphoria with «childish» behavior, playfulness, irritability and apathy. A characteristic symptom complex is the presence of hypotension with a small tremor of the fingers. Attacks of disorders are observed from 24 to 48 hours and have a reversible character.

Alcoholic encephalopathy of Marietaafa-Benjami (the so-called central degeneration of the corpus callosum) was described by E. Marchiafava and A. Bignami in 1903. Clinically, it resembles a severe, rapidly progressive alcoholic personality degradation that is followed by severe dementia. These manifestations are joined by symptomatic, lasting from several days to 2–3 months symptomatology of psychosis (stunning of various degrees, severe delirious disorders, manifestations of pseudoparality or Korsakov syndrome). Emerging mental disorders have a significantly deeper level (manifestations of pseudo-paralytic syndrome, the presence of gross memory disorders with fixative amnesia and confabulation) and irreversible character.

Morel's disease (the so-called cortical laminar sclerosis) begins with severe delirium, the manifestations of which are similar to the encephalopathy of Gaye-Wernicke. After the disappearance of the manifestations of delirium, the symptom complex characteristic of the dementia form of progressive paralysis is characteristic. This form was first described in 1939 by the pathologist F. Morelem. As most authors note, very often Morel's disease develops in combination with alcoholic encephalopathy Marciafava-Binyamy (arises from the degeneration of the corpus callosum against the abuse of alcohol and alcohol-containing substances).

Alcoholic encephalopathy with a picture of beriberi is manifested against the background of insufficiency of vitamins of group B (mainly B1). Clinically manifested primarily neurological disorders and asthenic manifestations.

Alcoholic encephalopathy with the symptom complex of retrobulbar neuritis can occur both in isolation and in combination with other forms of alcoholic encephalopathy. Clinically, it is represented by various asthenic manifestations.

Alcoholic cerebellar atrophy (described by J. Lhermitte in 1934) is characterized by degeneration of the cerebellar cortex and, mainly, occurs in men 35–65 years old. It is manifested by organic and asthenic disorders of varying severity.

Central necrosis of the bridge (first described in 1959 by R. Adamsom) is characterized by the presence of an apathetic stupor, manifestations of indifference and detachment from the surrounding world, the lack of response to pain stimuli.

As many modern authors note, alcoholic encephalopathy is inherently the final stage of alcohol dependence, which is characterized by constantly worsening degradation of the personality with the defeat of all levels of its existence: both physical and psycho-social [8], which develops in most cases at the age of 45–50 years after prolonged (15–20 or more years) abuse of alcohol and alcohol-containing substances [9].

Another important issue in the practice of managing patients with alcoholism with signs of alcoholic encephalopathy is the problem of therapeutic intervention. As the experience of studying modern world literature shows, approaches to the therapy of patients at the stage of development of alcoholic encephalopathy have considerable difficulties. Most researchers are of the opinion that it is necessary to develop special individual therapeutic programs for treating such patients [10]. Also clinicians pay special attention to the presence of certain features of the process of treatment of patients in the final stage of alcohol dependence with the presence of alcoholic encephalopathy. Treatment of such patients as a rule should be carried out in stationary conditions because of the significant severity of the patient's condition and the presence of accompanying polyorganic gross violations [11]. At the same time, it is necessary to pay attention to the fact that before the beginning of the specific anti-alcohol therapy such patients should undergo a thorough somatoneurological diagnosis, and in most cases consult specialists of another profile (psychiatrist, neuropathologist, therapist, surgeon, etc.).

Modern therapeutic suppression of a pathological desire to use alcohol and alcohol-containing substances is a complex process. The development and implementation of pathogenetically substantiated medication in suppressing the pathological desire to use alcohol

and alcohol-containing substances is based on current available ideas about the pathogenetic mechanisms that arise in the presence of alcohol dependence [12; 13].

According to the available ideas, the biochemical basis of alcohol dependence is the specifically altered metabolism of catecholamines (directly dopamine) of limbic and thalamic morphofunctional brain systems. The development of pathological attraction to alcohol-containing substances and alcohol is determined by the existing imbalance of the following neurotransmitter systems of the body: adrene, dopamine and serotonergic and the system of endogenous opiates (associated with the dopaminergic system and responsible for alcohol-induced psychotropic effects) [14].

Proceeding from this, the following psychotropic drugs are used to actively influence the key links in the pathogenesis of alcohol dependence: antipsychotics, antidepressants, anticonvulsants, tranquilizers, nootropics, which constitute the so-called group of «anticravings» [15; 16]. The duration of active use of these drugs in the final stage of the disease lasts about 1.5–2 months, which contributes to the stabilization of the mental state of patients with alcohol dependence [17]. One should take into account that the age factor may have a negative effect on the effectiveness of this therapy [8]; At the same time, organic (cerebrovascular) changes, hepatic functional disorders, weakening of the compensatory and adaptive capabilities of the organism, can, on the contrary, increase the sensitivity of the nervous system of patients with alcohol dependence to the effects of medicinal substances [18].

After an intensive course of therapy, as a rule, patients undergo a stage of maintenance therapy lasting up to 5 years [19].

As for the representatives of the above-mentioned applied groups of drugs, it should be noted the priority use of drugs from the group of antidepressants in the clinical practice of alcoholism treatment due to the close relationship of pathological attraction to alcohol and alcohol-containing substances and the presence of affective disorders. In the treatment of the final stage, tricyclic antidepressants (amitriptyline, melipramine, ludomyl, lerivone, etc.) are mainly used [20; 21].

Among the group of anticonvulsants, finlepsin is most often used (it is most effective if the patient has impulsiveness and dysphoric affect, an insurmountable «attraction» to alcohol, the absence of a «struggle of motives», which clinically brings this condition closer to paroxysms).

In addition to the drugs that have a direct psychotropic effect on the pathological link of the «unrestrained» craving for alcohol and drug-containing substances, the drugs that

form psychotropic effects indirectly (nootropics, vitamins, metabolic stimulants, antioxidants, etc.) are used in the treatment of the final stage of alcohol dependence.

To stop one of the main obligate manifestations of the final stage of alcohol dependence (chronic encephalopathy with deficient psychoorganic disorders and persistent asthenia), drugs from the nootropic group are used (their maximum effectiveness is determined by the impact on the clinic of the existing psycho-organic syndrome, intellectual-mnemonic depression, asthenic and asthenic-depressive disorders). Also in therapy, vitamins (mainly group «B»), amino acids, metabolic stimulants and antioxidants are actively used; those having significant influence on the process of reduction of the «unrestrained» craving for alcohol and having a positive effect on the consequences of the action of ethanol.

For the treatment of one of the most frequent and formidable complications of chronic alcohol and alcohol substance abuse (alcoholic encephalopathy), combined medication regimens are used, consisting of neuroleptics, tranquilizers, nootropics, vitamins, anxiolytics, antidepressants, and others.

As a rule, acute alcoholic encephalopathy is manifested by delirium with a variety of psychotic symptoms. In this case, psychocorrective intervention consists of the use of high doses of neuroleptics and tranquilizers, which causes an aggravation of cognitive impairment.

With the aim of coupling of the existing psychomotor excitation, tranquilizers (relanium, rohypnol, reladorm, etc.) are used in combination with sodium oxybutyrate; acute psychotic manifestations with the presence of psychomotor excitation are stopped by applying 1.0–2.0 ml of a 0.5% solution of haloperidol; for «removing» acute conditions 20.0% solution of nootropil in /in 2.0–6.0g/day for 10–15 days is used. In addition, it is common to use massive doses of vitamin B1 (at the beginning of therapy to 1g per day) as a pathogenetic therapy (IV 5.0 to 5.0.0ml 6.0% thiamine bromide with 10.0–15.0ml 40.0% glucose solution 1-3 times a day in complex with vitamin C and nicotinic acid). The course of vitamin therapy lasts at least 2–3 months (in the beginning, shock doses are used for 10-15 days, after which the dosage is gradually reduced). Also it is mandatory to use hepatoprotectors (essential-forte, carp) and lipotropics.

According to available data on the nature of mnemonic disorders on the background of prolonged abuse of alcohol and alcohol-containing substances and their relationship with the disruption of the functioning of serotonergic neurons, many authors propose to use selective serotonin inhibitors in the treatment of acute alcoholic encephalopathy, for example, fluvoxamine at 200.0–250.0mg in day.

Thus it is necessary to take into account, that the conducted therapy for an acute alcoholic encephalopathy necessarily should be carried out taking into account etiological factors and accompanying somatic displays. **The basic etiological mechanisms of exposure are:**

– **increase in microcirculation and improve brain metabolism** (apply cavinton, trental, tanakan, stugeron, nootropil, encephabol, etc.);

– **inhibition of platelet aggregation and erythrocytes** (antiplatelet agents - curantyl, acetylsalicylic acid, etc.);

– **carrying out lipid-lowering (clofibrate, fenofibrate, nicotinic acid, etc.) and antihypertensive therapy** (use of ACE inhibitors (renitek, enap, etc.), antagonists of Ca (phinoptin, etc.) and beta-blockers (atenolol, etc.);

– **correction of psycho-emotional manifestations** (use of tranquilizers, antidepressants and anxiolytics);

– **reduction of mental disorders** (use of peptide biostimulators – cortexin (0.01 g per day), thymogen (0.01% solution per 1 ml IM in the morning), epithalamine (0.01 g per day for 10 days).

Thus the clinical and etiological manifestations, therapeutic mechanisms, flow types and other features of alcoholic encephalopathies, as well as the various disorders of the central nervous system, especially the higher mental functions in the abuse of alcohol and alcohol-containing substances, are extremely significant and relevant for modern psychoneurology and narcology problems [23; 24].

References

1. Соколик Е. П. Фармакокоррекция нейрорепетидами нитрозирующего стресса и неврологических нарушений при экспериментальной алкогольной интоксикации / Е. П. Соколик, А. Н. Егоров // Материалы XII-ой открытой итоговой науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых с междунар. участием «Молодежь и медицинская наука в XXI веке», 30 марта – 1 апреля 2011 года г. Киров. – Киров: КГМА, 2011. – С. 82
2. Ютен К. Что такое наркологическое заболевание / К. Ютен // Наше здоровье: журн. Американского союза здравоохранения. – 2001. – Т. 9, № 1. – С. 4–8.
3. Огурцов П. П. Острые отравления этиловым спиртом. Злоупотребление алкоголем в России и здоровье населения. Острые отравления этиловым спиртом и его сурогатами: инф. материалы и рек. для врачей / П. П. Огурцов, В. П. Нужный. – М., 2000. – С. 113–155.
4. Савельев, Д. В. Сравнительная характеристика синдрома отмены у больных алкоголизмом в г. Москве в 1965, 1985, 2005 гг. / Д. В. Савельев, Е. М. Новиков, А. Н. Булатников // Вопр. наркологии. – 2007. – № 3. – С. 33–43.
5. Медико-социальные и экономические последствия злоупотребления алкоголем в Российской Федерации / Е. А. Кошкина, Н. И. Павловская, Р. И. Ягудина [и др.] // Информационно-аналитический сб. «Социальные аспекты здоровья населения». – М., 2010. – С. 2.
6. Павлова Т. М. Частота выявления соматической патологии при алкогольной зависимости / Т. М. Павлова, О. Ж. Бузык, М. А. Иванова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – С. 1–5.
7. Гофман А. Г. Клиническая наркология / А. Г. Гофман. – 2-е изд. – М.: Медицинское информационное агентство, 2017. – 376 с.
8. Чирко В. В. Очерки клинической наркологии / В. В. Чирко, М. В. Демина. – М.: Медпрактика, 2002. – 238 с.
9. Иванец Н. Н. Алкоголизм: рук-во для врачей / Н. Н. Иванец. – М.: Медицинское информационное агентство, 2011. – 856 с.
10. Алкогольная и наркотическая зависимость: практич. рук-во для врачей / Г. М. Энтин, А. Г. Гофман, А. П. Музыченко, Е. Н. Крылов. – М.: Медпрактика-М, 2002. – 328 с.
11. Петушков Е. Р. Своеобразие клиники и особенности течения хронического алкоголизма у больных позднего возраста / Е. Р. Петушков // Неотложные состояния в наркологии: под ред. проф. Б. Д. Цыганкова. – М.: Медпрактика-М, 2002. – С. 35–38.
12. Принципы лечения психотропными средствами больных эндогенными заболеваниями, сочетающимися с алкоголизмом: пособ. для врачей / А. Г. Гофман, Н. В. Александрова, А. В. Граженский [и др.]. – М., 1997. – 24 с.
13. Erickson C. K. Review of neurotransmitters and their role in alcoholism treatment / C. K. Erickson // Alcohol & Alcoholism. – 1996. – Vol. 13, Suppl. 1. – P. 5–11.
14. Буров Ю. В. Возможное значение эндогенной опиатной системы в формировании влечения к алкоголю / Ю. В. Буров, В. Н. Жуков, С. А. Борисенко // Нейрофизиология. – Л., 1980. – С. 28–29.
15. Музыченко А. П. Ноотропные препараты в психиатрической практике / А. П. Музыченко // Труды VI Российского национального конгресса «Человек и лекарство». – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – С. 345–358.
16. Sowers W. Psychotropic medication management in persons with co-occurring psychiatric and substance use disorders / W. Sowers, Sr. Golden // J. Psychoact. Drugs. – 1999. – Vol. 31, № 1. – P. 59–70.
17. Малин Д. И. Побочное действие психотропных средств / Д. И. Малин. – М.: Вузовская книга, 2000. – 208 с.
18. Винникова М. А. Течение наркологических заболеваний в позднем возрасте / М. А. Винникова // Депрессия в наркологии. Особенности клиники и терапии алкогольной зависимости у больных пожилого возраста. – 2003. – С. 2–7.
19. Шабанов П. Д. Основы наркологии / П. Д. Шабанов. – СПб.: «Лань», 2002. – 555 с.
20. Наркология. Национальное руководство // ГЭОТАР-Медиа: под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. – 2008. – 720 с.
21. Иванец Н. Н. Современная концепция терапии наркологических заболеваний / Н. Н. Иванец // Вопр. наркологии. – 2013. – № 1. – С. 108–118.
22. Иванец Н. Н. Лечение алкогольной зависимости / Н. Н. Иванец, М. А. Кинкулькина // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – Т. 3, № 3. – С. 80–82.
23. Alwan A. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol / A. Alwan // Доклад ВОЗ. – 2010. – 48 с.
24. Шишонкова О. Н. Клинико-патогенетические и терапевтические аспекты алкогольных энцефалопатий / О. Н. Шишонкова // Вісн. психіатрії та психофармакотерапії. – 2012. – № 1 (21). – С. 102–107.

УДК: 616.895:613.67:616-05::617.7-001.4

ФРУСТРАЦІЙНІ РЕАКЦІЇ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ТРАВМОЮ ОЧЕЙ ТА ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ



Р. А. Абдрахімов

© Ростислав Адганович Абдрахімов (Україна) – к.м.н., лікар-офтальмолог Київської клінічної лікарні № 2 на залізничному транспорті, проспект Повітрофлотський, 9, м. Київ, 03049; e-mail: rostislav.abdrahimov@gmail.com; ORCID: 0000-0002-8574-4310.

© Rostislav Abdrahimov (Ukraine) – MD, PhD in Medicine, Kiev Clinical Hospital № 2 of railway transportation, Povitroflotskyi avenue, Kyiv, 03049; e-mail: rostislav.abdrahimov@gmail.com; ORCID: 0000-0002-8574-4310.

© Ростислав Адганович Абдрахімов (Україна) – к.м.н., врач-офтальмолог Киевской клинической больницы № 2 на железнодорожном транспорте, проспект Воздухофлотский, 9, г. Киев, 03049; e-mail: rostislav.abdrahimov@gmail.com; ORCID: 0000-0002-8574-4310.

№ 9, 2018, стор. 72–77

FRUSTRATION REACTIONS IN PARTICIPANTS OF MILITARY ACTION WITH EYE INJURIES AND PARTIAL VISION LOSSES

Abstract.

To study the specifics of the formation of a response to the factors of social frustration of combatants with eye trauma and partial vision loss, to further determine targets for targeted medical and psychological measures for their rehabilitation, subject to informed consent with respect to the principles of bioethics and deontology during 2014-2018 91 combatants were examined (49 with an eye injury and partial loss of vision against the background of psychological maladjustment and 42 with psychological maladjustment). For comparison, 59 men with partial loss of vision due to domestic trauma were recruited, who formed the comparison group. Thus, the study involved 150 people. All respondents were screened for a mental condition using a clinical diagnostic interview - SCID (Structured Clinical Interview for DSM), a clinical diagnostic scale (CAPS) (Clinical-administered PTSD Scale), a neuroticism and psychopathization questionnaire. In the study of frustration reactions and stress tolerance of combatants with eye trauma and partial loss of vision against the background of psychological maladjustment, significant differences were established between those who took part in the hostilities with psychological maladjustment without injury and a group of patients with domestic injury of the organs of vision with partial loss. Participants in the fighting for eye injury with partial loss of vision and without such and psychological maladjustment observed unidirectional and more pronounced changes. With domestic trauma, they are significantly lower, which indicates a significant role of psychological maladjustment in the occurrence of mental disorders. This suggests the likelihood of including ways of psychological protection of the individual and the adaptation to the presence of stress-frustration.

Key words:

psychological maladjustment, frustration, stress, eye injury, fighting.

ФРУСТРАЦИОННЫЕ РЕАКЦИИ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С ТРАВМАМИ ГЛАЗ И ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗРЕНИЯ

Аннотация.

Для изучения специфики становления реагирования на факторы социальной фрустрированности участников боевых действий с травмой глаз и частичной потерей зрения, для определения в дальнейшем мишеней целевых медико-психологических мероприятий их реабилитации при условии информированного согласия с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии на протяжении 2014-2018 гг. был обследован 91 участник боевых действий (49 – с травмой глаз и частичной потерей зрения на фоне психологической дезадаптации и 42 – с явлениями психологической дезадаптации). Для сравнения были привлечены 59 мужчин с частичной потерей зрения вследствие бытовой травмы, которые составили группу сравнения. Таким образом, в исследовании приняли участие 150 человек. Всем респондентам было осуществлено скрининговое обследование психического состояния с использованием клинического диагностического интервью – СКИД (SCID – Structured Clinical Interview for DSM), клинической диагностической шкалы CAPS (Clinical-administered PTSD Scale), опросника определения уровня невротизации и психопатизации. При исследовании фрустрационных реакций и стрессоустойчивости участников боевых действий с травмой глаз и частичной потерей зрения на фоне психологической дезадаптации установлены достоверные различия между принимавшими участие в

боевых действиях с психологической дезадаптацией без травмы и группой пациентов, имеющих бытовую травму органов зрения с частичной его утратой. У участников боевых действий при травме глаз с частичной потерей зрения и без таковой и психологической дезадаптацией наблюдаются однонаправленные и более выраженные изменения. При бытовой травме они значительно ниже, что свидетельствует о значительной роли психологической дезадаптации в возникновении нарушений психической сферы. Это говорит о вероятности включения способов психологической защиты личности и об адаптации к наличию стресса-фрустрации.

Ключевые слова: психологическая дезадаптация, фрустрация, стресс, травма глаза, боевые действия.

ФРУСТРАЦІЙНІ РЕАКЦІЇ У УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ТРАВМОЮ ОКА ТА ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ.

Анотація.

Для вивчення специфіки становлення реагування на фактори соціальної фрустрованості учасників бойових дій з травмою очей і частковою втратою зору, для визначення в подальшому мішеней таргетних медико-психологічних заходів їх реабілітації за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології протягом 2014-2018 рр. був обстежений 91 учасник бойових дій (49 - з травмою очей і частковою втратою зору на тлі психологічної дезадаптації і 42 - з явищами психологічної дезадаптації). Для порівняння були залучені 59 чоловіків з частковою втратою зору внаслідок побутової травми, які склали групу порівняння. Таким чином, в дослідженні взяли участь 150 осіб. Всім респондентам було здійснено скринінгове обстеження психічного стану з використанням клінічного діагностичного інтерв'ю - СКІД (SCID - Structured Clinical Interview for DSM), клінічної діагностичної шкали CAPS (Clinical-administered PTSD Scale), опитувальника визначення рівня невротизації і психопатизації. При дослідженні фрустраційної реакції і стресостійкості учасників бойових дій з травмою очей і частковою втратою зору на тлі психологічної дезадаптації встановлені достовірні відмінності між тими, які брали участь в бойових діях з психологічною дезадаптацією без травми і групою пацієнтів, що мають побутову травму органів зору з частковою його втратою. В учасників бойових дій при травмі очей з частковою втратою зору і без такої і психологічної дезадаптацією спостерігаються односпрямовані і більш виражені зміни. При побутовій травмі вони значно нижче, що свідчить про значну роль психологічної дезадаптації у виникненні порушень психічної сфери. Це говорить про ймовірність включення способів психологічного захисту особистості і про адаптацію до наявності стресу-фрустрації.

Ключові слова: психологічна дезадаптація, фрустрація, стрес, травма ока, бойові дії.

Вступ

Травми органа зору за частотою займають друге місце в структурі сучасної бойової травми. Так, за даними армії США під час Іракської кампанії травми ока становили близько 6% від усіх бойових ушкоджень. За наслідками поранень очей, отриманих у в'єтнамській війні, 50% постраждалих згодом втрачали зір на поранене око [1]. За даними клініки офтальмології Національного військово-медичного клінічного центру станом на 2017 рік, у структурі офтальмологічних ушкоджень 52% – осколкові та інші механічні пошкодження, що не супроводжувалися масивною черепно-мозковою травмою внаслідок мінно-вибухового враження [2].

Без сумніву, навіть за умови мирного часу та небойового характеру травми, набути в дорослому віці втрата зору, хоча б часткова, тягне за собою руйнацію звичного життєвого стереотипу. Обмеження з боку вкрай важливого каналу сприйняття навколишнього світу потребує від постраждалих уживання у нові соціальні ролі та життя із обмеженнями, що супроводжується глибокими емоційними і соціальними наслідками. Ці зміни впливають майже на всі сфери індивіда, його особистість, взаємодію з сім'єю і суспільством [3; 4].

Зрозуміло, що в ситуації часткової втрати зору травматичної генези внаслідок поранення в бою, має місце вплив на особистість кількох потужних

стресогенних чинників (що не проходить безслідно та накладає відбиток на стан психічного здоров'я потерпілого). **Серед найважливіших стресогенних факторів відзначаємо такі:**

- явища психічної дезадаптації, які виникають через зміну цивільного способу життя на воєнний та участь у бойових діях;
- безпосередня участь у бойових діях – потужний стресовий фактор, з яким пов'язаний розвиток психологічного або навіть психопатологічного реагування на стрес;
- травма очей з частковою втратою зору належить до типу ушкоджень, які (й самі по собі, і їхні наслідки) стають важкими стресогенними чинниками, що руйнують спосіб життя постраждалого.

Взаємодія цих трьох основних факторів, їх взаємовплив, формують комплекс психічних проявів соматичної травми.

Зважаючи на те, що витоки та наслідки кожного з проявів є різними, важливість вивчення їх взаємодії не викликає сумнівів. Враховуючи зазначене, на нашу думку, існує нагальна потреба в розробці спеціалізованих високотаргетних підходів до медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій з частковою втратою зору травматичної генези, бо нехтування будь-яким із зазначених чинників психопатогенезу призводить до неефективності реабілітаційної роботи з даним контингентом.

Мета дослідження

Метою даної роботи було вивчення специфіки становлення реагування на чинники соціальної фрустрованості учасників бойових дій з травмою очей та частковою втратою зору, для визначення в подальшому мішеней таргетних медико-психологічних заходів їх реабілітації.

Матеріали і методи дослідження

За умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології протягом 2014–2018 рр. було обстежено 91 учасника бойових дій (УБД). З них 49 – УБД з травмою очей та частковою втратою зору на тлі психологічної дезадаптації; 42 – УБД з явищами психологічної дезадаптації (ПД). Вік обстежених складав 20–53 р. Задля порівняння було залучено 59 чоловіків з частковою втратою зору (ЧВЗ) внаслідок побутової травми, які склали групу порівняння (ГП). Таким чином, у дослідженні взяли участь 150 осіб.

Не залучалися пацієнти з наявністю клінічно окреслених та встановлених офіційно (у лікувальних закладах) діагнозів травм головного мозку, які могли передувати або супроводжувати травму очей. Крім того, не брали участі особи з офіційно встановленими психічними захворюваннями, включаючи алкоголізм, наркотики та токсикоманії.

Усім респондентам було здійснено скринінгове обстеження психічного стану з використанням клінічного діагностичного інтерв'ю – СКІД (SCID – Structured Clinical Interview for DSM) [5], клінічної діагностичної шкали CAPS (Clinical-administered PTSD Scale) [6], опитувальника визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП) [7].

На основі отриманих даних у 91 обстеженого було діагностовано клінічно виражені ознаки психологічної дезадаптації, з них 49 осіб були УБД ЧВЗ, а 42 – просто брали участь у бойових діях. У тих, хто отримав побутову травму, клінічно окреслених ознак психопатології психіатром не було встановлено. Дослідження психічного стану проводилось на 6–7 місяці після оперативного втручання в осіб з травматичним ураженням очей і після завершення участі у бойових діях та демобілізації у комбатантів.

Дані результати були покладені в основу при формуванні груп дослідження. Отже, **було сформовано 3 групи:**

- **основна група (ОГ)** – 49 учасників з травмою очей з частковою втратою зору внаслідок участі у бойових діях з ознаками психологічної дезадаптації;
- **група порівняння 1 (ГП1)** – 42 учасники бойових дій з вираженою психологічною дезадаптацією;

- **група порівняння 2 (ГП2)** – 59 чоловіків з частковою втратою зору внаслідок побутової травми.

Розподіл обстежених на групи дослідження представлено у **табл. 1**.

Таблиця 1

Розподіл обстежених на групи дослідження

Діагноз	Група	Кількість
Травма очей з частковою втратою зору учасників бойових дій з психологічною дезадаптацією	ОГ	49
Учасники бойових дій з психологічною дезадаптацією	ГП1	42
Травма очей з частковою втратою зору (побутового характеру)	ГП2	59

Окрім клініко-діагностичного, учасники проходили психодіагностичне обстеження. Для цього були застосовані: тест фрустраційних реакцій Розенцвейга (дорослий варіант) у модифікації П. В. Тарабріної [8]; методика визначення стресостійкості і соціальної адаптації Холмса–Рейга [9]; тест «Аналіз стиля життя» (Бостонський тест на стресостійкість) [10]. Результати дослідження оброблялись статистичними методами.

Результати дослідження та їх обговорення

Для характеристики реакції обстежуваних на фруструючі обставини проводилось обстеження за тестом фрустраційних реакцій Розенцвейга (дорослий варіант) [8]. Також було проаналізовано різноманітні життєві обставини, які, за думкою пацієнтів, своїм виникненням та існуванням викликали в них стан стресової реакції. Відповідно було проаналізовано параметри стресостійкості учасників та порівняно їх з характером фрустраційних реакцій.

Під час дослідження фрустраційних реакцій в обстежуваних було виявлено наявність значних відмінностей між групами (**табл. 2**). В усіх пацієнтів встановлено достовірно високі (порівняно з нормативними показниками) рівні екстрапунітивного (Е) напрямку реакцій. Рівень частоти, найбільш високий в ОГ, знижувався відповідно ГП1 > ГП2. Тобто зафіксовано реакцію, спрямовану на оточення, коли актуальною для особистості є зовнішня причина фрустрації. Пацієнтами підкреслюється зовнішня причина та важкість фрустраційної ситуації, її самостійність та незалежність від пацієнта. Важливо, що самі хворі часто вимагають розв'язання проблеми від оточуючих.

■ **Інтрапунітивний напрямок реакцій (І)** в усіх групах достовірно значно нижчий нормативного показника при відсутності достовірної різниці між групами. Лише в ГП2 виявлена тенденція до більш високого рівня. Цей напрямок реакції пов'язаний із почуттям провини, сумлінням, докорами совісті. Реакція

Таблиця 2

Характеристика фрустраційних реакцій

Групи дослідження	Категорії						
	Напрямок реакції			Тип реакції			GCR
	E	I	M	O-D	E-D	N-P	
ОГ	83,26±2,03 p***	7,58±1,94 p***	9,16±1,31 p***	8,36±2,15 p***	42,68±2,61	48,96±2,37 p***	30,16
ГП1	72,54±2,45 p*** p ₁ ** p ₂ ***	8,17±1,64 p***	19,29±2,17 p ₁ *** p ₂ **	7,48 1,95 p***	40,73±2,32 p ₂ *	51,79±2,46 p***	46,74±2,37 p ₁ *** p ₂ *
ГП2	59,32±2,28 p*** p ₁ ***	12,64±1,63 p***	28,04±1,94 p ₁ ***	19,08±1,68 p*** p ₁ ** p ₂ ***	32,46±2,06 p ₁ **	48,46±2,25 p***	53,38 p ₁ ***
Нормативні показники	49,00	26,00	24,50	33,00	37,00	28,50	–

Примітки:

Достовірність:

p	–	між ОГ, ГП1, ГП2 і нормативними показниками;
p ₁	–	між ОГ і ГП1, ГП2;
p ₂	–	між ГП1 і ГП2.

Ступінь вірогідності:

*	–	<0,05;
**	–	<0,01;
***	–	<0,001.

спрямована на саму особистість з подальшим звинуваченням себе у виникненні фрустрації, прийняттям на себе провини, а також відповідальності за виправлення становища. Часто особистість вважає ситуацію сприятливою для себе та не обговорює її.

■ **Імпунітивний напрямок реакції (M)** достовірно найбільш низький в учасників ОГ, що свідчить про найменш вірогідний спосіб реагування. Учасники майже ніколи не вважають фруструючу ситуацію чимось незначним без наявності винуватців у її виникненні. Вони не мають надій, що проблема вирішиться сама по собі. У ГП1 напрямок (M) зустрічається достовірно частіше, ніж у ОГ, але рідше, ніж у ГП2. При цьому в ГП2 проявляється тенденція до більш високих показників порівняно з нормативними. Це означає, що психологічна дезадаптація зменшує звинувачувальну спрямованість реагування при пораненні. А у випадку побутової травми фруструюча ситуація розглядається як щось незначне та неминуче, що з часом мине само по собі. І, звичайно, як виправдання, так і звинувачення у виникненні становища відсутні. Зате є наявність спроби уникнути звинувачень себе та оточуючих, сприйняти ситуацію як компроміс (табл. 2).

■ **Перешкоджаюче-домінантний тип фрустраційної реакції (O-D)** достовірно рідше зустрічається в усіх групах порівняно з нормативними показниками. Але у ГП2 його рівень достовірно вище, ніж у інших. Цей тип проявляється фіксацією уваги особистості на переполах, незалежно від їхньої спрямованості і характеристик.

■ **Самозахисний тип реакції (E-D)** достовірно частіше виявлявся в ОГ та ГП1 на тлі

нижчого рівня у ГП2. При цьому в ГП2 простежується тенденція до зменшення нижче норми. Такий тип реагування зводиться до захисту свого «Я», демонструється ворожість до оточення, заперечується або ігнорується провини у виникненні фрустрації.

Потребово-наполегливий тип фрустраційної реакції (N-P) в усіх групах виявлено достовірно частіше, ніж за нормативними показниками. Таке реагування проявляється в постійній потребі знайти конструктивне рішення фруструючої ситуації за допомогою оточуючих або з надією на те, що з часом становище зміниться само собою.

■ **Ступінь соціальної адаптації (GCR)** достовірно найбільш виражений в ГП2 і найменш – в ОГ.

Аналіз фрустраційного реагування тісно переплітається з питаннями стресового стану. Це пов'язано з тим, що фрустраційні чинники досить часто є стресовими. З іншого боку, останні не завжди викликають стан фрустрації. В зв'язку з цим, нами при обстеженні учасників проведено опитування на наявність таких чинників з оцінкою актуальності, значимості кожного від 0 до 6 балів. Групові показники наведені в табл. 3.

В учасників ОГ майже за всіма аналізованими під час опитування параметрами встановлено високий рівень їх присутності в учасників групи та рівень стресової значимості, що свідчить про наявність в учасників високого рівня стресу. Рівні виявлення та їх значимість в групі ОГ майже по всіх показниках вищі, ніж у ГП1. Виключенням були ті фактори, які втратили свою актуальність у зв'язку з одержанням травми очей, але весь спектр факторів зберігався. Це дозволило стверджувати, що явища психо-

Таблиця 3

Суб'єктивні чинники фрустрації в учасників дослідження

Чинники фрустрації	Групи дослідження					
	ОГ		ГП1		ГП2	
	кількість у групі (%)	значимість	кількість у групі (%)	значимість	кількість у групі (%)	значимість
Питання соціального захисту	79,59	5,40	26,19	4,20	23,73	2,40
Фінансові питання	100,00	5,50	100,00	4,60	93,22	4,40
Побутові негаразди	79,59	3,00	54,76	3,70	47,46	1,30
Медичне обслуговування	59,18	5,80	21,43	2,80	23,73	2,10
Ставлення суспільства до особистості	77,55	4,20	88,10	5,20	25,42	1,80
Ставлення влади до особистості	87,76	5,30	90,48	4,10	20,34	1,90
Ставлення друзів до особистості	85,71	3,20	59,52	3,50	37,29	1,60
Взаємини у сім'ї	73,47	4,60	73,81	4,60	45,76	2,80
Взаємини з дружиною	79,59	5,00	64,29	3,80	27,12	2,10
Взаємостосунки з друзями	40,82	2,40	52,38	2,50	18,64	1,40
Робота	89,80	5,60	78,57	5,30	67,80	4,60
Заробітна плата, пенсія	89,80	5,80	88,10	5,10	76,27	4,70
Взаємостосунки зі співробітниками	79,59	3,50	47,62	3,20	20,34	2,10
Відпочинок та вільний час	34,69	2,50	33,33	1,80	16,95	1,60
Відношення з оточуючими	69,39	4,20	78,57	4,60	20,34	1,80
Зв'язки з органами влади, суспільними організаціями	53,06	4,10	69,05	3,70	15,25	2,60
Ставлення до політичного та соціального життя	34,69	3,40	83,33	5,10	18,64	1,80
Перспективи майбутнього в житті особистості	85,71	5,80	23,81	4,90	37,29	4,30
Ставлення до втрати зору	100,00	6,00	–	–	100,00	6,00

логічної дезадаптації – як самостійні прояви, так і на тлі пошкодження очей – зберігалися. Травма посилювала стресову значимість явища психологічної дезадаптації, нівелюючи ті, які у посттравматичний період втратили свою актуальність або відійшли у фонове звучання на тлі погіршення або втрати зору.

На відміну від вказаних груп, учасники ГП2 демонстрували значно меншу кількість аналізованих чинників та низьку їх актуальність. Коло актуальних факторів звужувалося до наслідків травми та подальших змін життєвого шляху. Таким чином, за умови травми очей психологічна дезадаптація залишається, при цьому чітко простежується тенденція до посилення проявів та їх вибірковості у відповідності з наслідками пошкодження. Актуальність її більш виражена, що, скоріше за все, визначається соціальним статусом УБД.

Слід зазначити, що стресовий характер виявлених факторів не завжди відповідав їх фрустраційним властивостям. Тож, рівень стресового стану особистості не завжди є результатом наявності у неї фрустраційних чинників, а фрустрація не завжди призводить до стресового реагування.

Обстеження за рівнем стресостійкості за допомогою тесту «Аналіз стилю життя» (Бостонський тест на стресостійкість) [10] показали високі її рівні в балах у учасників ОГ і ГП1

(ОГ – $68,72 \pm 3,51$; ГП1 – $59,31 \pm 3,07$). Це свідчить про наявність великої вразливості до стресу, особливо серед учасників з травмою очей. За умови побутової травми стресостійкість значно вища (ГП2 – $36,84 \pm 3,16$). Тож, можна стверджувати, що психологічна дезадаптація значно знижує стресостійкість, а травма очей посилює цей процес.

Порівняно з показниками стресостійкості і соціальної адаптації Холмса–Page [9] було виявлено деякі особливості. Так, у ОГ та ГП1 стресостійкість виявилася значно більшою, ніж можна було очікувати. В учасників ОГ вона склала $261,00 \pm 12,00$ балів, а в ГП1 – $186,00 \pm 10,00$. У той же час учасники ГП2 показали $235,00 \pm 13,00$. Ці розбіжності пояснюються змістовним наповненням проведеного тесту, коли суть запитання досить віддалена від дійсного стану оточення особистості та подій з його участю. Відповідно учасники ГП2 знаходились в адекватних обставинах, тож і результати відповідали стану опитуваного.

Аналіз суб'єктивних факторів фрустрації та стресу пацієнтів показав, що в учасників бойових дій за умови явищ психологічної дезадаптації кількість та актуальність цих факторів значно більші, ніж випадку побутового характеру травми. Ті фактори, що були актуальні для учасників бойових дій, не є значимими для мирних жителів. Вірогідно, це пов'язано з тим, що учас-

ники бойових дій, стикаючись з новими гранями та сферами буття і засвоюючи нові життєві принципи та стереотипи, в процесі реадаптації формують нові риси характеру, які змінюють їх сприйняття оточення та життєві цінності.

За наявності досить значної травми з частковою втратою зору, явища дезадаптації зберігаються та доповнюються новими проявами відповідно до травми. Порівняно з побутовим характером ушкодження, їх кількість та спектр значно менші. Слід зазначити, що взаємодія стресу (II рівень психологічного захисту за Розенцвейгом) та фрустрацією (III рівень) на рівні чинників, скоріше за все, залежить від оточення особистості та життєвих обставин.

Характер фрустраційного реагування у комбатантів чітко демонстрував екстрапунітивний тип спрямованості, який посилювався травмою очей. Вірогідно, це пов'язане з більш широким набором варіантів оцінки можливостей та потреб особистості при явищах дезадаптації в умовах бойових дій та мирного життя.

Потребово-наполегливий тип реагування на фрустрацію у комбатантів, особливо за наявності бойової травми очей, має декілька причин. Явища дезадаптації призводять до спроби особистості відійти від участі у розв'язанні фрустраційних обставин (можливості, досвід, компетентність). Крім того, постійна напруга, посилена проявами і наслідками травми, призводить до виснаження особистості та схильності до депресивного реагування. На формування реагування такого типу впливає й громадська роль захисника, який постраждав. Таким чином, психологічна дезадаптація не тільки є фоном для розвитку реакції особистості на травму, але й модифікує її відповідно до обставин життя – як особистого, так і оточуючих, а також суспільства в цілому.

Відповідно до проведених досліджень рівень стресостійкості у комбатантів досить суперечливий. Вірогідно, це пов'язане з формулюванням питань тестів та з обставинами, в яких знаходились учасники. З іншого боку, важливими є фактори психологічного захисту особистості, які спроможні дезактуалізувати фрустраційні збудники відповідно їх актуальності та адаптувати до стресу залежно від життєвих обставин. Це стає очевидним за умови виникнення травми, наявність якої значно змінює акценти та актуальність цих чинників.

Досліджені питання фрустрації та особливості реагування особистості є вкрай важливими та значимими для розуміння витоків та механізмів формування розладів, визначення мішеней та способів корекції порушень, а також розробки і проведення психокорекційних заходів.

Висновки

1. В учасників бойових дій з бойовою травмою очей та частковою втратою зону на тлі психологічної дезадаптації серед фрустраційних реакцій переважають екстрапунітивний напрямок та потребово-наполегливий (N–P) тип реагування.

2. Ступінь соціальної адаптивності (GCR) найбільшою мірою порушений в комбатантів з бойовою травмою очей та частковою втратою зону на тлі психологічної дезадаптації, а менш за все – при травмі очей побутового характеру, що підтверджують дані тесту соціальної адаптації Холмса–Раге.

3. Способи фрустраційного реагування в учасників бойових дій при психологічній адаптації без травми очей зберігають свої особливості при поєднанні з бойовою травмою очей.

4. Суб'єктивні чинники фрустрації та стресу за кількістю, змістом та актуальністю залежать від обставин та життєвого оточення особистості.

Література

1. Жупан Б. Б. Удосконалення організації спеціалізованої офтальмологічної допомоги в ході медичного забезпечення антитерористичної операції / Б. Б. Жупан // Проблеми військової охорони здоров'я. – 2016. – Вип. 47. – С. 11–15.
2. Жупан Б. Б. Спеціалізована офтальмологічна допомога військовослужбовцям в умовах єдиного медичного простору / Б. Б. Жупан // Екстренна медицина. – 2017. – № 3 (24). – URL: <http://emergency.in.ua/2017-numbers/24-2017/565-n24s4>
3. Абдряхімова Ц. Б. Порівняльний аналіз наявності і вираженості основних клініко-психопатологічних феноменів неспсихотичних психічних розладів у осіб зі втратою зору травматичного генезу за даними суб'єктивної і об'єктивної оцінки / Ц. Б. Абдряхімова // Укр. вісн. психоневрології. – 2013. – Т. 21, вип. 1 (74). – С. 34–39.
4. Абдряхімова Ц. Б. Обґрунтування засад та підходів до надання комплексної спеціалізованої допомоги особам з неспсихотичними психічними розладами внаслідок часткової втрати зору травматичного генезу / Ц. Б. Абдряхімова // Укр. вісн. психоневрології. – 2014. – Т. 22, вип. 3 (80). – С. 158–163.
5. Малкіна-Пих І. Г. Психологічна допомога в кризових ситуаціях / І. Г. Малкіна-Пих. – М.: Изд-во Эксмо. 2005. – 960 с.
6. Тарабрина Н. В. Практикум з психології посттравматичного стресу / Н. В. Тарабрина. – СПб.: Пітер, 2001. – 272 с.
7. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: метод. посіб. / Н. А. Агаєв, О. М. Кокун, І. О. Пішко [та ін.]. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – С. 208–225.
8. Тест Розенцвейга. Методика рисуночної фрустрації (модифікація Н. В. Тарабриной) / Диагностика емоціонально-нравственного развития: ред. и сост. И. Б. Дерманова. – СПб., 2002. – С. 150–172.
9. Райгородский Д. Я. Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Т. Холмса и Р. Райха / Д. Я. Райгородский // Практическая психодиагностика. – Самара: Бахрам, 2000. – 672 с.
10. Щербатых Ю. В. Психология стресса / Ю. В. Щербатых. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 304 с.

УДК: 616.895.4-02:616.1]-071

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ІПОХОНДРИЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ



І. С. Дьома



В. Л. Підлубний

© Дьома Інна Станіславівна (Україна) – ст. лаборант кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету, пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035; e-mail: innadema@gmail.com; ORCID: 0000-0003-1230-8443.

© Inna Dema (Ukraine) – senior laboratory assistant of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology of Zaporizhzhia State Medical University, 26 Mayakovsky avenue, Zaporizhzhia, 69035; e-mail: innadema@gmail.com; ORCID: 0000-0003-1230-8443.

© Дьома Інна Станіславівна (Україна) – ст. лаборант кафедри психіатрії, психотерапії, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии Запорожского государственного медицинского университета, пр. Маяковського, 26, г. Запорожье, 69035; e-mail: innadema@gmail.com; ORCID: 0000-0003-1230-8443.

© Підлубний Віталій Леонідович (Україна) – д.м.н. доцент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету, пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035; e-mail: pvl5473@gmail.com; ORCID: 0000-0001-9371-9855.

© Vitaliy Pidlubnyy (Ukraine) – MD, PhD in Medicine (doctor of medical sciences); Associate Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology of Zaporizhzhia State Medical University, 26 Mayakovsky avenue, Zaporizhzhia, 69035; e-mail: pvl5473@gmail.com; ORCID: 0000-0001-9371-9855.

© Подлубный Виталий Леонидович (Україна) – д.м.н. доцент кафедри психіатрії, психотерапії, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии Запорожского государственного медицинского университета, пр. Маяковського, 26, г. Запорожье, 69035; e-mail: pvl5473@gmail.com; ORCID: 0000-0001-9371-9855.

№ 9, 2018, стор. 78–81

CLINICAL AND ANAMNEST FEATURES OF PATIENTS WITH SERIOUS DISEASES WITH DIFFERENT TYPES OF IPOCHONDRIC SYMPTOMATICS

Abstract.

In order to establish a link between clinical and anamnestic factors and types of hypochondriacal disorders in patients with cardiac pathology who had cardiovascular accidents, 100 patients of the cardiology department were examined. The nosological qualification of the examined patients was based on the presence of cardiovascular pathology (hypertension, coronary heart disease, atherosclerosis) with “vascular catastrophes” (myocardial infarction, pulmonary thromboembolism) and manifestations of hypochondria symptomatology. When carrying out the work, the following research methods were used: - clinical and anamnestic (for studying the history of life and illness, for the reconstruction and analysis of the psychopathogenesis of hypochondriacal symptomatology); - clinical and psychopathological (for identification of psychopathological characteristics of hypochondria symptoms at the clinical level and for analyzing the characteristics of the course of psychopathological disorders); - psychodiagnostic (to establish the levels and structure of the manifestations of hypochondria symptoms in the study cohort, as well as to determine the pathopersonological characteristics of patients, the characteristics of the internal picture of the disease, the spectrum of reactions to psychogenic factors in the structure of the disease). The study participants were examined using the original questionnaire, which, according to the registered manifestations, allowed us to determine 2 principal types of hypochondria - primary and secondary. According to the results of the study, it was found that among patients with primary hypochondria there is a significantly greater experience of visual observation of acute cardiogenic conditions or their consequences; It also notes a high frequency of diagnostics of cardiovascular diseases in direct connection with cardiogenic catastrophes. At the same time, patients with secondary hypochondria often have a rich life experience with diagnosed cardiovascular pathology and a high incidence of pressure from family members who have hypochondriacal ideas (initiate examination of the patient and limit his physical activity).

Key words:

hypochondria, medical psychology, hypertension, coronary heart disease, stroke.

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ИПОХОНДРИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ

Аннотация.

С целью установления связи между клинико-анамнестическими факторами и типами ипохондрических нарушений у больных с кардиологической патологией, перенесших кардиоваскулярные заболевания, было обследовано 100 больных кардиологического отделения. Нозологический ценз обследованных основывался на наличии у них кардиоваскулярной патологии (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, атеросклероз) с перенесенными «сосудистыми заболеваниями» (инфаркт миокарда, тромбоз легочной артерии) и проявлениями ипохондрической симптоматики. Использовались следующие

методы исследования: клинко-анамнестический (для изучения истории жизни и болезни, для реконструкции и анализа психопатогенеза ипохондрической симптоматики); клинко-психопатологический (для идентификации психопатологических характеристик ипохондрической симптоматики на клиническом уровне и для анализа особенностей течения психопатологических нарушений); психодиагностические (для установления уровней и структуры проявлений ипохондрической симптоматики среди контингента исследования, а также для определения их патоперсоналогических характеристик, особенностей внутренней картины болезни, спектра реакций на психогенные факторы в структуре заболевания). Участники исследования были обследованы с использованием оригинального опросника, что согласно с зарегистрированными проявлениями позволило определить 2 принципиальных типа ипохондрии – первичную и вторичную. По результатам исследования выявлено, что среди пациентов с первичной ипохондрией имеется достоверно больший опыт наглядного наблюдения острых кардиогенносинкопальных состояний или их последствий; также отмечается большая частота диагностики сердечно-сосудистых заболеваний в непосредственной связи с кардиогенными заболеваниями. В то же время больные с вторичной ипохондрией чаще имеют богатый опыт жизни с диагностированной сердечно-сосудистой патологией и высокую частоту проявлений давления со стороны членов семьи, имеющих ипохондрические представления (инициируют обследование больного и лимитируют его физическую активность).

Ключевые слова: ипохондрия, медицинская психология, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, инсульт.

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ІПОХОНДРИЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ

Анотація.

З метою встановлення зв'язку між клініко-анамнестичними факторами і типами іпохондричних порушень у хворих з кардіологічною патологією, які перенесли кардіоваскулярні захворювання, було обстежено 100 хворих кардіологічного відділення. Нозологічний ценз обстежених ґрунтувався на наявності у них кардіоваскулярної патології (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, атеросклероз) з перенесеними «судинними захворюваннями» (інфаркт міокарда, тромбоемболія легеневої артерії) і проявами іпохондричної симптоматики. Використовувалися наступні методи дослідження: клініко-анамнестичні (для вивчення історії життя та хвороби, для реконструкції та аналізу психопатогенезу іпохондричної симптоматики); клініко-психопатологічний (для ідентифікації психопатологічних характеристик іпохондричної симптоматики на клінічному рівні і для аналізу особливостей перебігу психопатологічних порушень); психодіагностичні (для встановлення рівнів і структури проявів іпохондричної симптоматики серед контингенту дослідження, а також для визначення їхніх патоперсоналогічних характеристик, особливостей внутрішньої картини хвороби, спектра реакцій на психогенні чинники в структурі захворювання). Учасники дослідження були обстежені з використанням оригінального опитувальника, що згідно із зареєстрованими проявами дозволило визначити 2 основні типи іпохондрії – первинну і вторинну. За результатами дослідження виявлено, що серед пацієнтів з первинною тугою є достовірно більший досвід наочного спостереження гострих кардіогенносинкопальних станів або їх наслідків; також відзначається велика частота діагностики серцево-судинних захворювань в безпосередньому зв'язку з кардіогенною патологією. У той же час хворі з вторинною тугою частіше мають багатий досвід життя з діагностованою серцево-судинною патологією і високу частоту проявів тиску з боку членів сім'ї, що мають іпохондричні уявлення (ініціюють обстеження хворого і лімітують його фізичну активність).

Ключові слова: іпохондрія, медична психологія, гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, інсульт.

Вступ

Іпохондрична симптоматика є однією з найрозповсюдженіших форм психопатологічних порушень у хворих, які перенесли кардіоваскулярні катастрофи (КвК). Не зважаючи на те, що даний тип симптоматики не відіграє істотної ролі у формуванні вітального прогнозу, іпохондрія має вирішальне значення у становленні рівня якості життя хворих після виходу з гострого стану [1–3]. Так, іпохондрична симптоматика призводить до формування кластеру вторинних невротичних феноменів (фобічних, тривожних та психосоціальних розладів), що у кінцевому підсумку драматично лімітує соціальну активність та ефективність допінгу [4; 5]. Наразі патопсихологічне уявлення щодо механізмів розвитку іпохондрії та її співвідношення з соматичною патологією не є розвинутим та, згідно з тенденціями дисциплінарної методології психіатрії та клінічної психології (нозодисолюції та синдромоцентризму), не

є істотним [6; 7]. Це призводить до того, що пацієнти з іпохондричними розладами опиняються поза увагою психіатрів та медичних психологів.

В силу особливостей організації медичної допомоги систематично ігнорується необхідність психологічної корекції даної категорії пацієнтів. Це зумовлено припущенням, що нібито розвиток іпохондричної симптоматики на тлі соматичного захворювання є реактивним станом, який спонтанно купується при нівелюванні основної патології. Такий підхід призводить до втрати контролю за базовими аспектами реабілітації хворих, що перенесли КвК, – соціальною активністю та загальною якістю життя [8–10].

Мета дослідження

Метою дослідження є встановлення зв'язку клініко-анамнестичних факторів та типів іпохондричних порушень у хворих на кардіологічну патологію, які перенесли КвК.

Таблиця 1

Атрибути первинної та вторинної іпохондричної симптоматики

Атрибут	Г1 (n=48)	Г2 (n=52)
Зв'язок із фізичними симптомами	початок прояву іпохондричних уявлень у безпосередньому зв'язку з фізичними симптомами захворювання та у хронологічній відповідності з його проявами або їх наявність ще до початку розвитку захворювання із подальшим набуттям клінічної інтенсивності	поява іпохондричних проявів відстрочена відносно кризового стану у структурі захворювання (кардіоваскулярної катастрофи) або не залежить від фактичних проявів захворювання
Наявність зовнішнього впливу	розвиток іпохондричних уявлень без адекватного зовнішнього впливу, на основі власних уявлень щодо проявів та ризиків у структурі кардіологічного захворювання	розвиток іпохондричних уявлень на основі зовнішнього впливу – ятрогенного (через надлишкову імперативність медичних рекомендацій), індукованого (через імперативи регуляції поведінки та сприйняття хворого особами, які його оточують)
Характер сприйняття проявів іпохондрії	егосинтонний характер, відсутність достатнього рівня критичного осмислення проявів, сприйняття іпохондрії як природного компоненту захворювання	егодистонний характер, наявність критичного осмислення проявів, сприйняття іпохондрії як психічної патології
Трансформація поведінки	аутогенна трансформація поведінки відповідна до фабули іпохондричних розладів (ірраціональне уникнення фізичних або емоційних навантажень, необхідність мати постійний доступ до медичної допомоги, агорафобічна аутоізоляція)	зовнішньо-мотивована трансформація поведінки, що сприймається хворим як небажана (диктується страхом перед наслідками порушення рекомендацій або є умовою, яка виходить з імперативів членів сім'ї)

Матеріали і методи дослідження

Проводиться проспективне клініко-психологічне дослідження 100 хворих, що проходять лікування на базі Запорізького обласного кардіологічного диспансеру. Нозологічний ценз засновується на наявності кардіоваскулярної патології (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, атеросклероз) із перенесеними «судинними катастрофами» (інфаркт міокарда, тромбоемболія легеневої артерії) та проявами іпохондричної симптоматики. Формування контингенту дослідження проходить методом суцільної вибірки.

Під час роботи використовувалися такі методи дослідження:

- клініко-анамнестичний – для дослідження історії життя та хвороби, для реконструкції та аналізу психопатогенезу іпохондричної симптоматики;

- клініко-психопатологічний – для ідентифікації психопатологічних характеристик іпохондричної симптоматики на клінічному рівні; для аналізу особливостей перебігу психопатологічних порушень;

- психодіагностичний – для встановлення рівнів та структури проявів іпохондричної симптоматики у контингенті дослідження, а також для визначення патоперсонологічних характеристик пацієнтів, особливостей внутрішньої картини хвороби, спектра реакцій на психогенні фактори у структурі захворювання.

Учасники дослідження були обстежені з використанням оригінального опитувальника, що згідно із зареєстрованими проявами дозволило визначити 2 принципових типи іпохондрії – первинну і вторинну. Відповідно до цього усіх пацієнтів було розподілено на 2 групи: до групи 1 (Г1) увійшли хворі з первинною іпохондрією; до групи 2 (Г2) – з вторинною.

Атрибути відповідних станів – у **табл. 1**.

Результати дослідження та їх обговорення

Задля детального аналізу ролі клініко-анамнестичних характеристик хворих у розвит-

ку іпохондричної симптоматики було розроблено кластерну систематику анамнестичних факторів. У їх структурі виділено кілька кластерів.

■ **Кластер анамнестичної психотравматизації:** об'єднує особливості травматичного досвіду особистості, який має гіпотетичне значення у ампліфікації (потенціюванні) аномалій сприйняття захворювання/блокуванні механізмів редукації ірраціональних ідей (**табл. 2**).

Таблиця 2

Якісні показники х анамнестичної психотравматизації

Анамнестичний фактор	Г1 (n=48) +	p(χ ²)	Г2 (n=52) +
Раптова смерть родича першої лінії від КвК	22	<0,01	7
Смерть родича першої лінії від наслідків КвК	38	<0,01	19
Догляд за родичем першої лінії у періоді після КвК	29	<0,01	8
Досвід прямого спостереження розвитку КвК	10	<0,01	1

Примітки:

p(χ²) – достовірність статистичних відмінностей, визначена методом хі-квадрат;

+ – маркер наявності ознаки.

■ **Кластер структури захворювання:** об'єднує особливості перебігу захворювання, що гіпотетично можуть призводити до ірраціонально (гіперболізовано) негативного сприйняття захворювання/механізмів редукації ірраціональних ідей (**табл. 3**).

■ **Кластер сімейної конотації:** об'єднує особливості сімейних, трудових та інших спеціфічних соціальних умов, що мають гіпотетичне значення у ампліфікації (потенціюванні) аномалій сприйняття захворювання/блокуванні механізмів редукації ірраціональних ідей (**табл. 4**).

Встановлено, що особи з різними типами іпохондричних проявів мають відмінності у клініко-анамнестичних показниках. Найбільші розбіжності зареєстровано у кластері показників анамнестичної психотравматизації. Усі

Таблиця 3
Якісні показники характеристик кластеру структури захворювання

Анамнестичний фактор	Г1 (n=48)	p(χ ²)	Г2 (n=52)
	+		+
Наявність кардіологічної патології з молодого віку	12	<0,01	31
КвК було раптовим та не мало попередніх ознак	36	0,82	40
Діагностика захворювання одночасно з КвК	34	<0,01	16
Наявність спонтанних кризових станів у структурі захворювання	31	0,03	22

Примітки:

p(χ²) – достовірність статистичних відмінностей, визначена методом хі-квадрат;
+ – маркер наявності ознаки.

хворі Г1 достовірно частіше стикалися із раптовою смертю осіб із сімейного оточення від КвК, мали досвід наочного спостереження за серцевим нападом чи доглядали за особою у періоді реабілітації після КвК. Також ця група хворих демонструє більше випадків смерті родичів від серцево-судинних захворювань.

Також встановлено, що в Г1 має місце достовірно менша кількість випадків тривало існуючої серцево-судинної патології та достовірно більша кількість випадків, коли така патологія діагностувалася лише після гострого кардіогенного стану. Кількість випадків, коли КвК виникала раптово та не мала попередніх ознак, у групах дослідження не відрізнялася; також не було знайдено різниці за критерієм наявності кризових станів у структурі захворювання.

Встановлено різницю за анамнестичним кластером сімейної конотації. Так, пацієнти Г2 достовірно частіше декларують, що члени їхніх сімей мають іпохондричні уявлення, ініціюють обстеження хворого та лімітують його фізичну активність.

Висновки

У ході дослідження було проведено порівняння клініко-анамнестичних показників осіб із первинною (спонтанною) та вторинною (індукованою) іпохондрією, пов'язаною із КвК.

Таблиця 4
Якісні показники характеристик кластеру сімейної конотації

Анамнестичний фактор	Г1 (n=48)	p(χ ²)	Г2 (n=52)
	+		+
Члени сім'ї хворіють на аналогічні захворювання	41	0,25	33
Члени сім'ї демонструють іпохондричні уявлення	2	<0,01	10
Члени сім'ї ініціюють обстеження та лікування хворого	11	<0,01	39
Члени сім'ї лімітують фізичну активність хворого	6	<0,01	24

Примітки:

p(χ²) – достовірність статистичних відмінностей, визначена методом хі-квадрат;
+ – маркер наявності ознаки.

Порівняння проводилося за 12 факторами у складі 3 кластерів (анамнестичної психотравматизації, структури захворювання та сімейної конотації). Встановлено, що:

а) особи із первинною іпохондрією (Г1) мають достовірно більший досвід наочного спостереження гострих кардіогенних станів або їх наслідків, що веде до їх сенсibilізації, яка виступає фактором ризику відносно формування спонтанних іпохондричних уявлень;

б) особи із первинною іпохондрією (Г1) мають достовірно більшу частоту діагностики серцево-судинних захворювань у безпосередньому зв'язку з КвК, тоді як пацієнти з вторинною іпохондрією (Г2) частіше мають багатий досвід життя з серцево-судинною патологією;

в) особи з вторинною іпохондрією (Г2) мають достовірно вищу частоту проявів тиску зі сторони членів сім'ї, що мають іпохондричні уявлення, ініціюють обстеження хворого та лімітують його фізичну активність.

Усе це дозволяє говорити про велике значення анамнестичних факторів у формуванні типу іпохондричних симптомів, що пов'язані із серцево-судинною патологією та КвК. Отримані дані здаються перспективними та потребують подальшого, більш детального розгляду в контексті персоніологічних особливостей хворих.

Література

1. Гарганеева Н. П. Основные симптомокомплексы и условия формирования невротических и аффективных расстройств у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Н. П. Гарганеева, М. Ф. Белокрылова // Сибирский мед. журн. – 2009. – № 24 (4–2). – С. 11–17.
2. Caffo L. Hypochondria, or, the awareness of death that goes against the cure. Commentary / L. Caffo // Ann Ist Super Sanita. – 2016. – № 52 (1). – P. 4–5.
3. Hanly C. Narcissism, hypochondria and the problem of alternative theories / C. Hanly // International J. of Psychoanalysis. – 2011. – № 92 (3). – P. 593–608.
4. Ипохондрические состояния и соматоформные расстройства / В. Г. Косенко, Г. Т. Красильников, Н. А. Косенко [и др.] // Психическое здоровье. – 2013. – № 11. – С. 44–50.
5. Stathopoulos G. Hypochondria: a review of its place in psychoanalytic theory / G. Stathopoulos // Psychoanalytic Quarterly. – 2017. – № 86 (2). – P. 359–381.
6. Медведев В. Э. Профилактика и терапия психопатологических расстройств у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями / В. Э. Медведев // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2012. – № (3). – С. 54–59.
7. Николаев Е. Л. Особенности психической дезадаптации при сердечно-сосудистых заболеваниях / Е. Л. Николаев, Е. Ю. Лазарева // Вестн. Чувашского университета. – 2013. – № 4. – С. 209–212.
8. Березанцев А. Ю. Соматопсихические и психосоматические расстройства: вопросы систематики и синдромологии (часть 2) / А. Ю. Березанцев // Рос. психиатрический журн. – 2011. – № 4. – С. 10–15.
9. Иванец Н. Н. Ипохондрическая симптоматика поздних депрессий: связь содержания ипохондрии с соматическим состоянием больных / Н. Н. Иванец, Т. И. Авдеева, М. А. Кинкулькина // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – № 8. – С. 10–18.
10. Nissen B. Hypochondria as an actual neurosis / B. Nissen // International J. of Psychoanalysis. – 2018. – Vol. 99, № 1. – P. 103–124.

УДК: 616.895.4+616.891+616.892:616.89-02-058

ПСИХОСОЦІАЛЬНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ У ЖІНОК З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ РІЗНОЇ ГЕНЕЗИ: ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ, ВИРАЖЕНОСТІ І СТРУКТУРИ



Р. І. Ісаков

© **Ісаков Рустам Ісроїлович** (Україна) – к.мед.н., доцент, кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», вул. Медична, 1, м. Полтава, 36013; e-mail: drrust@bigmir.net; ORCID: 0000-0001-9127-2930.

© **Rustam Isakov** (Ukraine) – PhD in Medicine, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Ukrainian Medical Stomatological Academy (Poltava); 1 Medychna street, Poltava, 36013; e-mail: drrust@bigmir.net; ORCID: 0000-0001-9127-2930.

© **Ісаков Рустам Ісроїлович** (Україна) – к.мед.н., доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВГУЗ України «Українська медична стоматологічна академія», вул. Медична, 1, г. Полтава, 36013; e-mail: drrust@bigmir.net; ORCID: 0000-0001-9127-2930.

№ 9, 2018, стор. 82–92

PSYCHOSOCIAL DEZADAPTATION IN WOMEN WITH DEPRESSIVE DISORDERS OF DIFFERENT GENESIS: PECULIARITIES OF DIAGNOSTICS, DISEASES AND STRUCTURE

Abstract.

To create a diagnostic tool for measuring psychosocial maladjustment and its testing both on mentally healthy and on people with mental disorders, in particular, one of the most sensitive to this phenomenon group of women with depressive disorders of different genesis we examined 252 women who were diagnosed with a depressive disorder. The study included 94 people with depressive disorder of psychogenic genesis (prolonged depressive reaction due to adaptation disorder: F43.21 by ICD-10), 83 women with endogenous depression (depressive episode: F32.0, F32.1, F32.2, F32.3 for ICD-10; recurrent depressive disorder: F33.0, F33.1, F33.2, F33.3 for ICD-10; bipolar affective disorder, current episode of depression: F31.3, F31.4, F31.5 for ICD-10) and 75 patients with a depressive disorder of organic genesis (organic affective disorders: F06.3 for ICD-10). The comparison group consisted of 150 mentally healthy women without a psychiatric history. The study was conducted using clinical, psychopathological and psychodiagnostic methods. In order to identify and quantify the degree of psychosocial maladjustment based on a comprehensive analysis of data on the characteristics of functioning in various fields, we have developed an original psychodiagnostic scale that allows you to isolate and evaluate key areas of psychosocial maladjustment. The scale is suitable for use in clinical practice and covers three main clusters of psychosocial functioning: macrosocial (provides for the assessment of socio-economic and socio-information maladaptation); mesosocial (provides an assessment of socio-professional and interpersonal maladjustment); microsial (provides for an assessment of family and parent maladaptation). An assessment of the state of psychosocial maladjustment according to a survey of 252 patients with psychogenic, endogenous and organic depressive disorders allowed to establish that the severity of maladjustment in all 6 areas of patients with depressive disorders of organic genesis is heavy, endogenous - moderate, and psychogenic - light. The revealed patterns are important for the planning of psychoprophylactic and psychocorrectional measures in patients with depressive disorders of various origins.

Key words:

psychosocial maladaptation, psychosocial maladjustment scale, depressive disorders.

ПСИХОСОЦІАЛЬНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ У ЖЕНЩИН С ДЕПРЕСИВНИМИ РАСТРОЙСТВАМИ РІЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗИ: ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ, ВИРАЖЕНОСТІ І СТРУКТУРИ.

Аннотация.

Для создания диагностического инструмента измерения психосоциальной дезадаптации и его апробации как на психически здоровых, так и на лицах с нарушением психической сферы, в частности, на одном из наиболее чувствительных к данному явлению контингенте женщин с депрессивными расстройствами различного генезиса нами было обследовано 252 женщины, которым был установлен диагноз депрессивного расстройства. В исследование были включены 94 человека с депрессивным расстройством психогенного генезиса (продолжительная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации: F43.21 по МКБ-10), 83 женщины с эндогенной депрессией (депрессивный эпизод: F32.0, F32.1, F32.2, F32.3 по МКБ-10; рекуррентное депрессивное расстройство: F33.0, F33.1, F33.2, F33.3 по МКБ-10; биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод депрессии: F31.3, F31.4, F31.5 по МКБ-10) и 75 пациенток с депрессивным расстройством органического генезиса (органические аффективные расстройства: F06.3 по МКБ-10). Группу сравнения составили 150 психически здоровых женщин без психиатрического анамнеза. Исследование проводилось с использованием клинико-психопатологического и психодиагностического методов. С целью идентификации и количественной оценки степени психосоциальной дезадаптации на основе комплекс-

ного аналізу даних об особливостях функціонування в різних сферах, нами розроблена оригінальна психодіагностическа шкала, що дозволяє виділити і оцінити ключові напрямки психосоціальної дезадаптації. Шкала придатна для використання в клінічній практиці і охоплює три основні кластери психосоціального функціонування: макросоціальний (передбачає оцінку соціально-економічної і соціально-інформаційної дезадаптації); мезосоціальний (передбачає оцінку соціально-професійної і міжособистісної дезадаптації); мікросоціальний (передбачає оцінку сімейної та батьківської дезадаптації). Оцінка стану психосоціальної дезадаптації по даним обстеження 252 хворих депресивними розладами психогенного, ендогенного і органічного характеру дозволила встановити, що тяжкість дезадаптації по всім 6 сферам у хворих депресивними розладами органічного генезу є важкою, ендогенного – середньою, а психогенного – легкою. Виявлені закономірності мають важливе значення для планування психопрофілактичних і психокорекційних заходів у хворих депресивними розладами різного генезу.

Ключові слова: психосоціальна дезадаптація, шкала психосоціальної дезадаптації, депресивні розлади.

ПСИХОСОЦІАЛЬНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ У ЖІНОК З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ: ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ, ВИРАЖЕНОСТІ І СТРУКТУРИ

Анотація.

Для створення діагностичного інструменту виміру психосоціальної дезадаптації і його апробації як на психічно здорових, так і на особах з порушенням психіки, зокрема, на одному з найбільш чутливих до даного явища контингенті жінок з депресивними розладами різного генезу нами було обстежено 252 жінки, яким було встановлено діагноз депресивного розладу. У дослідження були включені 94 людини з депресивним розладом психогенного генезу (продовжена депресивна реакція, обумовлена розладом адаптації: F43.21 за МКХ-10), 83 жінки з ендогенною депресією (депресивний епізод: F32.0, F32.1, F32.2, F32.3 за МКХ-10; рекурентно депресивний розлад: F33.0, F33.1, F33.2, F33.3 за МКХ-10; біполярний афективний розлад, поточний епізод депресії: F31.3, F31.4, F31.5 за МКХ-10) і 75 пацієнок з депресивним розладом органічного генезу (органічні афективні розлади: F06.3 за МКХ-10). Групу порівняння склали 150 психічно здорових жінок без психіатричного анамнезу. Дослідження проводилося з використанням клініко-психопатологічного та психодіагностичного методів. З метою ідентифікації та кількісної оцінки ступеня психосоціальної дезадаптації на основі комплексного аналізу даних про особливості функціонування в різних сферах, нами розроблена оригінальна психодіагностична шкала, що дозволяє виділити і оцінити ключові напрямки психосоціальної дезадаптації. Шкала придатна для використання в клінічній практиці і охоплює три основні кластери психосоціального функціонування: макросоціальний (передбачає оцінку соціально-економічної та соціально-інформаційної дезадаптації); мезосоціальний (передбачає оцінку соціально-професійної та міжособистісної дезадаптації); мікросоціальний (передбачає оцінку сімейної та батьківської дезадаптації). Оцінка стану психосоціальної дезадаптації за даними обстеження 252 хворих депресивними розладами психогенного, ендогенного та органічного характеру дозволила встановити, що тяжкість дезадаптації за всіма 6 сферами у хворих депресивними розладами органічного генезу є важкою, ендогенного – середньою, а психогенного – легкою. Виявлені закономірності мають важливе значення для планування психопрофілактичних і психокорекційних заходів у хворих депресивними розладами різного генезу.

Ключові слова: психосоціальна дезадаптація, шкала психосоціальної дезадаптації, депресивні розлади.

Вступ

З точки зору системного підходу психічна адаптація розуміється як цілісна багатовимірна і самокерована функціональна система, спрямована на підтримання сталої взаємодії індивіда з навколишнім середовищем і ставлення до самого себе [1]. Така теоретична системна модель психічної адаптації передбачає аналіз взаємозв'язків біологічних (фізіологічних), психологічних (індивідуально-особистісних) і соціальних (особистісно-середовищних) її компонентів, кожен з яких, відрізняючись своєрідністю і неповторністю, робить свій внесок у загальний адаптаційний механізм [2].

Дезадаптація – порушення пристосування організму та психіки людини до змін навколишнього середовища, що проявляється неа-

декватними характеру подразників психічними і фізіологічними реакціями [1].

Соціальна дезадаптація – термін, що в найзагальнішому вигляді характеризує порушення процесів взаємодії людини із навколишнім середовищем, при цьому йдеться про розлад процесу соціального розвитку індивіда, коли є зміни як функціональної, так і змістовної сторони соціалізації. По суті справи ми говоримо про соціальну недостатність людини, неспроможність виконувати звичайну для власного статусу роль у суспільстві, яка виникає через обмеження функціональності. Це може призводити до втрати здатності до самостійного існування, встановлення соціальних зв'язків, залежності від допомоги інших осіб, порушення професійної діяльності [3].

Психосоціальна дезадаптація – самостійне явище, яке може бути як предиктором психічної патології, так і її наслідком, і в саме в цьому контексті вона викликає закономірний інтерес у дослідників, що працюють в сфері охорони психічного здоров'я [4].

Особливу зацікавленість викликає дослідження процесів психосоціальної дезадаптації у хворих на депресивні розлади, бо отримані на сьогодні дані про різноманітні аспекти даної проблематики свідчать про те, що при депресивних розладах суттєво страждають якість життя і рівень соціального функціонування пацієнтів, що реалізується через порушення психосоціальної адаптації [5–7]. Однак загально визнаного інструменту виміру наявності та вираженості психосоціальної дезадаптації на теперішній час не існує, хоча в літературі зустрічається інформація про спроби розробки такого інструментарію [8–10].

Мета дослідження

Враховуючи вищенаведене, метою даної роботи було створення діагностичного інструменту виміру психосоціальної дезадаптації та його апробація як на психічно здорових, так і на особах з порушенням психічної сфери, зокрема, на одному з найсенситивніших до даного явища контингенті жінок з депресивними розладами різної генези.

Матеріали і методи дослідження

В основу роботи було покладено результати дисертаційного дослідження, що здійснювалося на базі кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Полтавського обласного психоневрологічного диспансеру, Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні імені О.Ф.Мальцева (відділення неврозів та межових станів, відділення 4, 5А та 5Б). Нами було обстежено 252 жінки, яким, відповідно до чинних нормативних документів, було встановлено діагноз депресивного розладу.

Згідно дизайну роботи, в дослідження було включено 94 особи з депресивним розладом психогенної генези (продовжена депресивна реакція, зумовлена розладом адаптації, код F43.21 за МКХ–10), 83 жінки з ендогенною депресією (депресивний епізод, коди F32.0, F32.1, F32.2, F32.3 за МКХ–10; рекурентний депресивний розлад, коди F33.0, F33.1, F33.2, F33.3 за МКХ–10; біполярний афективний розлад, поточний епізод депресії, коди F31.3, F31.4, F31.5 за МКХ–10) та 75 пацієток із депресивним розладом органічної генези (органічні афективні розлади, код F06.3 за МКХ–10).

Усі жінки проживали у власних родинях та мали хоча б одну дитину. Групу порівняння

(ГП) склали 150 психічно здорових жінок без психіатричного анамнезу. Особи ГП були спільно-мірними з обстеженими основних груп за віковими та соціальними характеристиками.

Дослідження включало використання клініко-психопатологічного і психодіагностичного методів.

Результати дослідження та їх обговорення

Для ідентифікації та виміру вираженості психосоціальної дезадаптації нами була розроблена оригінальна шкала для комплексної оцінки ступеня психосоціальної дезадаптації у різних сферах. Прототипом було обрано чотирибальну анкету для визначення трудової, міжособистісної та особистісної дезадаптації, розроблену Н.К.Ліпгарт (1982) [8] та анкети вивчення структури психосоціальної дезадаптації у жінок, які страждають на невротичні розлади, запропоновані Л.О.Герасименко, А.М.Скрипніковим [10].

На підставі детального вивчення і статистичного аналізу скарг обстежених пацієток спочатку було сформовано загальний «банк» виявленої проблематики функціонування у різних сферах діяльності, а потім виокремлено основні, найбільш важливі, напрямки дезадаптації, які відображають основну масу виявлених порушень функціонування.

Таким чином, було виділено шість блоків проблем, які відповідають основним напрямкам порушення психосоціального функціонування: сімейний, батьківський, виробничий (професійний), міжособистісний, економічно-майновий, інформаційний. У більшості випадків відзначалося поєднане ураження декількох із перерахованих компонентів адаптації; іноді спостерігався «ефект доміно», коли деформація одного з компонентів призводила до дисфункціональності в інших системах. Проте стосовно кожного з них спостерігалися також випадки вузько спрямованого ураження зі збереженням нормальної адаптації в інших сферах.

Отже, розроблена нами шкала (табл. 1) охоплює три основні кластери психосоціального функціонування:

- 1) **макросоціальний** – оцінка соціально-економічної та соціально-інформаційної дезадаптації;
- 2) **мезосоціальний** – оцінка соціально-професійної та міжособистісної дезадаптації;
- 3) **мікросоціальний** – оцінка сімейної та батьківської дезадаптації.

Ці шість сфер включають основні напрямки психосоціальної адаптації/дезадаптації і дозволяють визначити порушення психосоціального функціонування індивіда за всіма ключовими векторами.

Таблиця 1

Шкала для комплексної оцінки ступеня психосоціальної дезадаптації у різних сферах

Будь-ласка, уважно прочитайте наведені нижче твердження і зробіть позначку (обведіть, закресліть, підкресліть) у колонці з варіантом відповіді (абсолютно не згоден/на; скоріше не згоден/на; і так і ні; скоріше згоден/на; абсолютно згоден/на), який підходить Вам якнайбільше.

№ з/п	ТВЕРДЖЕННЯ	ВАРИАНТИ ВІДПОВІДЕЙ				
		Абсолютно не згоден/на	Скоріше не згоден/на	І так, і ні	Скоріше згоден/на	Цілком згоден/на
СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНА АДАПТАЦІЯ						
1.	Мені не вистачає грошей на поточні потреби	1	2	3	4	5
2.	Я заробляю значно менше, ніж міг/могла би	1	2	3	4	5
3.	Я постійно турбуюся про гроші	1	2	3	4	5
4.	За останній рік моя робота/бізнес стала менш прибутковою	1	2	3	4	5
5.	Я втратив/ла кар'єрні перспективи	1	2	3	4	5
6.	Мені доводиться шукати додатковий заробіток	1	2	3	4	5
7.	Я не можу дозволити собі заощаджувати	1	2	3	4	5
8.	Мені доводиться позичати гроші/жити в кредит	1	2	3	4	5
9.	Коли я думаю про гроші, я почуваюся нещасним/ою	1	2	3	4	5
10.	Я не очікую покращення свого матеріального стану	1	2	3	4	5
СОЦІАЛЬНО-ІНФОРМАЦІЙНА АДАПТАЦІЯ						
1.	Інформація, яку я отримую, викликає у мене переважно негативні емоції	1	2	3	4	5
2.	Я не довіряю інформації, яку одержую від ЗМІ та сторонніх людей	1	2	3	4	5
3.	Я намагаюся не дивитися інформаційні програми і не відвідувати інформаційні сайти	1	2	3	4	5
4.	Я ретельно відбираю інформацію для себе (дивлюся лише певні телеканали, відвідую лише окремі сайти, читаю тільки певні видання і т.п.)	1	2	3	4	5
5.	Після перегляду телевізора я відчуваю сум або тривогу	1	2	3	4	5
6.	Вважаю, що у ЗМІ надто багато негативної інформації	1	2	3	4	5
7.	Мені доводилося конфліктувати з моїми родичами або близькими через зміст телевізійних програм, Інтернет-контенту і т.п.	1	2	3	4	5
8.	Я відчуваю брак необхідної мені інформації	1	2	3	4	5
9.	Нова інформація погіршує мою працездатність	1	2	3	4	5
10.	Я надто емоційно реагую на нову інформацію	1	2	3	4	5
СОЦІАЛЬНО-ПРОФЕСІЙНА АДАПТАЦІЯ						
1.	Я часто конфліктую з колегами або партнерами по бізнесу	1	2	3	4	5
2.	Мені не подобається моя робота	1	2	3	4	5
3.	Службові конфлікти заважають моїй кар'єрі	1	2	3	4	5
4.	Я не бачу сенсу розвивати свої професійні навички	1	2	3	4	5
5.	Мені не пощастило з колективом	1	2	3	4	5
6.	Я відчуваю, що моя робота не потрібна	1	2	3	4	5
7.	Якби я міг/могла б, я б обрав/ла іншу професію	1	2	3	4	5
8.	Після робочого дня я почуваюся роздратованим/ою або сумним/ою	1	2	3	4	5
9.	Я не можу покластися на своїх колег/ партнерів по бізнесу	1	2	3	4	5
10.	Я йду на роботу з неприємним почуттям	1	2	3	4	5
МІЖСОБИСТІСНА АДАПТАЦІЯ						
1.	У мене немає друзів	1	2	3	4	5
2.	Часто я відчуваю, що мені ні з ким поділитися горем або радістю	1	2	3	4	5

3.	Мене ніхто не розуміє	1	2	3	4	5
4.	У стосунках зі мною оточуючих цікавить лише власна вигода	1	2	3	4	5
5.	Я почуваюся самотнім/ьою	1	2	3	4	5
6.	Моя доля нікого не цікавить	1	2	3	4	5
7.	Я вважаю коло свого спілкування обмеженим	1	2	3	4	5
8.	Я помічаю, що люди уникають мене	1	2	3	4	5
9.	Оточуючі часто дорікають мені, що я важка людина	1	2	3	4	5
10.	Я часто сварюся з близькими людьми	1	2	3	4	5
СІМЕЙНА АДАПТАЦІЯ						
1.	Я не задоволений/а своїм сімейним життям	1	2	3	4	5
2.	Коли я спілкуюся з членами моєї сім'ї, у мене псується настрій	1	2	3	4	5
3.	Я намагаюся менше спілкуватися з членами своєї сім'ї	1	2	3	4	5
4.	Моя сім'я мене не розуміє	1	2	3	4	5
5.	Я дивлюся на інші сім'ї із заздрістю	1	2	3	4	5
6.	Часто мені не хочеться вертатися додому	1	2	3	4	5
7.	Я соромлюся розповідати про своє сімейне життя	1	2	3	4	5
8.	У нашій сім'ї забагато конфліктів	1	2	3	4	5
9.	Моє сімейне життя гірше, ніж у моїх знайомих	1	2	3	4	5
10.	Я хотів/ла би піти з моєї сім'ї	1	2	3	4	5
ВИКОНАННЯ БАТЬКІВСЬКИХ ФУНКЦІЙ (БАТЬКІВСЬКА АДАПТАЦІЯ)						
1.	Я обмежую ініціативу своїх дітей	1	2	3	4	5
2.	Я приділяю недостатньо уваги своїм дітям	1	2	3	4	5
3.	Я часто виливаю на своїх дітей негативні емоції	1	2	3	4	5
4.	Я думаю, що мої діти втратили щось важливе через мене	1	2	3	4	5
5.	Мої діти стороняться або соромляться мене	1	2	3	4	5
6.	Після спілкування зі своїми дітьми я почуваю провину	1	2	3	4	5
7.	Мої діти часто стають свідками або учасниками сімейних конфліктів	1	2	3	4	5
8.	Я пропускаю важливі події у житті моїх дітей	1	2	3	4	5
9.	Я намагаюся менше спілкуватися зі своїми дітьми	1	2	3	4	5
10.	Я не розумію свою дитину	1	2	3	4	5

■ Під **соціально-економічною дезадаптацією** ми розуміли порушення адаптації індивіда у соціальному середовищі під впливом майнових, економічних та фінансових чинників.

■ Під **соціально-інформаційною дезадаптацією** розумілося порушення адаптації індивіда у соціальному середовищі під впливом інформаційних чинників.

■ Під **соціально-професійною дезадаптацією** розумілося порушення адаптації індивіда у соціальному (виробничому) середовищі та в реалізації професійних функцій, пов'язане з впливом психосоціальних факторів.

■ Під **міжособистісною дезадаптацією** ми розуміли порушення інтерперсональної взаємодії, мікросоціальних стосунків та формування соціальних зв'язків.

■ Під **сімейною дезадаптацією** розумілося порушення сімейного функціонування та

порушення адаптації у соціальному середовищі під впливом сімейних стосунків.

■ Під **батьківською дезадаптацією** ми розуміли порушення виконання батьківських функцій і порушення соціального функціонування у зв'язку з виконанням батьківських обов'язків.

Крім оцінки за кожною зі сфер, проводилося обрахування інтегрального показника макросоціальної, мезосоціальної та мікросоціальної дезадаптації, який визначався як сума показників за відповідними сферами, а також інтегрального показника психосоціальної дезадаптації, що визначався як сума показників за всіма сферами психосоціального функціонування.

Кожна сфера оцінювалася за 10 питаннями. Мінімальна можлива оцінка за кожною сферою – 10 балів (максимальна адаптація), максимальна – 50 балів (максимальна дезадаптація).

Таблиця 2

Середні показники ступеня психосоціальної дезадаптації у жінок, хворих на депресивні розлади, з ознаками та без ознак дезадаптації

Сфери психосоціальної дезадаптації	Середні показники, M±m (бали)		p
	Без ознак дезадаптації	З ознаками дезадаптації	
Соціально-економічна дезадаптація	13,48±2,77	33,69±8,56	<0,01
Соціально-інформаційна дезадаптація	13,38±2,71	33,59±8,55	<0,01
Інтегральний показник макросоціальної дезадаптації	26,85±5,40	67,27±17,10	<0,01
Соціально-професійна дезадаптація	12,88±2,61	29,36±6,58	<0,01
Міжособистісна дезадаптація	13,04±2,68	31,31±7,46	<0,01
Інтегральний показник мезосоціальної дезадаптації	25,92±5,21	60,67±14,00	<0,01
Сімейна дезадаптація	14,79±2,56	37,80±8,13	<0,01
Батьківська дезадаптація	14,27±3,13	36,24±8,06	<0,01
Інтегральний показник мікросоціальної дезадаптації	29,06±5,54	74,04±16,13	<0,01
Інтегральний показник психосоціальної дезадаптації	81,83±15,87	201,99±46,78	<0,01

Таблиця 3

Середні показники вираженості проявів психосоціальної дезадаптації у жінок, хворих на депресивні розлади, у яких були відсутні окреслені ознаки дезадаптації

Сфери психосоціальної дезадаптації	Середні показники, M±m (бали)			p 2-3	p 2-4	p 3-4
	психогенна	ендогенна	органічна			
Соціально-економічна дезадаптація	11,53±1,61	12,93±1,67	16,50±1,65	<0,05	<0,01	<0,01
Соціально-інформаційна дезадаптація	11,47±1,65	12,87±1,77	16,36±1,60	<0,05	<0,01	<0,01
Інтегральний показник макросоціальної дезадаптації	23,00±3,18	25,80±3,36	32,86±3,13	<0,05	<0,01	<0,01
Соціально-професійна дезадаптація	11,16±1,57	12,20±1,61	15,86±1,75	<0,05	<0,01	<0,01
Міжособистісна дезадаптація	11,11±1,37	12,53±1,77	16,21±1,85	<0,05	<0,01	<0,01
Інтегральний показник мезосоціальної дезадаптації	22,26±2,88	24,73±3,35	32,07±3,29	<0,05	<0,01	<0,01
Сімейна дезадаптація	12,74±2,26	14,93±1,39	17,43±0,94	<0,01	<0,01	<0,01
Батьківська дезадаптація	12,00±2,38	14,13±2,61	17,50±1,16	<0,05	<0,01	<0,01
Інтегральний показник мікросоціальної дезадаптації	24,74±4,46	29,07±3,81	34,93±1,86	<0,01	<0,01	<0,01
Інтегральний показник психосоціальної дезадаптації	70,00±10,37	79,60±10,29	99,86±7,99	<0,05	<0,01	<0,01

Таблиця 4

Середні показники вираженості проявів психосоціальної дезадаптації у жінок, хворих на депресивні розлади, у яких діагностована виражена дезадаптація

Сфери психосоціальної дезадаптації	Середні показники, M±m (бали)			p 2-3	p 2-4	p 3-4
	психогенна	ендогенна	органічна			
Соціально-економічна дезадаптація	28,23±7,28	35,13±7,16	38,84±7,58	<0,01	<0,01	<0,01
Соціально-інформаційна дезадаптація	28,15±7,20	34,96±7,20	38,79±7,60	<0,01	<0,01	<0,01
Інтегральний показник макросоціальної дезадаптації	56,37±14,46	70,09±14,35	77,62±15,16	<0,01	<0,01	<0,01
Соціально-професійна дезадаптація	25,43±5,29	30,59±5,97	32,85±6,19	<0,01	<0,01	<0,01
Міжособистісна дезадаптація	26,84±6,22	32,47±6,66	35,51±6,84	<0,01	<0,01	<0,01
Інтегральний показник мезосоціальної дезадаптації	52,27±11,48	63,06±12,58	68,36±12,95	<0,01	<0,01	<0,01
Сімейна дезадаптація	32,25±7,77	39,69±6,41	42,52±6,17	<0,01	<0,01	<0,01
Батьківська дезадаптація	30,96±7,69	37,72±6,42	41,08±6,29	<0,01	<0,01	<0,01
Інтегральний показник мікросоціальної дезадаптації	63,21±15,41	77,41±12,75	83,61±12,38	<0,01	<0,01	<0,01
Інтегральний показник психосоціальної дезадаптації	171,85±41,03	210,56±39,24	229,59±39,99	<0,01	<0,01	<0,01

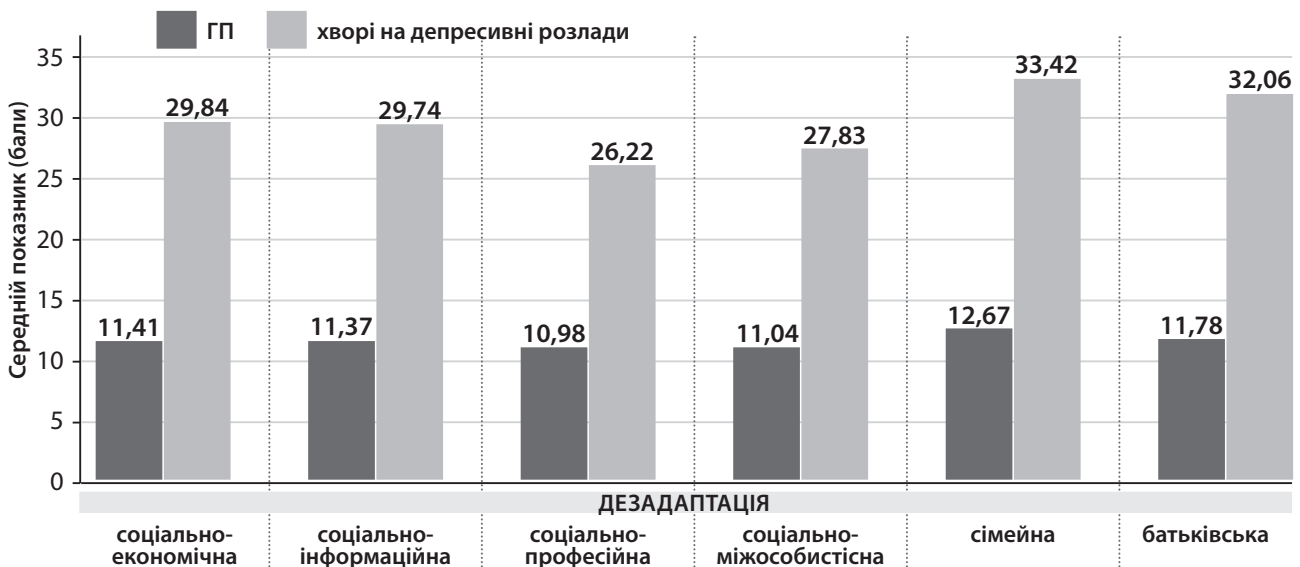


Рис. 1. Середні показники за окремими сферами шкали психосоціальної дезадаптації у здорових обстежених (ГП) та хворих на депресивні розлади

Оцінку за кожним з питань пропонується проводити за п'ятибальною шкалою. Така шкала проста в оцінці, інтуїтивно зрозуміла обстежуваному незалежно від рівня інтелекту та освіти, досить варіативна і охоплює весь спектр можливих варіантів ставлення до питання.

Варіанти відповідей на кожне питання:

- абсолютно не згоден..... 1 бал;
- скоріше не згоден 2 бали;
- і так, і ні 3 бали;
- скоріше згоден..... 4 бали;
- цілком згоден 5 балів.

Таблиця 5
Середні показники за окремими сферами та інтегральними кластерами запропонованої шкали психосоціальної дезадаптації у здорових обстежених (ГП) та хворих на депресивні розлади

Показник	ГП	Хворі на депресивні розлади	p
Соціально-економічна дезадаптація	11,41±1,46	29,84±11,13	<0,01
Соціально-інформаційна дезадаптація	11,37±1,47	29,74±11,12	<0,01
Макросоціальна дезадаптація	22,78±2,84	59,58±22,24	<0,01
Соціально-професійна дезадаптація	10,98±1,22	26,22±8,85	<0,01
Соціально-міжособистісна дезадаптація	11,04±1,28	27,83±9,90	<0,01
Мезосоціальна дезадаптація	22,02±2,46	54,05±18,72	<0,01
Сімейна дезадаптація	12,67±1,92	33,42±11,69	<0,01
Батьківська дезадаптація	11,78±2,15	32,06±11,36	<0,01
Мікросоціальна дезадаптація	24,45±3,79	65,48±23,01	<0,01
Сумарний показник	69,25±8,89	179,10±63,66	<0,01

Показник (за окремою сферою психосоціального функціонування) менше 19 балів трактувався нами як відсутність ознак дезадаптації даної сфери. Відповідно, інтегральний показник за видом дезадаптації (макро-, мезо-, мікросоціальна) менше 38 балів, свідчив про її відсутність.

Якщо респондент мав показник більше 20 балів хоча б за однією з психосоціальних сфер життєдіяльності, це свідчило про на-

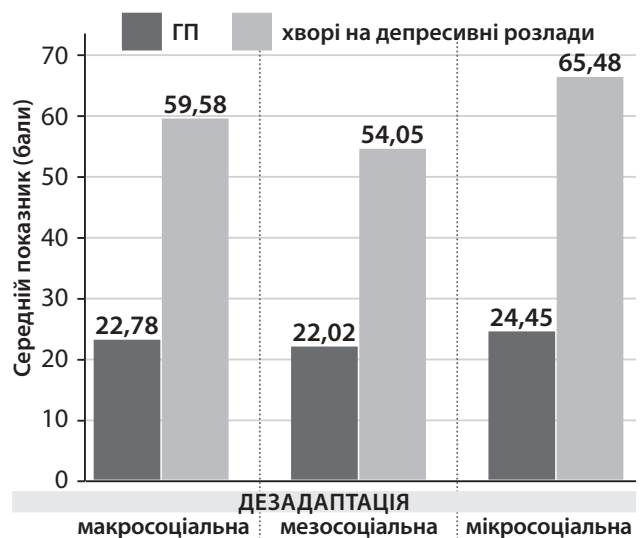


Рис. 2. Середні показники за інтегральними кластерами шкали психосоціальної дезадаптації у здорових обстежених (ГП) та хворих на депресивні розлади

Таблиця 6

Середні показники за окремими сферами та інтегральними кластерами запропонованої шкали психосоціальної дезадаптації у здорових обстежених (ГП) та хворих на депресивні розлади з наявністю та відсутністю ознак дезадаптації

Показник	ГП	Хворі на депресивні розлади		Рівень статистичної значущості розбіжностей	
		без ознак дезадаптації	з ознаками дезадаптації	ГП vs Г1	ГП vs Г2
Соціально-економічна дезадаптація	11,41±1,46	13,42±2,63	33,70±8,54	<0,01	<0,01
Соціально-інформаційна дезадаптація	11,37±1,47	13,33±2,62	33,60±8,53	<0,01	<0,01
Макросоціальна дезадаптація	22,78±2,84	26,75±5,20	67,30±17,05	<0,01	<0,01
Соціально-професійна дезадаптація	10,98±1,22	12,85±2,56	29,37±6,57	<0,01	<0,01
Соціально-міжособистісна дезадаптація	11,04±1,28	13,04±2,68	31,31±7,46	<0,01	<0,01
Мезосоціальна дезадаптація	22,02±2,46	25,90±5,16	60,68±13,99	<0,01	<0,01
Сімейна дезадаптація	12,67±1,92	14,79±2,56	37,80±8,13	<0,01	<0,01
Батьківська дезадаптація	11,78±2,15	14,27±3,13	36,24±8,06	<0,01	<0,01
Мікросоціальна дезадаптація	24,45±3,79	29,06±5,54	74,04±16,13	<0,01	<0,01
Сумарний показник	69,25±8,89	81,71±15,66	202,02±46,73	<0,01	<0,01

явність дезадаптації. При цьому показники за шкалою в межах 20–29 балів розцінювалися як ознака психосоціальної дезадаптації легкого ступеня, у межах 30–39 балів – як ознака дезадаптації помірного ступеня, у 40 і більше балів – дезадаптації вираженого ступеня.

За результатами оцінки ступеня психосоціальної дезадаптації з використанням розробленої нами шкали, обстежені жінки були розділені на дві групи:

- до першої групи (Г1, 48 осіб) було віднесено жінок, у яких за жодною зі сфер психосоціального функціонування показник не перевищував 19 балів, що відповідало відсутності ознак дезадаптації;

- до другої групи (Г2, 204 особи) було віднесено жінок, у яких принаймні за однією зі шкал було виявлено показники понад 20 балів, що відповідає ознакам дезадаптації.

Серед жінок без ознак психосоціальної дезадаптації виявилось 19 осіб з психогенною депресією, 15 – з ендogenous розладом і 14 – з депресією органічної природи. Серед пацієнток із психосоціальною дезадаптацією виявлено 75 осіб з депресією психогенної генези, 68 – ендogenous і 61 – органічної.

Аналіз особливостей психосоціальної дезадаптації у дослідженого контингенту дозволив отримати наступні результати.

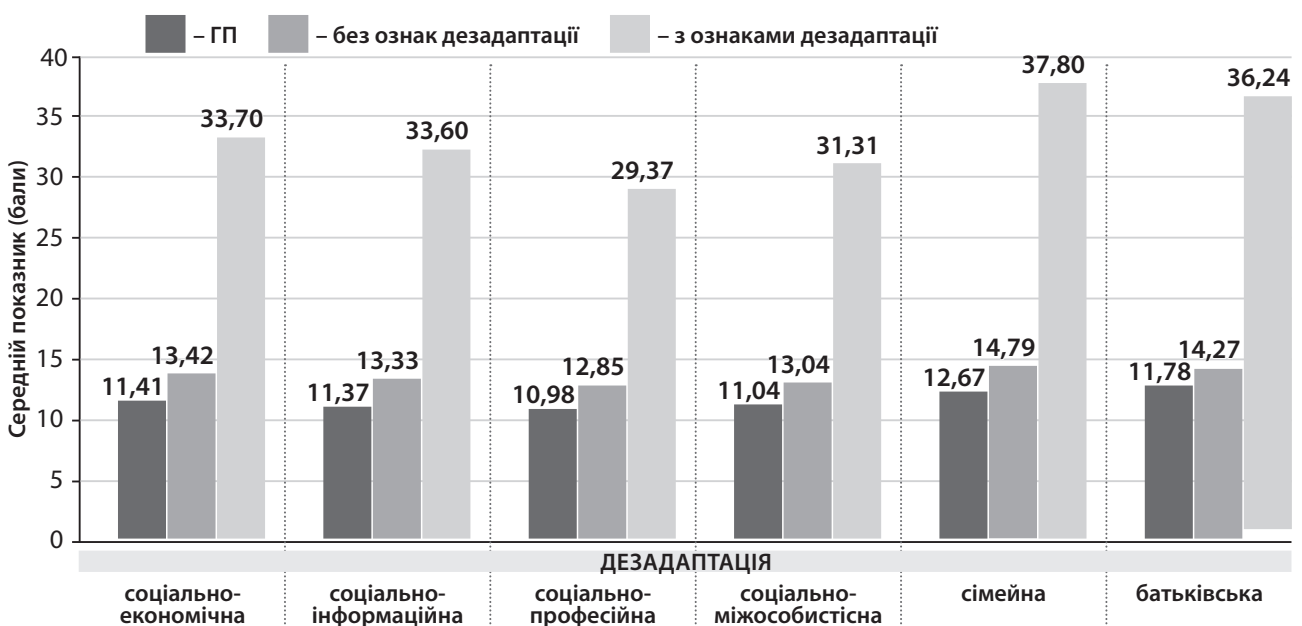


Рис. 3. Середні показники за окремими сферами шкали психосоціальної дезадаптації у здорових обстежених (ГП) та хворих на депресивні розлади з наявністю та відсутністю ознак дезадаптації

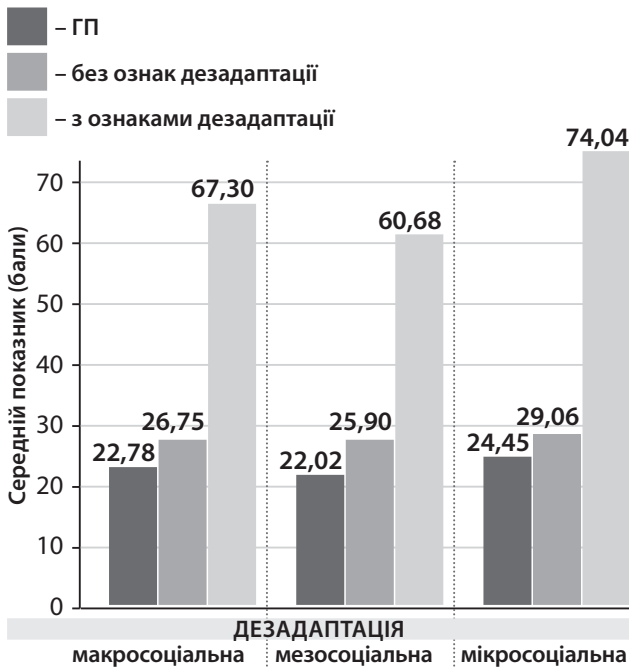


Рис. 4. Середні показники за інтегральними кластерами шкали психосоціальної дезадаптації у здорових обстежених (ГП) та хворих на депресивні розлади з наявністю та відсутністю ознак психосоціальної дезадаптації

У табл. 2 наведено середні показники психосоціальної дезадаптації в окремих сферах психосоціального функціонування у жінок, хворих на депресивні розлади, за запропонованою нами шкалою.

Під час аналізу особливостей психосоціальної дезадаптації залежно від генези депресивного розладу було виявлено чітку закономірність: важкість психосоціальної дезадаптації була найменшою при психогенному характері депресії, більш важкою при ендогенному та найважчою – при органічній її генезі. Показники психосоціальної дезадаптації були вищими і при відсутності клінічно окреслених ознак дезадаптації (табл. 3), і в групі обстежених з наявністю ознак психосоціальної дезадаптації (табл. 4).

Для валідації запропонованої шкали психосоціальної дезадаптації було здійснено порівняльний аналіз показників за окремими шкалами та інтегральними кластерами у хворих на депресивні розлади різної генези (з ознаками та відсутністю ознак дезадаптації) з ГП. Це дозволило встановити значуще вищі показники психосоціальної дезадаптації у хворих на депресивні розлади за всіма окремими сферами

Таблиця 7

Середні показники за окремими сферами та інтегральними кластерами запропонованої шкали психосоціальної дезадаптації у здорових обстежених (ГП) та хворих на депресивні розлади різної генези з наявністю та відсутністю ознак дезадаптації

Показник	ГП	Без ознак дезадаптації			З ознаками дезадаптації			Рівень статистичної значущості розбіжностей (p) при порівнянні ГП з групами:						
		психогенна	ендогенна	органічна	психогенна	ендогенна	органічна	1	2	3	4	5	6	
Соціально-економічна дезадаптація	11,41±1,46	11,53±1,61	12,93±1,67	16,50±1,65	28,23±7,28	35,13±7,16	38,84±7,58	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Соціально-інформаційна дезадаптація	11,37±1,47	11,47±1,65	12,87±1,77	16,36±1,60	28,15±7,20	34,96±7,20	38,79±7,60	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Макросоціальна дезадаптація	22,78±2,84	23,00±3,18	25,80±3,36	32,86±3,13	56,37±14,46	70,09±14,35	77,62±15,16	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Соціально-професійна дезадаптація	10,98±1,22	11,16±1,57	12,20±1,61	15,86±1,75	25,43±5,29	30,59±5,97	32,85±6,19	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Соціально-міжособистісна дезадаптація	11,04±1,28	11,11±1,37	12,53±1,77	16,21±1,85	26,84±6,22	32,47±6,66	35,51±6,84	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Мезосоціальна дезадаптація	22,02±2,46	22,26±2,88	24,73±3,35	32,07±3,29	52,27±11,48	63,06±12,58	68,36±12,95	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Сімейна дезадаптація	12,67±1,92	12,74±2,26	14,93±1,39	17,43±0,94	32,25±7,77	39,69±6,41	42,52±6,17	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Батьківська дезадаптація	11,78±2,15	12,00±2,38	14,13±2,61	17,50±1,16	30,96±7,69	37,72±6,42	41,08±6,29	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Мікросоціальна дезадаптація	24,45±3,79	24,74±4,46	29,07±3,81	34,93±1,86	63,21±15,41	77,41±12,75	83,61±12,38	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Сумарний показник	69,25±8,89	70,00±10,37	79,60±10,29	99,86±7,99	171,85±41,03	210,56±39,24	229,59±39,99	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01

ми та інтегральними кластерами запропонованої шкали (табл. 5, рис. 1; 2).

Нами також було проведено співставлення показників за запропонованою шкалою психосоціальної дезадаптації у психічно здорових осіб та хворих на депресивні розлади з ознаками психосоціальної дезадаптації та з відсутністю таких ознак. Результати аналізу наведено у табл. 6 та на рис. 3 і 4.

Як видно з таблиці та рисунків, у хворих на депресивні розлади як з наявністю, так і з від-

сутністю ознак психосоціальної дезадаптації, показники за окремими шкалами та інтегральними кластерами були значуще більшими, ніж у здорових осіб. Водночас, показники пацієнтів без ознак психосоціальної дезадаптації були суттєво ближчими до показників психічно здорових осіб, ніж до показників обстежених з ознаками дезадаптації.

Також нами було проведено порівняльний аналіз показників за запропонованою шкалою психосоціальної дезадаптації у психічно здо-

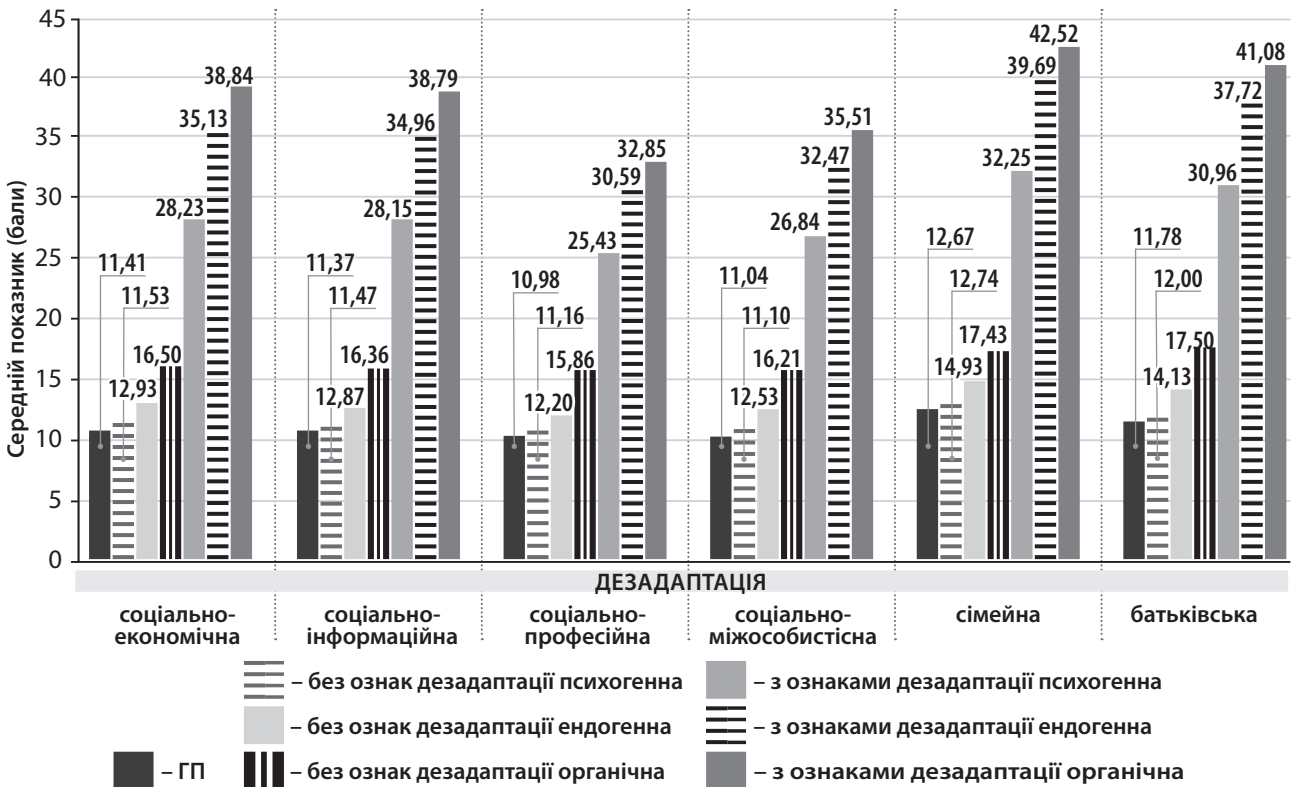


Рис. 5. Середні показники за окремими сферами шкали психосоціальної дезадаптації у здорових обстежених (ГП) та хворих на депресивні розлади різної генези з наявністю та відсутністю ознак дезадаптації

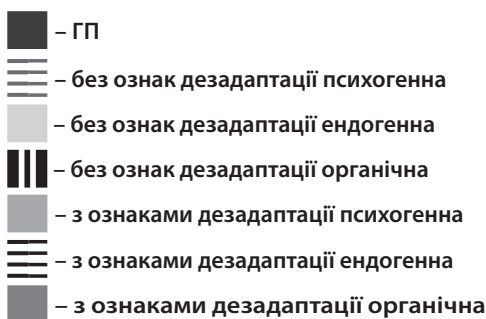
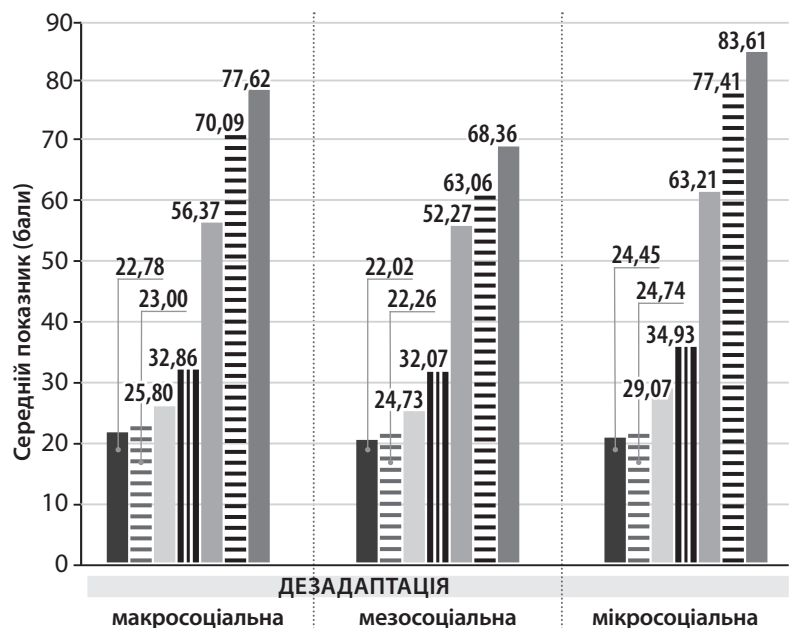


Рис. 6. Середні показники за інтегральними кластерами шкали психосоціальної дезадаптації у здорових обстежених (ГП) та хворих на депресивні розлади різної генези з наявністю та відсутністю ознак дезадаптації



рових осіб та у хворих на депресивні розлади з урахуванням генези депресії (табл. 7, рис. 5 і 6).

Як свідчать таблиці та рисунки, показники за всіма окремими сферами та інтегральними кластерами запропонованої шкали у психічно здорових жінок були меншими, ніж у пацієнток із психогенним, ендогенним та органічним характером депресивного розладу. При цьому найменші відмінності виявлені з хворими на психогенні депресії без ознак психосоціальної дезадаптації ($p > 0,05$); більші, значущі відмінності виявлені у порівнянні з групами обстежених без ознак дезадаптації з ендогенним та психогенним характером депресії, а найбільші – з групами хворих з ознаками дезадаптації з психогенною, ендогенною та органічною генезою депресії.

Таким чином, проведена валідація запропонованої нами шкали психосоціальної дезадаптації засвідчила можливість використання її для диференціації ступеня психосоціальної дезадаптації за окремими сферами та інтегральними кластерами психосоціального функціонування.

Висновки

З метою ідентифікації та кількісної оцінки ступеня психосоціальної дезадаптації на підставі комплексного аналізу даних щодо особливостей функціонування у різних сферах, нами була розроблена оригінальна психодіагностична шкала, що дозволяє виокремити та оцінити ключові напрямки психосоціальної дезадаптації. Шкала придатна для використання у клінічній практиці.

Шкала охоплює три основних кластери психосоціального функціонування: макросоціальний (передбачає оцінку соціально-економіч-

ної та соціально-інформаційної дезадаптації); мезосоціальний (передбачає оцінку соціально-професійної та міжособистісної дезадаптації) та мікросоціальний (передбачає оцінку сімейної та батьківської дезадаптації).

Шкала дозволяє кількісно оцінити вираженість дезадаптації за кожною сферою:

- при значенні показника **менше, ніж 20 балів** констатується відсутність ознак дезадаптації,
- показник **20–29 балів** інтерпретується як ознака дезадаптації легкого ступеня,
- показник **30–39 балів** свідчить про дезадаптацію помірного ступеня,
- показник **понад 40 балів** – про дезадаптацію вираженого ступеня.

Оцінка стану психосоціальної дезадаптації за даними обстеження 252 пацієнток з депресивними розладами психогенного, ендогенного та органічного характеру дозволила встановити, що важкість дезадаптації за всіма 6 сферами у хворих на депресивні розлади органічної генези є найважчою, ендогенної – середньою, а психогенної – найлегшою.

Закономірність щодо значущі менших кількісних значень показників психосоціальної дезадаптації за всіма основними сферами при психогенній депресії, більших – при ендогенній і найбільших – при органічній депресії зберігається у хворих як з клінічно вираженою психосоціальною дезадаптацією, так і з окремими її ознаками та відсутністю клінічно окресленої дезадаптації.

Виявлені закономірності мають важливе значення для планування психопрофілактичних та психокорекційних заходів для хворих на депресивні розлади різної генези.

Література

1. Скрипніков А. М. Психосоціальна дезадаптація при посттравматичному стресовому розладі у жінок: монограф. / А. М. Скрипніков, Л. О. Герасименко, Р. І. Ісаков. – Полтава: ТОВ «АСМІ», 2016. – 157 с.
2. Schmitt D. P. Evaluating evidence of psychological adaptation: How do we know one when we see one? / D. P. Schmitt, J. Pilcher. // *Psychological Science*. – 2004. – № 15. – Р. 643–649.
3. Майерс Д. Соціальна психологія / Майерс Д. – СПб.: Питер, 1996. – 520 с.
4. Герасименко Л. О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі) / Л. О. Герасименко // *Укр. вісн. психоневрології*. – 2018. – Т. 26, вип. 1 (94). – С. 62–65.
5. Марута Н. О. Клініко-психопатологічні особливості депресивних порушень у хворих на шизофренію / Н. О. Марута, Л. В. Малюта // *Укр. вісн. психоневрології*. – 2017. – Т. 25, вип. 4 (93). – С. 5–10.
6. Маркова М. В. Взаємозв'язок провідної клініко-психопатологічної симптоматики та особливостей копінг-поведінки у хворих на терапевтично резистентні депресії / М. В. Маркова, Л. В. Рахман // *Укр. вісн. психоневрології*. – 2015. – Т. 23, вип. 2 (83). – С. 91–94.
7. Рахман Л. В. Стан і структура соціального функціонування у пацієнтів із терапевтично-резистентними депресіями / Л. В. Рахман // *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*. – Hamilton, 2015. – Issue 5 (11). – Р. 110–121.
8. Липгарт Н. К. Типы течения затяжных форм невротизации и истерического невроза в зависимости от их почвы / Н. К. Липгарт, В. П. Радченко // *Материалы науч.-практ. конф. Психогенные (реактивные) заболевания на измененной почве*. – Воронеж, 1982. – С. 27–30.
9. Методика определения и классификация типов социальной дезадаптации населения / И. П. Артюхов, О. М. Новиков, В. Ф. Капитонов, В. А. Борцов // *Сибирское медицинское обозрение*. – 2009. – Т. 50, № 50. – С. 22–26.
10. Скрипніков А. М. Анкети вивчення структури психосоціальної дезадаптації у жінок, які страждають на невротичні розлади / А. М. Скрипніков, Л. О. Герасименко, Р. І. Ісаков // *Психосоціальна дезадаптація при посттравматичному стресовому розладі у жінок: монограф.* – Полтава: ТОВ «АСМІ», 2016. – С. 156–157.

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

СТАН ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ВОЛОНТЕРІВ, ДІЯЛЬНІСТЬ ЯКИХ ПОВ'ЯЗАНА З ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ ВІЙСЬКОВИХ В ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ



М. В. Маркова

© Маркова Маріанна Владиславівна (Україна) – д.мед.н., професор кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти, вул. Амосова, 58, м. Харків, 61176; e-mail: mariannochka1@ukr.net; ORCID: 0000-0003-0726-4925.

© Marianna Markova (Ukraine) – Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Sexology, Medical Psychology, Medical and Psychological Rehabilitation of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, 58 Amosov street, Kharkiv, 61176; e-mail: mariannochka1@ukr.net; ORCID: 0000-0003-0726-4925.

© Маркова Маріанна Владиславівна (Україна) – д.мед.н., проф., професор кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти, вул. Амосова, 58, г. Харків, 61176; e-mail: mariannochka1@ukr.net; ORCID: 0000-0003-0726-4925.



С. Ю. Глаголич

© Глаголич Слава Юріївна (Україна) – психолог Закарпатського обласного наркологічного диспансеру, вул. Паризької Комуни 4а, м. Ужгород, 88000; e-mail: zobf82@gmail.com; ORCID ID: 0000-0002-8590-1443.

© Slava Glagolych (Ukraine) – Psychologist of Transcarpathian Regional Hospital for addictive patients; 4a Paris Commune street, Uzhhorod, 88000; e-mail: zobf82@gmail.com; ORCID: 0000-0002-8590-1443.

© Глаголич Слава Юрьевна (Україна) – психолог Закарпатського обласного наркологічного диспансеру, ул. Парижской Коммуны, 4а, г. Ужгород; 88000; e-mail: zobf82@gmail.com; ORCID: 0000-0002-8590-1443.

№ 9, 2018, стор.93–100

STATE OF THE PSYCHO-EMOTIONAL SPHERE OF VOLUNTEERS WHOSE ACTIVITY IS CONNECTED WITH ASSISTANCE TO THE MILITARY IN THE AREA OF ARMED ACTIONS

Abstract.

In order to identify the clinical manifestations of maladaptation inherent in volunteers and the allocation of its psycho-correction targets, a study was conducted of the peculiarities of the state of the psycho-emotional sphere in volunteers whose activities are related to providing the military in a combat zone. 147 people were surveyed who were engaged in volunteer activities related to the provision of military personnel in a combat zone for at least 1 year. Among surveyed were 108 women and 39 men. With the help of the questionnaire "Assessment of professional maladjustment" by A.N. Homeland in the adaptation of M.A. negative effect. In the study of the state of the psycho-emotional sphere of volunteers whose activities are related to providing the military in a combat zone, signs of a depressive reaction of varying severity were revealed, significantly more common than in a sample of ordinary people. This indicates that volunteer activity carries with it the potential risks of developing psycho-emotional disorders. The interrelations of depressive manifestations with disadaptation peculiarities and the level of emotional burnout of volunteers were also established. To understand the pathogenesis of these conditions and to highlight the targets of their psychocorrection, we analyzed the clinical content of the identified depressive manifestations in the patients. We took into account the obtained data when developing measures for psychological correction and psycho-prophylactic support of volunteers whose activities are related to providing military personnel in a combat zone.

Key words:

volunteers, fighting, depression.

СОСТОЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ВОЛОНТЕРОВ, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КОТОРЫХ СВЯЗАНА С ОБЕСПЕЧЕНИЕМ ВОЕННЫХ В ЗОНЕ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Аннотация.

С целью идентификации клинических проявлений присущей волонтерам дезадаптации и выделения мишеней ее психокоррекции было проведено исследование особенностей состояния психоэмоциональной сферы у волонтеров, деятельность которых связана с обеспечением военных в зоне боевых действий. Было обследовано 147 человек, которые занимались волонтерской деятельностью, связанной с обеспечением военных в зоне боевых действий не менее 1 года. Среди обследованных было 108 женщин и 39 мужчин. С помощью опросника «Оценка профессиональной дезадаптации» А. Н. Родиной в адаптации М. А. Дмитриевой была проведена оценка проявлений дезадаптации у волонтеров, что позволило определить вариативность выраженности признаков дезадаптации: от легких нарушений к состояниям, возникновение которых требует вмешательства специалистов с целью снижения негативного эффекта. При исследовании состояния психоэмоциональной сферы волонтеров, деятельность которых связана с обеспечением военных в зоне боевых действий, выявлены призна-

ки депресивного реагування різної ступені вираженості, достовірно більше розпространені, ніж в вибірці звичайних людей. Це свідчить про те, що волонтерська діяльність несе в собі потенціальні ризики розвитку психоемоціональних порушень. Також установлені взаємозв'язки депресивних проявів з особливостями дезадаптації і рівнем емоціонального вигорання волонтерів. Для розуміння патогенезу цих станів і виділення мішеней їх психокорекції проведено аналіз клінічного змісту виявлених депресивних проявів у обстежених. Отримані дані були нами враховані при розробці заходів психологічної корекції і психопрофілактичної підтримки волонтерів, діяльність яких пов'язана з забезпеченням воєнних в зоні бойових дій.

Ключевые слова: волонтери, бойові дії, депресія.

СТАН ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ВОЛОНТЕРІВ, ДІЯЛЬНІСТЬ ЯКИХ ПОВ'ЯЗАНА З ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ ВІЙСЬКОВИХ В ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ.

Анотація.

З метою ідентифікації клінічних проявів властивої волонтерам дезадаптації і виділення мішеней її психокорекції було проведено дослідження особливостей стану психоемоціональної сфери у волонтерів, діяльність яких пов'язана із забезпеченням військових в зоні бойових дій. Було обстежено 147 осіб, які займалися волонтерською діяльністю, пов'язаною із забезпеченням військових в зоні бойових дій не менше 1 року. Серед обстежених було 108 жінок і 39 чоловіків. За допомогою опитувальника «Оцінка професійної дезадаптації» А. Н. Родіної в адаптації М. А. Дмитрієвої була проведена оцінка проявів дезадаптації у волонтерів, що дозволило визначити варіативність вираженості ознак дезадаптації: від легких порушень до станів, виникнення яких вимагає втручання фахівців з метою зниження негативного ефекту. При дослідженні стану психоемоціональної сфери волонтерів, діяльність яких пов'язана із забезпеченням військових в зоні бойових дій, виявлено ознаки депресивного реагування різного ступеня вираженості, достовірно більш поширені, ніж у вибірці звичайних людей. Це свідчить про те, що волонтерська діяльність несе в собі потенційні ризики розвитку психоемоціональних порушень. Також встановлено взаємозв'язки депресивних проявів з особливостями дезадаптації і рівнем емоціонального вигорання волонтерів. Для розуміння патогенезу цих станів і виділення мішеней їх психокорекції проведено аналіз клінічного змісту виявлених депресивних проявів у обстежених. Отримані дані були нами враховані при розробці заходів психологічної корекції і психопрофілактичної підтримки волонтерів, діяльність яких пов'язана із забезпеченням військових в зоні бойових дій.

Ключові слова: волонтери, бойові дії, депресія.

Вступ

В наступному році мине 160 років від заснування волонтерського руху. За його початок вважають подію 1859 р., коли після кривавих наслідків австро-італо-французької війни (більш ніж дев'ять тисяч понівечених солдат залишилися вмирати на полі бою під Сольферіно) швейцарський діяч Жан-Анрі Дюнан запропонував створення прототипу Міжнародного комітету Червоного Хреста – організації, яка на добровільних засадах надавала першу медичну допомогу пораненим. Пізніше Ж.А. Дюнан першим отримав Нобелівську премію миру. Засадами, які він запропонував для Міжнародного комітету Червоного Хреста, в подальшому стали користуватися інші громадські активісти багатьох країн світу, поступово розширюючи діяльність даної організації й в інших напрямках: допомога соціально незахищеним особам, важкохворим, їх навчання, боротьба з пияцтвом та інше [1].

Рух волонтерства в нашій державі розпочався ще в XIX сторіччі зі створення широкого кола громадських організацій різноманітного спрямування, які взяли на себе функції опіки над закладами для соціально незахищених верств населення (лікарні для малозабезпечених, притулки для бідних та беспритульних, безоплатні їдальні, тощо). Також слід зазначи-

ти високу активність представників організації Червоного Хреста у періоди ведення воєн (російсько-турецька, російсько-японська та Перша світова). Окрім цього, волонтерські організації проводили освітні заходи, пропагували ведення здорового способу життя та піклувалися про безхатченків та незахищених верств населення. Проте, з початком куревання радянської влади волонтерських рухів в нашій державі припинив своє функціонування і розпочав своє відновлення тільки наприкінці 80-х років минулого сторіччя [1].

В подальшому, аж до початку 2014 року цей рух в нашій державі розвивався значно слабо, порівняно з волонтерською діяльністю інших світових держав (відповідно до рейтинга World Giving Index, наша держава за волонтерською діяльністю в 2010 р. посідала лише 150 місце (лише 5 відсотків нашого населення приймало участь у волонтерській роботі) [2]. Але після Революції Гідності та наступних подій, в Україні відбулося відродження волонтерського руху, який фахівці вважають важливою складовою громадянського суспільства і головною рушійною силою реформування країни [1].

Згідно з результатами проведеного на замовлення ООН на початку 2014 р. компанією GfK Ukraine загальнонаціонального дослідження стану волонтерства в Україні встановлено,

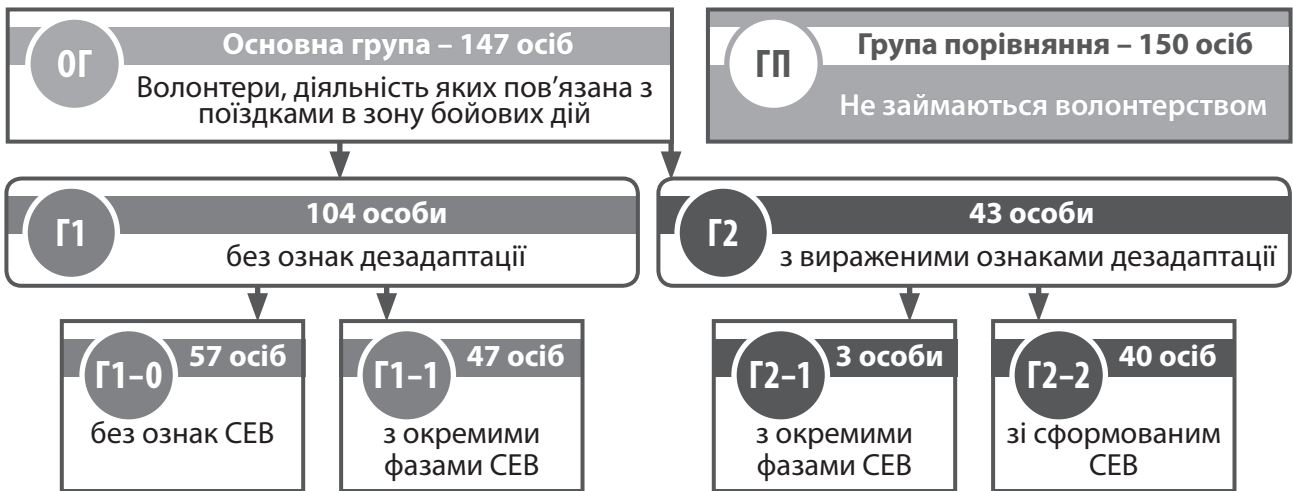


Рис. 1. Розподіл обстежених на групи дослідження

що українцями визнається значна роль проведення волонтерських заходів в суспільних процесах: так, 62% співвітчизників визнають провідну роль діяльності волонтерів у політичних змінах; 85% громадян стверджують, що волонтерський рух сприяє зміцненню миру; а 81% вважають волонтерські заходи обов'язковою складовою соціально розвиненого громадянського суспільства. Також було констатовано, що 23% громадян нашої держави вже мали досвід проведення волонтерських заходів, 9% з яких приєдналися до волонтерського руху на протязі останнього року. Основним напрямком волонтерських заходів у 2014 р. була допомога військовим (проводилася 70% волонтерів). До Майданівських подій самими визначними напрямками волонтерської діяльності були: підтримка соціально незахищених верств населення та допомога в благоустрої громадського простору [1].

Станом на квітень 2017 р., за даними опитування Центру А. Разумкова, серед державних та суспільних інституцій найбільшою довірою громадян користувалися волонтерські організації (ім довіряють 66,00% опитаних). Далі йшли Церква (63,30%), Збройні Сили України (55,90%), Нацгвардія (49,00%) [3].

Але разом з цим серед представників волонтерського руху тенденцією останніх (2015–2017) років є накопичення розчарування у сенсі своєї роботи [3]. Підтвердженням цього є тренд зниження кількості осіб, які займаються волонтерством: із 26,00% у 2014 р. до 13,00% в 2015 р., що відображене у світовому рейтингу благодійності, який формується британською організацією Charity Aid Foundation [4].

Повідомлення про накопичення втоми та спад волонтерської активності все більше і все частіше з'являються в засобах масової інформації та ширяться соціальними мережами [5–8].

Зрозуміло, що за таких умов ризик виникнення у волонтерів станів психологічної дезадапта-

ції різко зростає, що робить актуальними дослідження, спрямовані на вивчення різноманітних аспектів клінічних проявів та механізмів формування зазначених патологічних станів.

Мета дослідження

Дослідження особливостей стану психоемоційної сфери у волонтерів, діяльність яких пов'язана з забезпеченням військових у зоні бойових дій, проводилося з метою ідентифікації клінічних проявів притаманної волонтерам дезадаптації та виділення мішеней її психокорекції.

Матеріали і методи дослідження

Нами було обстежено 147 осіб, які займалися волонтерською діяльністю, пов'язаною з забезпеченням військових в зоні бойових дій, не менше 1 року. Серед обстежених було 108 жінок (73,50% від загальної кількості), середній вік яких склав $28,02 \pm 4,33$ р., і 39 чоловіків (26,50%), середній вік – $30,79 \pm 4,57$ р.

За допомогою опитувальника «Оцінка професійної дезадаптації (ПД)» О. Н. Родіної в адаптації М. А. Дмитрієвої [9] було проведено оцінку проявів дезадаптації у волонтерів, що дозволило визначити варіативність вираженості ознак дезадаптації: від легких порушень до станів, виникнення яких вимагає втручання спеціалістів з метою зниження негативного ефекту.

Залежно від рівня дезадаптації обстежених нами було виділено дві групи:

- Г1 – група умовної норми, у представників якої виявлені незначні порушення, що не досягали клінічного рівня (104 особи, що складає 70,70% від загальної кількості);
- Г2 – група з наявними явищами або ознаками дезадаптації (43 особи – 29,30%).

Для найбільш комплексної та детальної діагностики стану дезадаптації проводили також дослідження за допомогою методики «Діагностика рівня "емоційного вигорання"» В. В. Бойка [9].

Таблиця 1

Структура рівнів депресії у волонтерів та у ГП

Рівень вираженості депресії	ГП		Волонтери		p
	абс.	%	абс.	%	
Відсутність депресивної симптоматики	145	96,70	71	48,40	<0,01
Легка депресія (субдепресія)	5	3,30	23	15,60	<0,01
Помірна депресія	–	–	18	12,20	<0,01
Виражена депресія (середньої важкості)	–	–	35	23,08	<0,01
Разом	150	100,00	147	100,00	–

Таблиця 2

Показники вираженості депресії за шкалою Бека у волонтерів та у ГП (середній бал)

Показник	ГП	Волонтери	p
Печаль	0,05±0,21	0,47±0,50	<0,01
Песимізм	0,13±0,33	1,35±0,79	<0,01
Відчуття невдачі	0,12±0,33	0,65±0,75	<0,01
Незадоволеність собою	0,07±0,26	1,26±0,73	<0,01
Почуття провини	0,01±0,12	0,10±0,30	<0,01
Відчуття покарання	0,01±0,08	0,10±0,33	<0,01
Самозаперечення	0,01±0,12	0,35±0,51	<0,01
Самозвинувачення	0,06±0,29	0,53±0,77	<0,01
Наявність суїцидальних думок	0,01±0,08	0,17±0,38	<0,01
Плаксивість	0,23±0,42	1,08±0,91	<0,01
Дратівливість	0,67±1,01	1,65±1,07	<0,01
Соціальна відчуженість	0,17±0,38	0,69±0,56	<0,01
Нерішучість	0,16±0,37	0,73±0,73	<0,01
Дисморфофобія	0,08±0,27	0,20±0,40	<0,01
Труднощі в роботі	0,01±0,12	0,50±0,50	<0,01
Безсоння	0,40±0,49	0,75±0,59	<0,01
Втомлюваність	0,14±0,35	0,76±0,44	<0,01
Втрата апетиту	0,16±0,37	0,38±0,49	<0,01
Втрата ваги	0,01±0,08	0,21±0,41	<0,01
Занепокоєння станом здоров'я	0,01±0,12	0,26±0,52	<0,01
Втрата сексуального потягу	0,02±0,14	0,51±0,61	<0,01
Загальний показник депресії	2,53±2,49	12,70±7,20	<0,01
Когнітивно-афективна субшкала	1,70±2,23	9,13±5,16	<0,01
Субшкала соматичних проявів депресії	0,83±0,89	3,57±2,62	<0,01

З урахуванням ступеня емоційного вигорання було виділено чотири групи залежно від частоти і сформованості синдрому емоційного вигорання (СЕВ):

1. **G1-0** (57 осіб/38,80%) – волонтери без клінічно окреслених ознак дезадаптації, у яких не встановлено жодної з фаз СЕВ, що формується чи сформована;
2. **G1-1** (47 осіб/32,00%) – волонтери без клінічно окреслених ознак дезадаптації, у яких встановлено формування СЕВ за окремими фазами;
3. **G2-1** (3 особи/2,00%) – волонтери з наявними явищами або ознаками дезадаптації, у яких встановлено формування СЕВ за окремими фазами;
4. **G2-2** (40 осіб/27,20%) – волонтери з наявними явищами або ознаками дезадаптації, у яких встановлено сформований СЕВ.

До групи порівняння (ГП) увійшли 150 психічно здорових осіб, які не займалися волонтерською діяльністю. ГП була відповідною до основних груп за віковими, гендерними та соціальними характеристиками.

Загальний розподіл груп дослідження представлено на **рис. 1**.

Вивчення особливостей психопатологічних проявів психоемоційного стану обстежених проводили за допомогою шкали депресії А. Бека [10].

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз особливостей психопатологічних проявів депресивної симптоматики в обстежених дозволив встановити певні важливі закономірності. Абсолютну відсутність ознак депресивної симптоматики продемонстрували лише 48,40% волонтерів; у 15,60% були виявлені ознаки легкої депресії (субдепресії), у 12,20% – помірної депресії, а у 23,80% – вираженої депресії (середньої важкості). В ГП лише у 3,30% обстежених були наявні ознаки легкої депресії, а у решти 96,70% ознаки депресії були відсутні (**табл. 1**).

Виразеність депресивних проявів у волонтерів виявилася значуще вищою, ніж у осіб ГП, – як за загальним показником депресії і показниками когнітивно-афективної субшкали та субшкали соматичних проявів депресії, так і за всіма показниками шкали Бека (**табл. 2**).

Вивчення особливостей рівнів вираженості

Таблиця 3

Структура рівнів депресії у волонтерів із ознаками дезадаптації та без них

Рівень вираженості депресії	Г1		Г2		p
	абс.	%	абс.	%	
Відсутність депресивної симптоматики	71	68,30	0	0,00	<0,01
Легка депресія (субдепресія)	21	20,20	2	4,70	<0,05
Помірна депресія	9	8,70	9	20,90	<0,05
Виражена депресія (середньої важкості)	3	2,90	32	74,40	<0,01
Разом	104	100,10	43	100,00	–

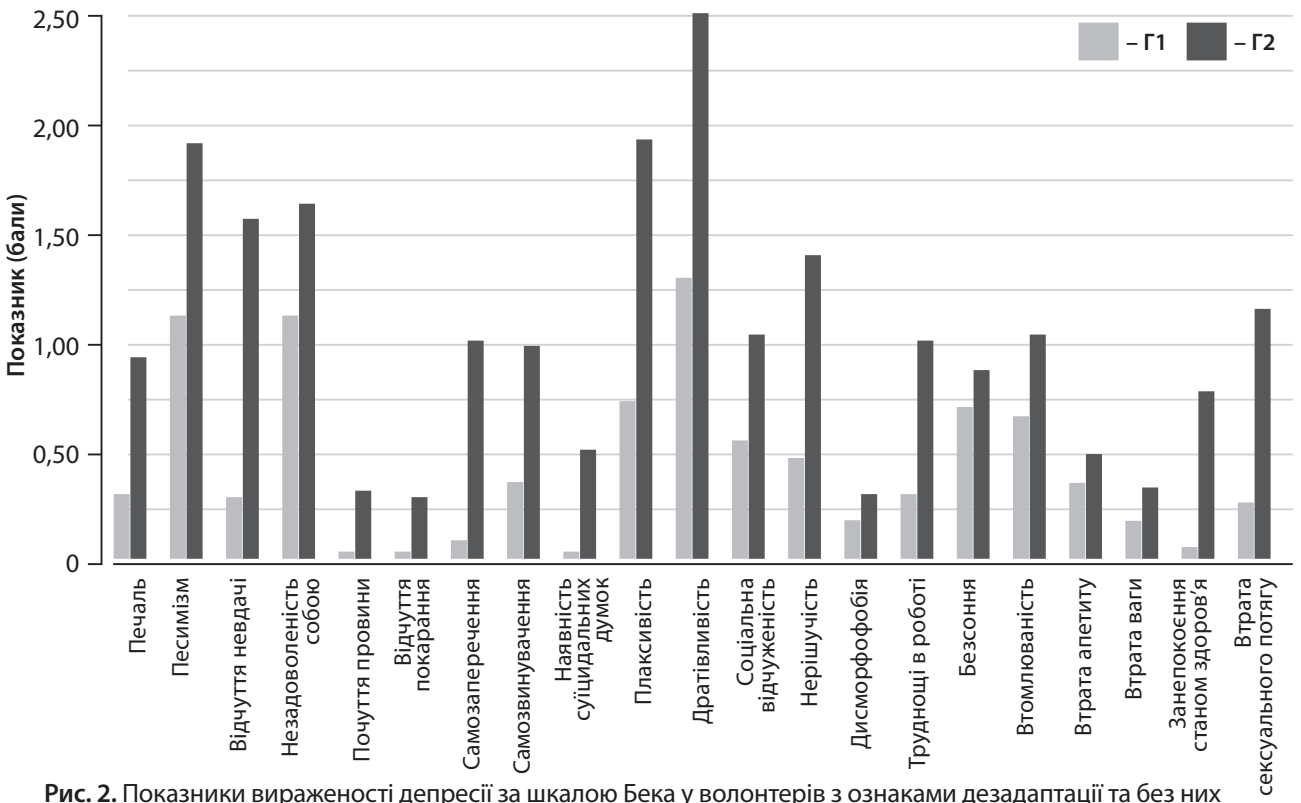


Рис. 2. Показники вираженості депресії за шкалою Бека у волонтерів з ознаками дезадаптації та без них

депресії у волонтерів із різним ступенем дезадаптації дозволило говорити про суттєві розбіжності (табл. 3). Так, якщо у переважній більшості осіб Г1 (68,30%) не було виявлено ознак депресії, у 20,20% виявлено ознаки легкої депресії (субдепресії), у 8,70% – помірної депресії і у 2,90% – депресії середньої важкості, то у Г2 усі волонтери мали ви-

явлені ознаки депресії: у 4,70% – легкої, у 20,90% – помірної і у 74,40% – вираженої. Розбіжності між групами є статистично значущими (табл. 3).

Аналіз особливостей депресивної феноменології у волонтерів залежно від рівня дезадаптації виявив асоційованість депресивних та дезадаптивних проявів. При цьому важливо на-

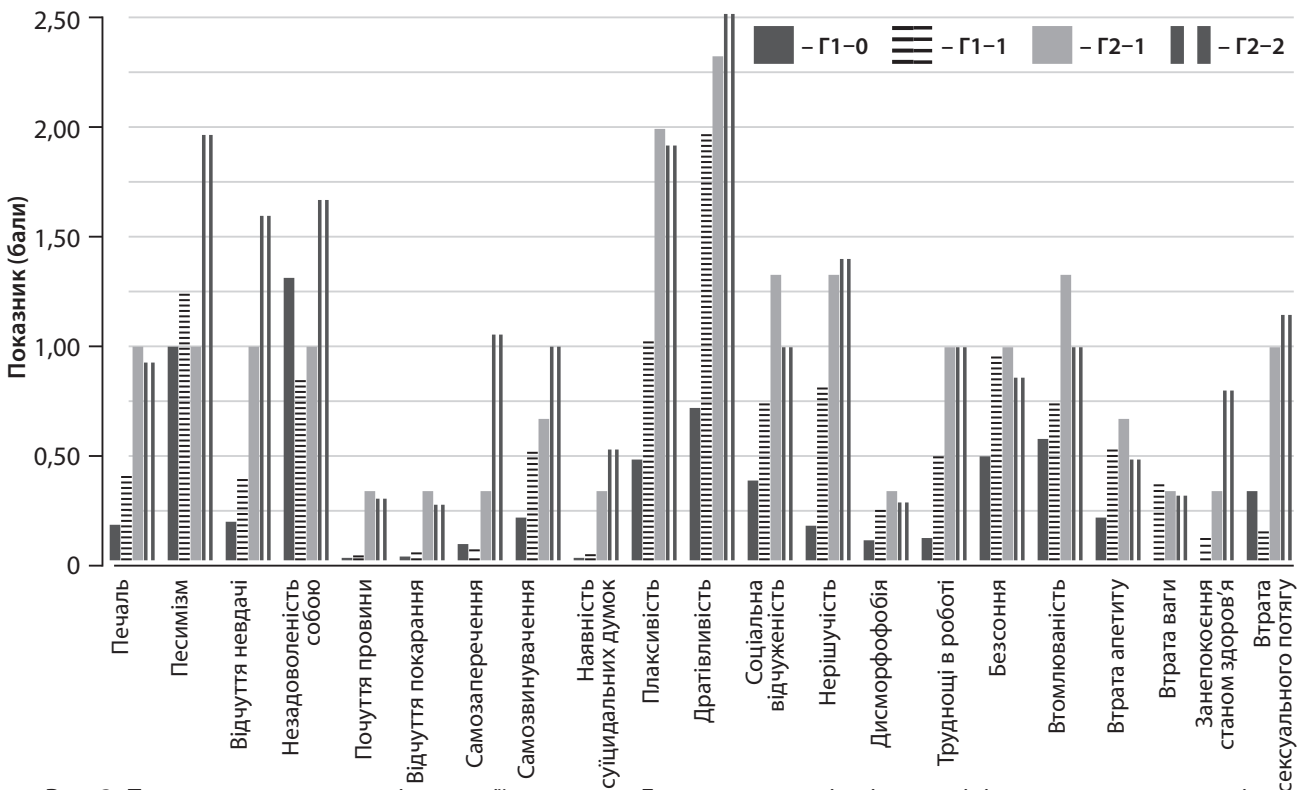


Рис. 3. Показники вираженості депресії за шкалою Бека у волонтерів різних клінічних груп за вираженістю дезадаптації та емоційного вигорання

голосити, що навіть у тих волонтерів, які не мали клінічних ознак дезадаптації, показники вираженості депресивної симптоматики були значуще вищими, ніж у ГП, хоча й не досягали рівня, достатнього для діагностики субдепресивного стану (рис. 2, табл. 4). Це стосувалося як загального показника депресії і показників за когнітивно-афективною субшкалою і шкалою соматичних

проявів депресії, так і ключових симптомів, що складають шкалу Бека. Волонтери Г2, у яких були наявні ознаки дезадаптації, мали значуще гірші показники за всіма складовими шкали Бека. Значущі відмінності за основними симптомами депресії виявлені також між групами Г1 та Г2.

Під час дослідження особливостей проявів депресії у волонтерів з різним ступенем емоцій-

Показники вираженості депресії за шкалою Бека у волонтерів з ознаками дезадаптації та без них (середній бал)

Таблиця 4

Показник	Г1	Г2	р ГП / Г1	р ГП / Г2	Г1 / Г2
Печаль	0,28±0,45	0,93±0,26	<0,01	<0,01	<0,01
Песимізм	1,12±0,63	1,91±0,87	<0,01	<0,01	<0,01
Відчуття невдачі	0,28±0,45	1,56±0,50	<0,01	<0,01	<0,01
Незадоволеність собою	1,11±0,67	1,63±0,76	<0,01	<0,01	<0,01
Почуття провини	0,02±0,14	0,30±0,46	>0,05	<0,01	<0,01
Відчуття покарання	0,03±0,17	0,28±0,50	>0,05	<0,01	<0,01
Самозаперечення	0,08±0,27	1,00±0,31	<0,05	<0,01	<0,01
Самозвинувачення	0,35±0,64	0,98±0,89	<0,01	<0,01	<0,01
Наявність суїцидальних думок	0,03±0,17	0,51±0,51	>0,05	<0,01	<0,01
Плаксивість	0,73±0,63	1,93±0,94	<0,01	<0,01	<0,01
Дратівливість	1,29±0,98	2,51±0,74	<0,01	<0,01	<0,01
Соціальна відчуженість	0,55±0,61	1,02±0,15	<0,01	<0,01	<0,01
Нерішучість	0,46±0,59	1,40±0,62	<0,01	<0,01	<0,01
Дисморфофобія	0,17±0,38	0,28±0,45	<0,05	<0,01	>0,05
Труднощі в роботі	0,29±0,46	1,00±0,00	<0,01	<0,01	<0,01
Безсоння	0,70±0,67	0,86±0,35	<0,01	<0,01	>0,05
Втомлюваність	0,65±0,48	1,02±0,15	<0,01	<0,01	<0,01
Втрата апетиту	0,34±0,47	0,49±0,51	<0,01	<0,01	>0,05
Втрата ваги	0,16±0,37	0,33±0,47	<0,01	<0,01	<0,05
Занепокоєння станом здоров'я	0,05±0,21	0,77±0,68	>0,05	<0,01	<0,01
Втрата сексуального потягу	0,25±0,50	1,14±0,35	<0,01	<0,01	<0,01
Загальний показник депресії	8,92±4,27	21,84±3,84	<0,01	<0,01	<0,01
Когнітивно-афективна субшкала	6,31±2,50	15,95±3,14	<0,01	<0,01	<0,01
Субшкала соматичних проявів депресії	2,62±2,38	5,88±1,48	<0,01	<0,01	<0,01

Таблиця 5

Структура рівнів депресії у волонтерів різних клінічних груп з різним ступенем вираженості

Рівень вираженості депресії	Г1-0		Г1-1		Г2-1		Г2-2		ГП / Г1-0	ГП / Г1-1	ГП / Г2-1	ГП / Г2-2	Г1-0 / Г1-1	Г1-0 / Г1-2	Г1-0 / Г2-2	Г1-1 / Г2-1	Г1-1 / Г2-2	Г2-1 / Г2-2
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%										
Відсутність депресивної симптоматики	53	93,00	18	38,30	-	-	-	-	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05
Легка депресія (субдепресія)	4	7,00	16	34,00	-	-	2	5,00	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05
Помірна депресія	-	-	10	21,30	2	66,70	7	17,50	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05
Виражена депресія (середньої важкості)	-	-	3	6,40	1	33,30	31	77,50	>0,05	<0,05	<0,05	<0,01	>0,05	<0,05	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05
Разом	57	100,00	47	100,00	3	100,00	40	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ного вигорання було виявлено чітку динаміку наростання вираженості депресії з посиленням ступеню вигорання. Так, у Г1-0 переважна більшість обстежених (93,00%) не мали ознак де-

пресії, ще у 7,00% була виявлена субдепресивна симптоматика. У волонтерів Г1-1 приблизно у рівній кількості обстежених були відсутні ознаки депресії (38,30%) та наявна депресія лег-

Таблиця 6

Показники вираженості депресії за шкалою Бека у волонтерів різних клінічних груп за вираженістю дезадаптації та емоційного вигорання (середній бал)

Фаза / Симптом	Середні значення, М±m (балів)				Розбіжності									
	Г1		Г2		ГП/Г1-0	ГП/Г1-1	ГП/Г2-1	ГП/Г2-2	Г1-0/Г1-1	Г1-0/Г1-2	Г1-0/Г2-2	Г1-1/Г2-1	Г1-1/Г2-2	Г2-1/Г2-2
	Г1-0	Г1-1	Г2-1	Г2-2										
Печаль	0,18±0,38	0,40±0,50	1,00±0,00	0,93±0,27	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,05	<0,01	<0,01	<0,05	<0,01	>0,05
Песимізм	1,00±0,57	1,26±0,67	1,00±0,00	1,98±0,86	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,05	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05
Відчуття невдачі	0,19±0,40	0,38±0,49	1,00±0,00	1,60±0,50	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,05	<0,01	<0,01	<0,05	<0,01	<0,05
Незадоволеність собою	1,32±0,78	0,85±0,36	1,00±0,00	1,68±0,76	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	<0,05	>0,05	<0,01	>0,05
Почуття провини	0,02±0,13	0,02±0,15	0,33±0,58	0,30±0,46	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01	<0,05	<0,01	>0,05
Відчуття покарання	0,02±0,13	0,04±0,20	0,33±0,58	0,28±0,51	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01	<0,05	<0,01	>0,05
Самозаперечення	0,09±0,29	0,06±0,25	0,33±0,58	1,05±0,22	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01
Самозвинувачення	0,21±0,53	0,51±0,72	0,67±0,58	1,00±0,91	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,05	<0,05	<0,01	>0,05	<0,05	>0,05
Наявність суїцидальних думок	0,02±0,13	0,04±0,20	0,33±0,58	0,53±0,51	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01	<0,05	<0,01	>0,05
Плаксивість	0,49±0,63	1,02±0,49	2,00±1,00	1,93±0,94	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,05	<0,01	>0,05
Дратівливість	0,72±0,65	1,98±0,87	2,33±0,58	2,53±0,75	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05
Соціальна відчуженість	0,39±0,49	0,74±0,67	1,33±0,58	1,00±0,00	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,05	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01
Нерішучість	0,18±0,38	0,81±0,61	1,33±0,58	1,40±0,63	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05
Дисморфобія	0,11±0,31	0,26±0,44	0,33±0,58	0,28±0,45	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01	<0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Труднощі у роботі	0,12±0,33	0,49±0,51	1,00±0,00	1,00±0,00	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05
Безсоння	0,49±0,50	0,96±0,75	1,00±0,00	0,85±0,36	>0,05	<0,01	<0,05	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05
Втомлюваність	0,58±0,50	0,74±0,44	1,33±0,58	1,00±0,00	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	<0,05	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01
Втрата апетиту	0,21±0,41	0,49±0,51	0,67±0,58	0,48±0,51	>0,05	<0,01	<0,05	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05
Втрата ваги	0,00±0,00	0,36±0,49	0,33±0,58	0,33±0,47	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05
Занепокоєння станом здоров'я	0,00±0,00	0,11±0,31	0,33±0,58	0,80±0,69	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,05	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05
Втрата сексуального потягу	0,33±0,58	0,15±0,36	1,00±0,00	1,15±0,36	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	<0,05	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05
Загальний показник депресії	6,65±1,91	11,68±4,72	19,00±3,00	22,05±3,84	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,05	<0,01	>0,05
Когнітивно-афективна субшкала	4,81±1,54	8,13±2,21	13,00±1,00	16,18±3,14	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05
Субшкала соматичних проявів депресії	1,84±1,45	3,55±2,92	6,00±2,00	5,88±1,47	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05

кого ступеня (34,00%); у дещо меншій кількості (21,30%) – помірна депресія, а у 6,40% – депресія середньої важкості. Натомість, у Г2–1 осіб з відсутністю ознак депресії та депресії легкого ступеня не виявлено, а більшість волонтерів цієї групи (66,70%) демонстрували ознаки депресії помірного ступеня, а в 33,30% була наявна депресія середньої важкості. Найважчими прояви депресії були у Г2–2, де у 5,00% були виявлені ознаки легкої депресії, у 17,50% – помірної і у 77,50% – середньої важкості (табл. 5).

Аналіз кількісних показників депресивної симптоматики з урахуванням ступеню дезадаптації та емоційного вигорання також засвідчив міцний взаємозв'язок депресивної симптоматики та дезадаптації й емоційного вигорання (рис. 3, табл. 6). Так, показники депресивної симптоматики в Г1–0 більшою мірою наближені до характерних для ГП. Але разом з цим за основними симптомами шкали депресії Бека (печаль, песимізм, незадоволеність собою, самозаперечення, самозвинувачення, плаксивість, соціальна відчуженість, труднощі в роботі, втомлюваність, втрата сексуального потягу), а також за загальним показником депресії, когнітивно-афективною субшкалою і субшкалою соматичних проявів депресії результати у цій групі дещо гірші, ніж у ГП. А у Г1–1, Г2–1 та Г2–2 – суттєво гірші порівняно з ГП. При цьому найвищий рівень вираженості депресивної симптоматики було зареєстровано у Г2–2 і Г2–1.

Загальний показник депресії у волонтерів Г1–0 склав $6,65 \pm 1,91$ б., що відповідає відсутності ознак депресії; у Г1–1 – $11,68 \pm 4,72$ б., що відповідає легкій депресії (субдепресії); у Г2–1 – $19,00 \pm 3,00$ б., що відповідає депресії помірного ступеню; у Г2–2 – $22,05 \pm 3,84$ б., що відповідає вираженій депресії (середньої важкості). Значення за когнітивно-афективною субшкалою в обстежених Г1–0 склали $4,81 \pm 1,54$ б., у Г1–1 – $8,13 \pm 2,21$ б., у Г2–1 – $13,00 \pm 1,00$ б., у Г2–2 – $16,18 \pm 3,14$ б.; за субшкалою соматичних проявів депресії – відповідно $1,84 \pm 1,45$ б., $3,55 \pm 2,92$ б., $6,00 \pm 2,00$ б. та $5,88 \pm 1,47$ б.

Таким чином, у волонтерів були виявлені ознаки депресії, які у значній кількості обстежених сягали рівня легкої, помірної і навіть середньої важкості. Важкість депресивних проявів як в

цілому, так і окремої депресивної симптоматики виявилася тісно пов'язаною зі ступенем дезадаптації та емоційного вигорання волонтерів.

Висновки

Волонтерська діяльність несе потенційні ризики розвитку розладів психоемоційної сфери, які зустрічаються серед волонтерів достовірно частіше порівняно зі звичайною вибіркою: різноманітні прояви депресивного реагування різного ступеню вираженості притаманні 51,60% усіх обстежених, які займаються волонтерською діяльністю (в загальній вибірці умовно здорових – 3,30% осіб).

Стрижневим клінічним феноменом властивої волонтерам дезадаптації є депресивна симптоматика. Усі волонтери з явищами або ознаками дезадаптації (29,30% від загальної кількості) страждають від депресивних проявів переважно середнього (74,40%) або помірного (20,90%) ступеню. Серед волонтерів з незначними ознаками або без ознак психологічної дезадаптації (70,70%), не мають депресивної симптоматики 63,80%, а переважна кількість інших (20,20%) – легкий рівень її вираженості. Рівень вираженості та клінічний зміст депресивної симптоматики тісно пов'язаний зі ступенем емоційного вигорання волонтерів: з посиленням вигорання зростають як кількісні (вираженість), так і якісні (клінічна варіативність) показники депресії.

Відповідно до того, як формується СЕВ, збільшується вираженість депресивних проявів: серед осіб, в яких спостерігаються окремі фази СЕВ, що формуються, превалює помірний рівень депресивного реагування з переважанням когнітивно-афективних проявів (66,70% обстежених), в той час як серед волонтерів зі сформованим СЕВ середня вираженість депресії діагностується у 77,56%, а симптоматика трансформується в бік соматизації з підвищенням показників соматичних проявів депресії.

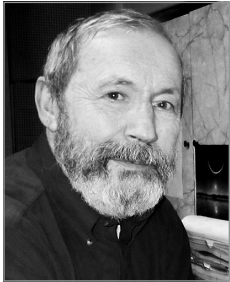
Перспектива подальших досліджень полягає в розробці заходів психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки волонтерів, діяльність яких пов'язана з забезпеченням військових в зоні бойових дій, що буде зроблено нами з урахуванням визначених психопатологічних закономірностей.

Література

1. Матяш М. М. Українське волонтерство – явище унікальне. Йому завдячуємо суверенітетом / М. М. Матяш. – URL: www.ukrinform.ua/rubric-society/2324579-ukrainske-volonterstvo-avise-unikalne-jomu-zavdacuemo-suverenitetom.html
2. Сидоренко О. О. Волонтерський рух у світі та в Україні / О. О. Сидоренко // Актуальні проблеми психології. – 2016. – Т. 10, вип. 28. – URL: <http://www.apppsychology.org.ua/index.php/ua/arkhiv-vydannia/tom-10/vipusk-28-v-10-mua>
3. Матяш М. М. Українське волонтерство – явище унікальне, але не без проблем / М. М. Матяш. – URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2342731-ukrainske-volonterstvo-avise-unikalne-ale-ne-bez-problem.html>
4. Світовий рейтинг благодійності World giving index 2015. – URL: <https://www.cafonline.org/about-us/publications/2015-publications/world-giving-index-2015>
5. Волонтери втомилися. – URL: <http://gk-press.if.ua/volontery-vtomylysyia/>
6. Добровольці і волонтери. Чи допомагають армії на третій рік війни. – URL: http://espresso.tv/article/2016/06/10/dobrovolci-i-volontery_chy_lyshyvsya_entuziazm_na_tretiy_rik_vijny
7. Українські волонтери: втома від війни і друге дихання. – URL: <http://socportal.info/2016/08/17/ukrayinski-volonteri-vtoma-vid-vijni-i-drughe-dihannya.html>
8. Волонтерство: небезпечна втома. – URL: <http://sp.lvivport.com/lvivnews/n/31063>
9. Практикум по психології менеджмента и профессиональной деятельности: учеб. пособие; под ред. Г. С. Никифорова, М. А. Дмитриевой, В. М. Снеткова. – СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2003. – С. 147–151.
10. Шкалы для оценки депрессии; под ред. А. Б. Смулевича. – М., 2005. – 22 с.

УДК: 159.9.072.422; 159.99

РЕВНОСТЬ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН



В. Ф. Простомолотов



А. И. Простомолотова

© Простомолотов Валерій Федорович (Україна) – д.мед.н., професор кафедри клінічної психології, Одеський національний університет імені І. І. Мечникова, вул. Дворянська, 2, м. Одеса, 65058; e-mail: stomolot@onu.edu.ua; ORCID: 0000-0002-8586-4013.

© Valeriy Prostomolotov (Ukraine) – MD, PhD in Medicine, Professor of the Department of Clinical Psychology, I. I. Mechnikov Odesa National University, 2 Dvorianska Street, Odesa, 65058; e-mail: stomolot@onu.edu.ua; ORCID: 0000-0002-8586-4013.

© Простомолотов Валерий Федорович (Украина) – д.мед.н., профессор кафедры клинической психологии, Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова, ул. Дворянская, 2, г. Одесса, 65058; e-mail: stomolot@onu.edu.ua; ORCID: 0000-0002-8586-4013.

© Простомолотова Аліна Іванівна (Україна) – клінічний психолог, аспірант кафедри клінічної психології, Одеський національний університет імені І. І. Мечникова, вул. Дворянська, 2, м. Одеса, 65058; e-mail: stomolot@onu.edu.ua; ORCID: 0000-0001-6034-2545.

© Alina Prostomolotova (Ukraine) – clinical psychologist, postgraduate student of the Department of Clinical Psychology, I. I. Mechnikov Odesa National University, 2 Dvorianska Street, Odesa, 65058; e-mail: stomolot@onu.edu.ua; ORCID: 0000-0001-6034-2545.

© Простомолотова Алина Ивановна (Украина) – клинический психолог, аспирант кафедры клинической психологии, Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова, ул. Дворянская, 2, г. Одесса, 65058; e-mail: stomolot@onu.edu.ua; ORCID: 0000-0001-6034-2545.

№ 9, 2018, стр.101–108

JEALOUSY AS A PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL PHENOMENON

Abstract.

In order to establish the relationship between jealousy as a personality trait and accentuations or anomalies of character (especially in such types as jamming, exciting, emotional, demonstrative), as well as studying the influence on the jealousy of other personality traits - for example, high emotional excitement and aggressiveness, as well as egocentrism, situational anxiety, and others. 30 people (18 women and 12 men) aged 21 to 49 years were examined. During the study the following tasks were solved: selection of diagnostic techniques; conducting a diagnostic conversation / clinical and psychological study in order to collect the necessary information about the conditions and situations in the lives of the subjects being studied; conducting experimental and psychological research aimed at revealing jealousy (according to the author's questionnaire); definition of the type of accentuation of character (the method of Leonhard–Shmyshek); definition of aggressiveness (Bass–Darkie test); determination of level of personal anxiety (Spielberger–Hanin method); processing and interpretation of research results. According to the authors, the theme of jealousy in psychological research does not give the importance it deserves, because jealousy can provoke the same neurotic, psychopathic reactions and developments, and also become a source of valuable ideas and delusions of jealousy. One cannot ignore the semantic meaning of the word "jealousy". In the work, besides the clinical-psychological method of research, three tests (Leonhard–Shmyshek, Bass–Darkie, Spielberger–Khanin), an author's questionnaire was used to reveal jealousy. According to research, jealousy is based on accentuated character and personality disorder, and external factors contribute to its discovery. It was found that up to the zealous neurotic reactions tend to accentuated individuals, and to supersaturated ideas of jealousy – pathological (strangers / paranoid, excitatory, emotional, exalted and demonstrative, as well as mixed types).

Key words:

jealousy, personality disorder, accentuation of character, supersensory and absurd idea.

РЕВНОСТЬ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН

Аннотация.

Для установления взаимосвязи между ревностью как личностной черты и акцентуациями или аномалиями характера (особенно при таких его типах, как застреваемость, возбудимость, эмотивность, демонстративность), а также изучение влияния на ревность других особенностей личности – например, высокой эмоциональной возбудимости и агрессивности, а также эгоцентризма, ситуативной тревожности и др. было исследовано 30 человек (18 женщин и 12 мужчин) в возрасте от 21 до 49 лет. В ходе исследования решались следующие задачи: подбор диагностических методов; проведение диагностической беседы/клинико-психологического исследования с целью сбора необходимой информации об условиях и ситуации в жизни испытуемых; проведение экспериментально-психологических исследований, направленных

ных на выявление ревности (согласно авторскому опроснику); определение типа акцентуации характера (методика Леонгарда–Шмишека); определение показателя агрессивности (тест Басса–Дарки); определение уровня личностной тревожности (методика Спилбергера–Ханина); обработка и интерпретация результатов исследования. По мнению авторов, тема ревности в психологических исследованиях не предоставляется того значения, которого она заслуживает, потому что ревность может провоцировать одноименные невротические, психопатические реакции и развития, а также становится источником сверхценных идей и бреда ревности. Нельзя игнорировать и семантическое значение слова «ревность». В работе, кроме клинико-психологического метода исследования, трех тестов (Леонгарда–Шмишека, Басса–Дарки, Спилбергера–Ханина), был применен авторский опросник для выявления ревности. Согласно проведенным исследованиям, в основе ревности лежит акцентуированный характер и расстройство личности, а внешние факторы способствуют ее выявлению. Было выяснено, что к ревностным невротическим реакциям склонны акцентуированные личности, а к сверхценным идеям ревности – патологические (личности, которые застревают/параноидные, возбудимые, эмотивные, экзальтированные и демонстративные, а также смешанные типы).

Ключевые слова: ревность, расстройство личности, акцентуация характера, сверхценная и бредовая идея.

РЕВНОЩІ ЯК ПСИХОЛОГІЧНИЙ ТА ПСИХОПАТОЛОГІЧНИЙ ФЕНОМЕН

Анотація.

Задля встановлення взаємозв'язку між ревнощами як особистісної риси та акцентуаціями чи аномаліями характеру (особливо при таких його типах, як застряваючі, збудливі, емотивні, демонстративні), а також вивчення впливу на ревнощі інших особливостей особистості – наприклад, високої емоційної збудливості і агресивності, а також егоцентризму, ситуативної тривожності та ін. було досліджено 30 осіб (18 жінок та 12 чоловіків) у віці від 21 до 49 років. В ході дослідження вирішувалися наступні завдання: підбір діагностичних методик; проведення діагностичної бесіди/клініко-психологічного дослідження з метою збору необхідної інформації про умови і ситуації в житті досліджуваних осіб; проведення експериментально-психологічних досліджень, спрямованих на виявлення ревнощів (згідно з авторським опитувальником); визначення типу акцентуації характеру (методика Леонгарда–Шмишека); визначення показника агресивності (тест Басса–Даркі); визначення рівня особистісної тривожності (методика Спилбергера–Ханина); обробка та інтерпретація результатів дослідження. На думку авторів, темі ревнощів у психологічних дослідженнях не надається того значення, якого вона заслуговує, бо ревнощі можуть провокувати однойменні невротичні, психопатичні реакції і розвідки, а також ставати джерелом надцінних ідей і марення ревнощів. Не можна ігнорувати і семантичне значення слова «ревнощі». У роботі, окрім клініко-психологічного методу дослідження, трьох тестів (Леонгарда–Шмишека, Басса–Даркі, Спилбергера–Ханина), було застосовано авторський опитувальник для виявлення ревнощів. Згідно проведених досліджень, в основі ревнощів лежать акцентуований характер і розлад особистості, а зовнішні чинники сприяють її виявленню. Було з'ясовано, що до ревних невротичних реакцій схильні акцентуовані особистості, а до надцінних ідей ревнощів – патологічні (особистості, які застряють/параноїдні, збудливі, емотивні, екзальтовані і демонстративні, а також змішані типи).

Ключові слова: ревнощі, розлад особистості, акцентуація характеру, надцінна і безглузда ідея.

Введение

Приступая к столь знакомой всем, казалось бы, теме, которой посвящены в мире не только десятки диссертационных и монографических научных работ психологов и психиатров, но еще большее количество романов, драм, поэм всемирно известных писателей/драматургов/поэтов, а также, можно сказать, перманентно непрекращающиеся обсуждения в обыденной жизни миллионов людей ситуаций с подобным, широко трактуемым понятием «ревность», считаем, что вначале необходимо как можно более точно раскрыть семантическое значение вроде бы хорошо всем знакомого слова «ревность».

В «Толковом словаре» Вл. Даля [1], кроме двух уже устаревших смыслов («ревность – горячее усердие, старание, стремление, на-

пример, ревностный служака; ревность – досада на успех другого, например, его гложет ревность по чужим удачам»), третий смысл не только прямо отражает настоящую тему, но и, на наш взгляд, вполне определенно указывает на болезненный характер переживаемого состояния (подчеркиваем – болезненного), что устраняет все сомнения относительно самой возможности т. н. нормальной ревности.

Кстати, здесь же по аналогии зададимся вопросом, можно ли назвать физическую или душевную боль нормальной даже в случае ее переносимости? Полагаем, что нет, нельзя. Боль может быть мучительной, непереносимой или терпимой, легкой, но в любом случае это состояние патологическое. Боль – это всегда сигнал о возможной биологической поломке/катастрофе или уже о ее начале, даже при

психогенно-функциональном ее провоцировании.

Согласно Вл. Далю, «ревность – это слепая и страстная недоверчивость, мучительное сомнение в чьей-нибудь любви или верности. Ревность превращает человека в зверя. Ревность – отравка жизни». [1] С. И. Ожегов [2], автор другого Толкового словаря, подчеркивая устарелость первых двух смыслов, по сути, повторяет третий: «Ревность – мучительное сомнение в чьей-нибудь верности или любви. Семейная драма на почве ревности» [2]. Необходимо подчеркнуть, в чем мы убедились лично, что в толковых словарях украинского, французского, английского и немецкого языков также указывается, но со специфическими национальными особенностями, на болезненный характер семантического значения слова ревность.

Так что же, ревность – это всегда психическая патология? Полагаем, встречаются – и не столь редко – случаи, когда речь идет скорее о предневротической реакции, относимой к допатологической форме реагирования. Отметим, однако, что, недавно возникнув, эта форма личностного реагирования на стрессовую ситуацию не приобрела еще общего признания граничной области между невротическим расстройством и нормой, т.е. состоянием психического здоровья.

В контексте излагаемой темы внешние обстоятельства (например, случайно перехваченная улыбка/шутка/жест и даже письмо/записка супруги/супруга, не носящие явно любовного содержания в адрес третьего) у уравновешенной личности с достаточно высоким уровнем самооценки и психологической защиты обычно не вызывают ревностных переживаний, особенно в случае гармонии супружеских отношений. Если же при дисгармонии супружеских отношений, при отсутствии чувства любви кто-то из супругов/партнеров идет на установление интимных отношений с третьим, что достоверно устанавливается обманываемым, то это, провоцируя конфликт (часто – вплоть до разрыва отношений), не всегда, что демонстрирует повседневная бытовая реальность, может сопровождаться ревностными страданиями, более того, повод для разрыва отношений может даже вызывать чувство облегчения и радости.

В этом отношении весьма убедительны песни и частушки народов мира. В одной вологодской частушке покинутая любимым девушка в мелодичном речитативе поет: «Мине Коля изменил, думала, с ума сойду». Но тут же одним махом сбрасывает с себя уныние: «Эх, передумала, решила, да я другого заведу». А в известной неаполитанской песне тенор восторженно поет: «Милая покинула меня, все

вокруг меня преобразилось. Весел я, исчезли все заботы». По мажору песни чувствуется, что персонаж готов прыгать от радости, что милая (наконец-то!) покинула его.

Как видим, ревность обуславливается сочетанием внутренних и внешних обстоятельств, обычно при доминировании первых, среди которых акцентуация и патология характера, последствия органического поражения ЦНС, алкогольная интоксикация часто играют решающую роль. В то же время очевидно, что большую роль в развитии чувства ревности играют особенности воспитания и установки на брак, любовь и значения отношений для индивидуума с ревнуемым партнером.

Актуальность данной работы обусловлена тем, что теме ревности в психологических исследованиях (в том числе, в области дифференциальной диагностики и психологической экспертизы) не придается такого большого значения, какого она заслуживает. Нельзя забывать, что, наравне с завистью, ревность может быть проявлением эгоцентризма, инфантилизма, специфических акцентуаций и патологий характера, эмоциональной нестабильности, а также развиваться в связи с органическими последствиями поражения ЦНС и ее интоксикациями и провоцировать одноименные невротические, психопатические реакции и развития. Кроме этого, ревность также может лежать в основе сверхценных идей и даже бреда ревности, в т.ч. – в структуре психозов (особенно их скрытых форм) шизофренического, эпилептического, органического генеза.

Несмотря на достаточно большую распространенность феномена ревности в бракоразводных процессах и судебно-психологических экспертизах, отмечается все еще недостаточная изученность вариативности ее проявлений. С нашей точки зрения, этому способствует отсутствие широкого взаимодействия психологов с психиатрами (вне рамок судебно-психиатрической экспертизы, конечно). Психиатры склонны при малейшем намеке на проявление клинических симптомов ревности относить ее к патологии психики. А психологи, игнорируя патологический характер этого состояния даже в явно выраженных случаях, бесконечно углубляются в психологический анализ внешних причин, спровоцировавших ревность, и склонны все сводить к ним. В результате, психологи игнорируют факторы наследственности, конституции, нейро- и психопатологии, а психиатры – психологические особенности конкретной личности и конкретной пары сексуальных партнеров, а также психологические особенности ситуации, полагая, очевидно, что, будучи второстепенными, они не влияют решающим образом на проявление ревности. Однако это не совсем так: в большинстве случаев

патологической ревности при акцентуациях характера и расстройствах личности особенности ситуации все же оказывают влияние на проявление ревности, и порой существенное (что будет продемонстрировано далее).

Цели и задачи исследования

Целью исследования являлось установление взаимосвязи между ревностью как личностной чертой и акцентуациями или аномалиями характера (особенно при таких его типах, как застревающие, возбудимые, эмотивные, демонстративные), а также изучение влияния на ревность других особенностей личности – например, высокой эмоциональной возбудимости и агрессивности, а также эгоцентризма, ситуативной тревожности и др.

Объектом исследования являлась ревность как психологический и психопатологический феномен в структуре характера (акцентуированного или патологического).

Предмет исследования: ревность во взаимодействии с другими чертами характера.

В ходе исследования решались следующие задачи:

- подбор диагностических методик;
- проведение диагностической беседы/клинико-психологического исследования с целью сбора необходимой информации об условиях и ситуациях в жизни исследуемых лиц;
- проведение экспериментально-психологических исследований, направленных на выявление ревности (согласно авторскому опроснику); определение типа акцентуаций характера (методика Леонгарда–Шмишека); определения показателя агрессивности (тест Басса–Дарки); определение уровня личностной тревожности у испытуемых (методика Спилбергера–Ханина); обработка и интерпретация результатов исследования.

Материалы и методы исследования

Всего было исследовано 30 чел. (18 ж., 12 м.) в возрасте от 21 года до 49 лет. Среди них 26 студентов-психологов (17 ж., 9 м.) заочного отделения ИИСТ ОНУ им. И. И. Мечникова, отобранных методом свободной выборки. Т.к. у нас не было уверенности, что среди этих респондентов будут выявлены личности с патологической ревностью, также были исследованы 4 чел. (1 ж. и 3 м.) из числа наших знакомых, о которых достоверно известно, что они болезненно ревнивы. Все обследуемые обладали, по крайней мере, одним законченным высшим образованием.

Вынужденно забегаая вперед, отметим, что среди 26 студентов в ходе исследования были выявлены 4 чел. с повышенной ревностью (все ж.), что в сумме составило 8 чел. (5 жен., 3 муж.);

все они выделены в основную/экспериментальную группу (О/ЭГ), а 22 человека из числа студентов (13 ж., 9 м.) составили группу контроля (ГК).

■ **Клинико-психологический метод исследования.** На большое, часто решающее, значение клинико-психологического метода исследования в диагностической работе клинического психолога указывали в своих трудах известные психологи и психиатры К. Леонгард [3], А. В. Снежневский [4], Б. В. Зейгарник [5], др. В связи с этим приведем ранее описанный нами клинический случай [6], демонстрирующий проявления и динамику развития ревности у пациента, обратившегося к нам – что интересно – совсем с другими проблемами.

«При обнаружении во время расспроса клиента симптомов эмоциональных, идеаторных, психосоматических и других расстройств целесообразно попросить его привести пример, подробно, без медицинских терминов описать то состояние, которое он назвал, так как умозаключение пациента может быть ошибочным. Иногда в полусутливой форме можно попросить пациента «доказать», что он испытывает этот симптом.

Например, пациент сказал, что он ревнив (необходимо заметить, что мнение пациента о том, что он ревнив, только в редких случаях может удовлетворить психолога (психиатра), так как под определением «ревность» может скрываться не только т. н. нормальное чувство, но и сверхценная идея и даже бред). Далее, при умелом продолжении беседы как формы расспроса, пациент, явно стесняясь тех своих действий, называя их «сумасшедшими», но подбадриваемый понимающим психотерапевтом, рассказал следующий эпизод из своей жизни.

Надо отметить, что в тот период он злоупотреблял алкоголем. Поскольку жену он любил, а отношения стали натянутыми, особенно после его очередных алкогольных эксцессов, червь ревности не давал ему покоя. Вот и решил он однажды, ловко маскируясь, выследить жену. Она в то время ухаживала за двухлетним сыном и на работу не ходила, ей помогала теща. Утром он заявил жене, что едет на работу, а сам в это время неподалеку от дома удобно расположился для наблюдения. Вскоре вышла жена.

Далее пациент рассказал в подробностях о своих действиях и переживаемых эмоциях. Маршрут жены был таков, что моментами чуть не подтверждались его догадки, и тогда его сердце сильно билось, злорадные мысли о мести доминировали в сознании. После нескольких подобных «чуть-чуть» жена свернула в переулок, где жила его мать, а затем и вошла к ней в дом. Только тогда до него дошло, зачем и куда по пути заходила его жена; он вспомнил о разговоре между ними накануне, когда они договорились, что жена зайдет к свекрови.

Пациент испытал острое отвращение к себе, понял, что жена была права, когда говорила, что алкоголь высушивает его мозги. С тех пор он прекратил выпивки. Жену больше никогда не выслеживал, хотя ревностные мысли периодами возвращались. Интересно, что для борьбы с очередной атакой ревности у себя он использовал воспоминания того позорного утра, что тут же охлаждало его, возвращало к трезвой оценке действительности.

К нам пациент обратился по поводу, как он говорил, хандры и проходил повторное комплексное лечение в связи с диагностированной у него дистимией (F34.1). Возвращаясь к самооценке пациента «я ревнивый» после столь

подробного освещения этого феномена у него, следует отметить, что конституционально он относился к аффективно-лабильным личностям. В юности пристрастился к компанейским выпивкам, несколько раз переносил черепно-мозговые травмы (ЧМТ). Описанная ревность носит сверхценный характер и типична в подобных случаях эмоциональной нестабильности характера, осложненной последствиями ЧМТ и алкогольной интоксикацией».

■ **Экспериментально-психологический метод исследования.** Приступая к практической части выполнения настоящей работы, мы сразу столкнулись с проблемой выявления

Таблица 1

Тест для выявления ревности

№	ВОПРОС / УТВЕРЖДЕНИЕ	Да	Нет	Не уверен	№	ВОПРОС / УТВЕРЖДЕНИЕ	Да	Нет	Не уверена
	(для мужчин)					(для женщин)			
1	Все женщины склонны к флирту				1	Все мужчины не постоянны			
2	Глава семьи – мужчина				2	Глава семьи – мужчина			
3	Глава семьи – женщина				3	Глава семьи – женщина			
4	Иногда, глядя на моего ребенка, у меня возникает мысль, а мой ли он				4	Мужчина и женщина – это две половинки одного целого			
5	Красивая женщина склонна к измене				5	Красивый мужчина – ловелас			
6	Залог любви – верность				6	Залог любви – верность			
7	«Не прелюбодействуй»				7	«Не прелюбодействуй»			
8	«Первая жена от бога, вторая от лукавого, третья – от дьявола». Верна ли эта пословица?				8	Когда мой муж (друг) в командировке, я как на иголках			
9	Сомневаться в верности супруги – естественно для каждого человека				9	Сомневаться в верности супруга – естественно для каждой женщины			
10	«Если ты смотришь на женщину с вожделением, то ты уже прелюбодействуешь с ней в мыслях своих»				10	Когда мой муж (друг) задерживается на работе, я испытываю беспокойство			
11	Все люди исподтишка наблюдают друг за другом				11	Все люди исподтишка наблюдают друг за другом			
12	Крепкая семья – это любовь				12	Любовь – сказки			
13	Крепкая семья – это верность				13	Крепкая семья – это верность			
14	У меня богатое воображение				14	Человек – кузнец своего счастья			
15	Я люблю женщин				15	В реальной жизни любви не бывает			
16	Я равнодушен к женщинам				16	Я люблю мужчин			
17	Когда любишь – страдаешь от ревности				17	Я не люблю мужчин			
18	Красивый мужчина склонен к измене				18	Когда любишь – страдаешь от ревности			
19	Когда жена носит темные очки, это указывает на то, что она любит наблюдать за посторонними мужчинами				19	Когда мужчина носит темные очки, это указывает на то, что он любит наблюдать за посторонними женщинами			
20	Когда я был юным и наивным, я верил в девичью честность, пока не убедился, что это не так				20	Когда я была юной и наивной, я верила в мужскую честность, пока не убедилась, что это не так			
21	Это нормально, когда у женатого мужчины имеется еще и любовница				21	Любить всю жизнь одного – это все равно, что сказать, что одна свечка будет гореть всю жизнь			

ния ревнивцев. Во-первых, выяснилось, что, если не все, то многие из обследуемых лиц во время беседы с психологом себя таковыми не признают; во-вторых, многие не считают необходимым признаться в этой не самой привлекательной черте характера. Полагаем, что прямое обращение к обследуемым с вопросом, признают ли они себя ревнивыми, обречено на малую эффективность и низкую достоверность. Здесь необходим тест для выявления повышенной ревности, опросник, который, с одной стороны, должен быть компактным, а с другой – содержать вопросы/утверждения с разной степенью скрытости/открытости проявлений ревности у обследуемых людей.

Понятно, что должно быть два варианта опросника: отдельно для мужчин и отдельно для женщин, т.к. вследствие гендерной принадлежности формируются разные установки и стиль поведения, ролевые функции и многое другое. При подборе вопросов/утверждений мы столкнулись с рядом проблем: значительная часть вопросов должна служить выявлению скрытой ревности, что предположительно проявляется при умеренных акцентуациях характера, но меньшая часть должна выявлять сверхценную или даже бредовую ревность. Эти состояния проявляются при тяжелой степени расстройств личности, психопатоподобных формах последствий органического поражения головного мозга, а также при хронических бредовых психозах органического и эндогенного генеза, при которых отсутствующая или резко сниженная критика к своим мыслям и поведению позволяет прямо и беспардонно отвечать на нелепые (для психически здоровых людей) вопросы/утверждения.

Поскольку ревностная значимость и одновременно указание на гармонию или дисгармонию характера у всех вопросов/утверждений опросника разная, им присвоено разное количество баллов.

■ **Обработка результатов теста.** В бланках для мужчин и женщин имеются аналогичные утверждения («Я равнодушен к женщинам», «Я не люблю мужчин»), которые прямого отношения к ревности не имеют, но могут способствовать выявлению иной патологии (апатии, перверсии), имеющей значение для диагностики и психокоррекции.

В пункте 4 теста для мужчин утверждение «Иногда, глядя на моего ребенка, у меня возникает мысль, а мой ли он», которое прямо указывает на бредовую симптоматику и является основанием для более глубокого психопатологического исследования. Если оказывается, что обследуемый «пошутил», то необходимо более тщательно исследовать его эмоциональность и мышление.

Ключи к тесту для мужчин:

- п. 4 = 5 б.,
- пп. 1, 5, 9, 17 = 3 б.,
- пп. 2, 8, 10, 11, 18–21 = 2 б.,
- пп. 3, 6, 7, 12–15 = 1 б.

При подсчете результатов полученные баллы вначале умножаются на 2, а затем суммируются. Максимальная сумма баллов у мужчин равна 80. Сумма баллов более 40 у мужчин указывает на ревность, более 55 – на выраженную ревность.

Ключи к тесту для женщин:

- пп. 1, 5, 9, 18 = 3 б.,
- пп. 3, 8, 10–12, 15, 19–21 = 2 б.,
- пп. 2, 4, 6, 7, 13, 14, 16 = 1 б.

Таблица 2

Показатели исследования О/ЭГ по тесту Леонгарда–Шмишека

Мужчины (n=3); и женщины (n=5)	Типы акцентуаций характера									
	Застревающий (З)	Возбудимый (В)	Демонстративный (Де)	Педантичный (П)	Гипертимный (Г)	Дистимный (Ди)	Циклоидный (Ц)	Экзальтированный (Э)	Тревожный (Т)	Эмотивный (Эм)
М.19	22	15	10	16	9	12	9	12	9	6
М.20	12	15	10	12	15	16	14	24	9	12
М.14	14	12	16	20	18	23	12	12	9	15
М.ср.	16	14	12	16	14	17	12	16	9	11
Ж.6	14	16	10	12	15	14	12	24	6	12
Ж.3	22	15	10	14	9	12	9	12	9	12
Ж.8	14	9	20	10	18	18	12	6	15	12
Ж.7	14	12	24	16	21	9	12	6	9	12
Ж.15	18	21	20	14	20	15	12	24	9	6
Ж.ср	16,4	14,6	16,8	13,2	16,8	13,6	11,4	14,4	9,6	10,8

При подсчете результатов полученные баллы вначале умножаются на 2, а затем суммируются. Максимальная сумма баллов у женщин равна 74. У женщин сумма баллов более 34 указывает на ревность, более 50 – на выраженную ревность.

В данной работе мы также использовали характерологический опросник Леонгарда–Шмишека (табл. 2, 3), тест определения агрессивности Басса–Дарки и шкалу личностной тревоги Ч.Д. Спилбергера в модификации Ю.Л. Ханина.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенные нами клинико-психологические исследования, подтвержденные экспериментально-психологическими тестами, включая авторский, позволили выявить и сформировать О/ЭГ (3 м., 5 ж.), среди которых у 5 респондентов (2 м., 3 ж.) наблюдалась выраженная ревность, а у 3 (1 м., 2 ж.) – повышенная ревность. У этих же лиц определялась выраженная акцентуация характера (1 м., 2 ж.) и расстройство личности (2 м., 3 ж.), прояв-

лявшиеся нарушениями мышления в форме сверхценных идей ревности, эмоциональными и поведенческими расстройствами.

Определение акцентуации характера по тесту Леонгарда–Шмишека [7] всегда является важным этапом работы, если возникает необходимость определить степень акцентуации и сочетание двух и более радикалов характера – например, застревающего или возбудимого с демонстративным, эмотивно-лабильного с неустойчивым и т. п. Ревнивец в одних случаях обладают преобладающими чертами застревающего характера, а в других – только дополнительными, например, неустойчивый или эмотивно-лабильный. Тест Леонгарда–Шмишека, дополняя клинико-психологический метод исследования личности, способствует лучшему пониманию пациента и таким образом – более эффективному выполнению психологической коррекции.

Проведение теста Леонгарда–Шмишека осуществлялось согласно рекомендациям

Таблица 3

Показатели исследования ГК по тесту Леонгарда–Шмишека

Мужчины (n=9); женщины (n=13)	Типы акцентуаций характера									
	Застревающий (З)	Возбудимый (В)	Демонстративный (Де)	Педантичный (П)	Гипертимный (Г)	Дистимный (Ди)	Циклоидный (Ц)	Экзальтированный (Э)	Тревожный (Т)	Эмотивный (Эм)
М.29	12	9	10	8	6	6	9	12	9	6
М.1	10	6	8	6	6	9	6	0	3	6
М.28	8	9	6	10	9	6	3	6	3	9
М.27	10	4	8	6	6	9	6	6	3	6
М.9	16	15	14	6	9	9	12	9	9	9
М.5	12	10	8	6	6	9	6	6	3	6
М.4	12	8	12	10	16	6	6	12	9	15
М.2	8	9	10	12	12	12	3	6	3	12
М.30	16	0	8	6	6	9	6	0	0	6
М.ср	11,6	7,7	9,3	7,8	8,3	8,3	6,3	6,2	4,6	8,6
Ж.21	12	9	10	8	6	6	9	6	9	12
Ж.22	8	6	8	4	9	6	6	9	6	9
Ж.24	6	8	10	8	9	8	0	4	2	10
Ж.26	8	6	8	6	6	4	0	12	6	10
Ж.23	10	9	12	4	6	6	9	0	3	9
Ж.25	10	6	12	6	9	6	9	12	9	12
Ж.18	12	6	14	14	15	14	3	18	6	3
Ж.17	14	18	16	22	20	15	24	24	21	22
Ж.16	4	6	10	14	12	12	12	21	9	12
Ж.13	12	15	20	16	18	15	14	14	6	15
Ж.12	12	3	16	6	12	3	6	12	6	15
Ж.11	16	15	16	6	21	0	6	6	3	3
Ж.10	10	3	10	8	3	12	9	18	3	15
Ж.ср	10,3	8,5	12,5	9,4	11,2	8,2	8,2	12	6,8	11,3

авторов-создателей, при этом мы следовали указанию К. Леонгарда [3] о том, что вначале должно быть качественно проведено клинико-психологическое исследование.

Классики пограничной психиатрии (П. Б. Ганнушкин [8], К. Леонгард [3]), а затем и многие другие известные психиатры и психологи в своих трудах указывали на то, что возбудимые (эпилептоидные), застревающие, демонстративные личности страдают не только от повышенной возбудимости и раздражительности, но и от повышенной, часто патологической, ревности. Учитывая это, мы посчитали целесообразным при изучении ревности использовать тест определения агрессивности Басса-Дарки [7], что далее при проведении исследований и подтвердило сочетание этих феноменов. Показатели физической и вербальной агрессии у представителей основной группы, в отличие от контрольной, превышало нормативные показатели (4–6) в два и более раз.

Определение личной тревожности обследуемых лиц проводилось в полном соответствии с рекомендациями авторов-создателей. Во всех случаях выявление личной тревожности клинико-психологическим методом подтверждается тестированием [7], которое к тому же позволяет уточнить ее цифровую величину, что часто бывает необходимо при психологическом консультировании. При ревности уровень личностной тревожности является важным показателем, учет которого весьма помогает и на этапе диагностики, и при психологической коррекции и терапии.

Проведенные нами исследования продемонстрировали, что личностная тревожность у представителей О/ЭГ находится на уровне умеренных и низких показателей, что позволило выявить весьма интересные расхождения, т.н. ножницы: в ревностной ситуации у ревнивцев реактивная тревога приобретает высокие показатели (часто одновременно с раздражительностью и агрессивностью), а показатели личностной тревожности у них находятся на среднем и даже низком уровне. Это объясняет бестактность и бесцеремонность ревнивцев, которые, в отличие от тревожных личностей, не являются щепетильными и совестливыми людьми, и, охваченные эмоцией мнимой обиды, не постыдятся бросить в лицо жене/мужу (партнерше/партнеру) незаслужен-

ные упреки и даже оскорбления о их якобы недостойном поведении, кокетстве и даже измене; зато они весьма эгоистичны и претенциозны.

Поскольку мы не имели возможности (подобно К.Леонгарду с группой сотрудников) провести специальное психологическое исследование подряд двум тысячам одесситов на предмет ревности, попробуем теоретически – но достаточно аргументировано – обосновать ее распространенность.

Акцентуированные личности составляют (по Леонгарду) половину всего населения; треть этой половины – выраженные акцентуации – составит приблизительно 17%, плюс по достоверным литературным источникам, расстройства личности/психопатии определяются в пределах 10%, что в сумме составит около 27%. Более трети из них составляют, как мы определили, предрасположенные к ревности личности: застревающие/параноидальные, возбудимые/эпилептоидные, демонстративные, экзальтированные, эмотивные, что в сумме составляет около 10%.

Таким образом, основываясь на теоретических изысканиях, проведенных в мире, на данных научной литературы, а также на проведенных нами исследованиях можно сделать определенные выводы.

Выводы

1. Ревность выявляется обычно тогда, когда она носит уже патологический характер.

2. В основе патологической ревности – акцентуированный характер или расстройство личности, а внешние факторы способствуют ее выявлению.

3. Предрасположены к ревностным невротическим реакциям акцентуированные личности, а к сверхценным идеям ревности – субъекты с расстройством личности (психопатиями), в т.ч. церебрально-органического генеза.

4. Среди акцентуаций характера и расстройств личности наиболее предрасположены к ревности возбудимые/эпилептоидные, застревающие/параноидальные (по МКБ-10 – параноидные), эмотивные, экзальтированные и демонстративные, а также смешанные типы из числа названных выше лиц.

5. Выявленная нами распространенность патологической ревности составляет около 10% от численности населения вообще.

Литература

1. Даль Вл. Толковый словарь великого русского языка / Вл. Даль. – М.: Госиздат, 1955. – Т. 4. – 684 с.
2. Ожегов С. И. Толковый словарь русского языка / С. И. Ожегов. – М., 1961. – 916 с.
3. Леонгард К. Акцентуированные личности / К. Леонгард; пер. с нем. – К.: Вища школа, 1981. – 392 с.
4. Снежневский А. В. Психический диагноз / А. В. Снежневский // Справочник по психиатрии. – М.: Медицина, 1974. – С. 3.

5. Зейгарник Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. – М.: МГУ, 1989. – 287 с.
6. Простомолотов В. Ф. Пограничная психиатрия / В. Ф. Простомолотов. – Изд. 3-е дополн. – 2016. – 456 с.
7. Батаршев А. В. Диагностика пограничных психических расстройств личности / А. В. Батаршев. – М., 2000. – 320 с.
8. Ганнушкин П. Б. Избранные труды; под ред. О. В. Кербилова. / П. Б. Ганнушкин. – М.: Медицина, 1964. – 292 с.

УДК: 616.69-009.2:616.89

ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ЧИННИКИ В ГЕНЕЗІ РОЗЛАДІВ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ



О. О. Сидоренко

© Сидоренко Олег Олександрович (Україна) – науковий співробітник ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС вул. Верхня, 5, м. Київ, 01014; здобувач кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти, вул. Амосова, 58, м. Харків, 61176; e-mail: olegsydorenko259@gmail.com; ORCID: 0000-0002-5359-6683.

© Oleg Sydorenko (Ukraine) – researcher of State Institution of Science «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department, 5 Verkhnya street, Kiev, 01014; applicant of a degree at Department of Sexology, Medical Psychology, Medical and Psychological Rehabilitation of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, 58 Amosov street, 61176; e-mail: olegsydorenko259@gmail.com; ORCID: 0000-0002-5359-6683.

© Сидоренко Олег Алексеевич (Украина) – научный сотрудник ГНУ «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» ГУД; ул. Верхняя, 5, г. Киев, 01014; соискатель кафедры сексологии, медицинской психологии, медицинской и психологической реабилитации Харьковской медицинской академии последипломного образования, ул. Амосова, 58, г. Харьков, 61176; e-mail: olegsydorenko259@gmail.com; ORCID: 0000-0002-5359-6683.

№ 9, 2018, стор.109–112

PSYCHOSOCIAL FACTORS IN THE GENESIS OF DISORDERS OF PSYCHOEMOTIONAL SPHERE IN PUBLIC OFFICIALS

Abstract.

Given the powerful psycho-emotional stress of a modern person, the work of a public servant deserves special attention, since the requirements for his work can be viewed as professionally associated stressors that can increase neuro-psychological stress and lead to the development of maladaptive reactions and conditions. We conducted a study on a sample of 159 civil servants, among whom there are 118 women (74.22%) and 41 men (25.78%). The average age of respondents was 42.7 ± 9.19 g. The average length of service in the public service was 16.37 ± 8.25 g. According to a study using the HADS questionnaire, the subclinical level of pathological anxiety was detected in 30 (18.80%) respondents, clinical level - in 11 (6.90%) patients. Subclinical manifestations of depression were detected in 15 (9.40%) respondents, clinical - in 7 (4.40%). As a result of the work, it was determined that the main psychosocial risk factors for the development of anxiety and / or depressive manifestations of the subclinical level of severity among civil servants are: low level of satisfaction with the state of their own health; frequent care of their own health; low satisfaction with medical care. Among the psychosocial risk factors for the development of clinical manifestations of anxiety and depression among state employees, an increase in age was noted; increase in working experience in the public service; low level of satisfaction with their own health; frequent care of their own health; low satisfaction with medical care. Thus, the trigger factors that "trigger" the processes of inadequate psycho-emotional response to the overtime effect of psychosocial stress are worries about the deterioration of somatic health, increasing age and working experience. Further, the progression of psycho-emotional disorders contributes to an increase in age (due to the depletion of the adaptive resources of the body) and work experience in the civil service (due to the potentiation of the negative effects of occupational stress factors).

Key words:

civil servant, maladaptation, anxiety, depression, psycho-emotional stress, maladaptive states.

ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ В ГЕНЕЗІ РАСТРОЙСТВ ПСИХОЕМОЦІОНАЛЬНОЇ СФЕРИ У ГОСУДАРСТВЕННИХ СЛУЖАЩИХ

Аннотация.

Учитывая мощные психоэмоциональные нагрузки современного человека, особого внимания заслуживает работа государственного служащего, поскольку требования к его работе можно рассматривать как профессионально-ассоциированные стрессоры, которые могут повышать нервно-психическое напряжение и приводить к развитию дезадаптивных реакций и состояний. Нами было проведено исследование на выборке из 159 госслужащих, среди которых 118 женщин (74,22%) и 41 мужчина (25,78%). Средний возраст респондентов составил $42,7 \pm 9,19$ г. Средний стаж работы в государственной службе составлял $16,37 \pm 8,25$ г. По результатам исследования с использованием опросника HADS, субклинический уровень патологической тревоги был обнаружен у 30 (18,80%) респондентов, клинический уровень – у 11 (6,90%) обследованных. Субклинические проявления депрессии были выявлены у 15 (9,40%) респондентов, клинические – у 7 (4,40%). В результате работы было определено, что основными психосоциальными факторами риска развития тревожных и/или депрессивных проявлений субклинического уровня выраженности среди госслужащих являются: низкий уровень удовлетворенности состоянием собственного здоровья; частая забота о состоянии собственного здоровья; низкий уровень удовлетворенности полученной медицинской помощью. Среди психосоциальных факторов риска развития клинических проявлений тревоги и депрессии у госслужащих отмечено увеличение возраста;

увеличение рабочего стажа в государственной службе; низкий уровень удовлетворенности состоянием собственного здоровья; частая забота о состоянии собственного здоровья; низкий уровень удовлетворенности полученной медицинской помощью. Таким образом, триггерными факторами, которые «запускают» процессы неадекватного психоэмоционального реагирования на сверхурочное действие психосоциального стресса, являются переживания по поводу ухудшения соматического здоровья, увеличение возраста и рабочего стажа. В дальнейшем прогрессируют психоэмоциональных расстройств способствует увеличению возраста (за счет обеднения адаптационных ресурсов организма) и стажа работы на госслужбе (вследствие потенцирования негативных эффектов факторов профессионального стресса).

Ключевые слова: государственный служащий, дезадаптация, тревога, депрессия, психоэмоциональные нагрузки, дезадаптивные состояния.

ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ В ГЕНЕЗІ РОЗЛАДІВ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ

Анотація.

З огляду на потужні психоемоційні навантаження сучасної людини, на особливу увагу заслуговує робота державного службовця, оскільки вимоги до його роботи можна розглядати як професійно-асоційовані стресори, які можуть підвищувати нервово-психічне напруження і призводити до розвитку дезадаптивних реакцій і станів. Нами було проведено дослідження на вибірці з 159 держслужбовців, серед яких 118 жінок (74,22%) і 41 чоловік (25,78%). Середній вік респондентів склав $42,7 \pm 9,19$ р. Середній стаж роботи в державній службі становив $16,37 \pm 8,25$ р. За результатами дослідження з використанням опитувальника HADS, субклінічний рівень патологічної тривоги був виявлений у 30 (18,80%) респондентів, клінічний рівень - у 11 (6,90%) обстежених. Субклінічні прояви депресії були виявлені у 15 (9,40%) респондентів, клінічні - у 7 (4,40%). В результаті роботи було визначено, що основними психосоціальними факторами ризику розвитку тривожних і/або депресивних проявів субклінічного рівня вираженості серед держслужбовців є: низький рівень задоволеності станом власного здоров'я; часта турбота про стан власного здоров'я; низький рівень задоволеності отриманої медичною допомогою. Серед психосоціальних факторів ризику розвитку клінічних проявів тривоги і депресії у держслужбовців відзначено збільшення віку; збільшення робочого стажу в державній службі; низький рівень задоволеності станом власного здоров'я; часта турбота про стан власного здоров'я; низький рівень задоволеності отриманої медичної допомоги. Таким чином, тригерними факторами, які «запускають» процеси неадекватного психоемоційного реагування на надурочну дію психосоціального стресу є переживання з приводу погіршення соматичного здоров'я, збільшення віку і робочого стажу. Надалі прогресуванню психоемоційних розладів сприяє збільшення віку (за рахунок збіднення адаптаційних ресурсів організму) і стажу роботи на держслужбі (внаслідок потенціювання негативних ефектів факторів професійного стресу).

Ключові слова: державний службовець, дезадаптація, тривога, депресія, психоемоційні навантаження, дезадаптивні стани.

Вступ

Потужні психоемоційні навантаження є звичним станом сучасної людини, яка постійно знаходиться під тиском та негативним впливом соціальних умов [1; 2]. Досягнення науково-технічної революції призвели до високої оснащеності виробництва і побуту, значно прискорили темп життя, міграції народонаселення, висунули безліч інших факторів, які у сукупності пред'являють підвищені вимоги до психічної діяльності людини і створюють додаткові навантаження. Крім того, сучасний період розвитку нашої держави характеризується значною кількістю соціально зумовлених стресогенних чинників, наслідком чого є значне підвищення довготривалого стресового навантаження, в умовах якого живе населення України [3].

Ці обставини призвели до зростання чисельності осіб із станами психічної дезадаптації, невротичними і психосоматичними розладами, у тому числі й серед управлінського персоналу різних ступенів відповідальності [4; 5], серед яких посада державного службовця (ДС) займає окреме місце [6–8]. Професійна діяльність ДС висуває особливі вимоги до його особистості, тому до-

сить важливе значення набуває у цьому контексті відповідність адаптивних структур особистості професійним вимогам до працівника [7; 9; 10].

Вимогами до роботи ДС, які розглядаються як професійно-асоційовані стресори, є необхідність оперативного прийняття рішень, які матимуть наслідки у перспективі, виконання великих обсягів роботи у стислі терміни та персональна відповідальність за прийняті рішення не тільки перед колегами та керівництвом, а й перед суспільством у цілому. Такі екстремальні умови праці підвищують нервово-психічне напруження, що може призвести до розвитку різноманітного кола дезадаптивних реакцій і станів: від окремих мозаїчних проявів – до нозологічно окреслених розладів психічної сфери невротичного генезу або психосоматичних захворювань [11–13].

Зрозуміло, що без своєчасної діагностики та медико-психологічної допомоги на ранніх стадіях хворобливого стану подальше його погіршення стає додатковим стрес-фактором, що, у синергічному поєднанні з екстремальними умовами праці, сприятиме прогресуванню захворювання у майбутньому, створюючи, таким чином, порочне замкнене коло. Разом з цим розробка

медико-психологічних заходів неможлива без вивчення специфіки у даного контингенту проявів дезадаптивних станів, бо саме вони й повинні бути мішенями їх таргетної психокорекції.

Мета дослідження

Мета роботи полягає у проведенні аналізу стану психоемоційної сфери ДС для подальшого визначення необхідності медико-психологічного супроводу їх діяльності.

Матеріали і методи дослідження

На базі ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС у 2016–2018 рр. обстежено 159 ДС, серед них 118 жінок (74,22%) та 41 чоловік (25,78%). Середній вік респондентів становив $42,7 \pm 9,19$ р. Середній стаж роботи у державній службі – $16,37 \pm 8,25$ р. Задоволені своїм станом здоров'я були 100 респондентів (62,89%), незадоволені – 51 (32,07%), при цьому 77 опитаних (48,11%) відзначали, що стан власного здоров'я турбує їх відносно часто. 124 особи (78,00%) вказали, що зверталися по медичну допомогу протягом останнього року (від 1 до 5 разів), в середньому $2,00 \pm 1,20$ рази на рік.

Критеріями включення в дослідження були: інформована згода на участь у дослідженні; вік респондента – від 25 до 65 років; стаж роботи у державній службі – від 1 року; відсутність епізодів психічних розладів у анамнезі; повністю заповнений психодіагностичний інструментарій.

Під час дослідження використовувалися клініко-психологічний та психодіагностичний методи. Клініко-психологічне обстеження проводилося у межах структурованого клінічного інтерв'ю; психодіагностичне обстеження здійснювали з використанням госпітальної шкали тривоги і депресії HADS [14]. Методика складається з 14 запитань, проста у заповненні для респондента та має високу дискримінантну валідність стосовно клінічних феноменів тривоги та депресії [14].

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами дослідження з використанням опитувальника HADS, субклінічний рівень патологічної тривоги було виявлено у 30 респондентів (18,80%), клінічний рівень – у 11 обстежених (6,90%). Субклінічні прояви депресії було відзначено у 15 пацієнтів (9,40%), клінічні – у 7 респондентів (4,40%) (табл. 1).

Таким чином, психопатологічна тривожна симптоматика була виявлена у 41 респондента (25,80%), депресивна – у 21 (13,80%). Загалом, тривожні і депресивні феномени були зареєстровані у 51 пацієнта (32,00%), що складає третину

Таблиця 1

Частота зустрічальності тривожних і депресивних проявів різної вираженості серед обстежених ДС (n=159, %)

Клінічний феномен	Вираженість клінічного феномену		
	немає	субклінічна	клінічна
Тривога	118 (74,30%)	30 (18,80%)	11 (6,90%)
Депресія	131 (86,20%)	15 (9,40%)	7 (4,40%)

від загальної вибірки. Також варто відзначити, що у 11 респондентів (7,00%) спостерігалось сполучення тривожної і депресивної симптоматики, в інших випадках – ізольовані феномени.

Гендерний аналіз розповсюдженості виявлених психопатологічних проявів відповідав загальносвітовій тенденції: і тривожні, і депресивні феномени достовірно частіше зустрічалися серед жінок, ніж серед чоловіків ($p < 0,01$) (табл. 2).

Значна зустрічальність психопатологічних тривожних і депресивних проявів серед респондентів (32,00%) вимагає виявлення психосоціальних факторів ризику, які впливатимуть на формування та розвиток порушень психоемоційної сфери у ДС. З цією метою було проведено однофакторний кореляційний аналіз, який було здійснено за допомогою статистичної програми MedCalc. Отримані результати відображено у табл. 3.

Тож, за допомогою однофакторного кореляційного аналізу встановлено фактори ризику:

- для розвитку субклінічної тривоги – низький рівень задоволеності станом власного здоров'я ($p \leq 0,01$), відношення шансів (ВШ)=0,23 (95% довірчий інтервал (ДІ) 0,10–0,49); часта турбота про стан власного здоров'я ($p=0,03$), ВШ=1,55 (95% ДІ 1,03–2,33); низький рівень задоволеності отриманою медичною допомогою ($p=0,02$), ВШ=0,41 (95% ДІ 0,20±0,87);

- для розвитку проявів тривоги клінічної вираженості – збільшення віку ($p=0,04$), ВШ=1,07 (95% ДІ 1,00–1,16); зниження рівня задоволеності станом власного здоров'я ($p=0,04$), ВШ=0,26 (95% ДІ 0,07–0,94); збільшення робочого стажу у системі державної служби ($p=0,02$), ВШ=1,09 (95% ДІ 1,01–1,18); часта турбота про стан власного здоров'я ($p \leq 0,01$), ВШ=2,97 (95% ДІ 1,34–6,58);

- для субклінічної депресії – низький рівень задоволеності станом власного здоров'я ($p \leq 0,01$), ВШ=0,10 (95% ДІ 0,03–0,30); часта турбота про стан власного здоров'я ($p \leq 0,01$), ВШ=2,14 (95% ДІ 1,24–3,68); низький рівень задоволеності отриманою медичною допомогою ($p=0,01$), ВШ=0,27 (95% ДІ 0,10–0,75);

Таблиця 2

Гендерний розподіл тривожних і депресивних феноменів серед ДС

Гендерний розподіл	Тривога (n=41)		Депресія (n=28)	
	субклінічна форма (n=30)	клінічна форма (n=11)	субклінічна форма (n=15)	клінічна форма (n=7)
Чоловіки	8 (26,60%)	–	4 (26,60%)	2 (28,60%)
Жінки	22 (73,40%)	11 (100,00%)	11 (73,40%)	5 (71,40%)

– для депресивних проявів клінічного рівня вираженості – низький рівень задоволеності отриманою медичною допомогою ($p=0,02$), $BS=0,08$ (95% ДІ 0,01–0,72).

Таблиця 3

Фактори ризику розвитку субклінічної та клінічної форм тривожно-депресивних розладів

Соціальний фактор	Коефіцієнт	p	BS (95% ДІ)
Субклінічна форма тривоги			
Задоволеність станом здоров'я	-1,46±0,38	≤0,01	0,23 (0,10–0,49)
Задоволеність якістю медичної допомоги	-0,86±0,37	0,02	0,41 (0,20±0,87)
Частота турботи про здоров'я	0,44±0,20	0,03	1,55 (1,03–2,33)
Клінічна форма тривоги			
Вік	0,07±0,03	0,04	1,07 (1,00–1,16)
Задоволеність станом здоров'я	-1,33±0,65	0,04	0,26 (0,07–0,94)
Стаж роботи	0,09±0,04	0,02	1,09 (1,01–1,18)
Частота турботи про здоров'я	1,09±0,40	≤0,01	2,97 (1,34–6,58)
Субклінічна форма депресії			
Задоволеність станом здоров'я	-2,25±0,54	≤0,01	0,10 (0,03–0,30)
Задоволеність якістю медичної допомоги	-1,27±0,51	0,01	0,27 (0,10–0,75)
Частота турботи про здоров'я	0,76±0,27	≤0,01	2,14 (1,24–3,68)
Клінічна форма депресії			
Задоволеність якістю медичної допомоги	-2,46±1,09	0,02	0,08 (0,01–0,72)

Висновки

Таким чином, психосоціальними факторами ризику розвитку тривожних і/або депресивних проявів субклінічного рівня вираженості у ДС слід вважати такі: низький рівень задоволеності станом власного здоров'я; часта турбота про стан власного здоров'я; низький рівень задоволеності отриманою медичною допомогою. Серед психосоціальних факторів ризику розвитку клінічних проявів тривоги і депресії у ДС відзначено збільшення віку; збільшення робочого стажу у державній службі; низький рівень задоволеності станом власного здоров'я; часта турбота про стан власного здоров'я; низький рівень задоволеності отриманою медичною допомогою.

Таким чином, тригерними факторами, що «запускають» процеси неадекватного психоемоційного реагування на наднормову дію психосоціального стресу, є переживання з приводу погіршення соматичного здоров'я, яке відбувається саме як перша і первинна реакція та стресове навантаження, проте, зовсім не ідентифікується обстеженими як така. В подальшому прогресуванню психоемоційних розладів сприяє збільшення віку (за рахунок збіднення адаптційних ресурсів організму) та стажу роботи на держслужбі (внаслідок потенціювання негативних ефектів факторів професійного стресу).

Отже, спираючись на отримані дані, можна стверджувати, що існує нагальна потреба у розробці специфічних заходів медико-психологічної підтримки професійної діяльності ДС; це і становить перспективи подальшої роботи у визначеному напрямку.

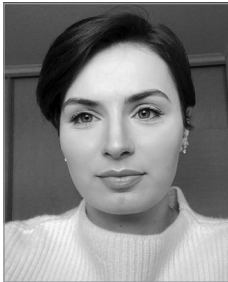
Література

1. WHO Depression Fact Sheet (updated February 2017). – 2017.
2. WHO Mental health in the workplace Information Sheet (updated September 2017). – 2017.
3. Маркова М. В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми / М. В. Маркова, П. В. Козира // Медична психологія. – 2015. – № 1 (37). – С. 8–13.
4. Волошин П. В. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди / П. В. Волошин, Н. О. Марута // Укр. вісн. психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 1 (82). – С. 5–11.
5. Шафранський В. В. Психічне здоров'я населення України: стан, проблеми та шляхи вирішення / В. В. Шафранський, С. В. Дудник // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 3. – С. 12–18.
6. Joh S. W. Top Managers Academic Credentials and Firm Value / S. W. Joh, J. Y. Jung // Asia-Pacific J. of Financial Studies. – 2016. – Vol. 45, Issue 2. – P. 185–221.
7. Bundi S. M. Leadership Practices and their Influence on Work Stress among Top Managers in State Owned Enterprises (SOEs) In Kenya / S. M. Bundi // United States International University Africa. – 2016. – URL: <http://hdl.handle.net/11732/2723>.
8. Muthamia S. Effects of Transformational Leadership on Work Stress among Top Managers in State

- Owned Enterprises (SOEs) in Kenya / S. Muthamia, P. Lewa, M. Ndwiwa // Eur. J. of Business and Management. – 2015. – Vol. 7, № 36. – P. 185–194.
9. Guedes M. J. Stress at the top: myth or fact? Causal explanations from a fuzzy-set qualitative comparative analysis (fsQCA) / M. J. Guedes, H. M. Goncalves, V. C. Goncalves // Springer Science+Business Media Dordrecht. – 2016. – URL: [10.1007/s11135-016-0363-9](https://doi.org/10.1007/s11135-016-0363-9)
10. Шурма И. М. Формирование психической дезадаптации и синдрома выгорания у руководящих работников в системе здравоохранения / И. М. Шурма // Международ. мед. журн. – 2013. – № 2. – С. 12–16.
11. Professional stressors and common mental health disorders: Causal links? / C. Nicolas [et al.] // L'Encephale. – 2017. – URL: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.01.004>
12. Schneiderman N. Stress and health: Psychological, Behavioral, and Biological Determinants / N. Schneiderman, G. Ironson, S. D. Siegel // Annu Rev Clin Psychol. – 2005. – Vol. 1. – P. 607–628.
13. The impact of conscientiousness, mastery, and work circumstances on subsequent absenteeism in employees with and without affective disorders / A. A. L. Kok [et al.] // BMC Psychology. – 2017. – Т. 5, № 1. – С. 10.
14. Подкорытов В. С. Депрессии. Современная терапия / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. – Харьков: «Торнадо», 2003. – 349 с.

УДК: 159.923.2:616-053.71:613.6.015+796.29+616.89-008.446

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ У ПРЕДСТАВНИКІВ МОЛОДІЖНИХ СУБКУЛЬТУР



А. С. Челахова

© Челахова Анастасія Степанівна (Україна) – психолог Медичного і психологічного центру «Айва», пр. Повітрофлотський, 9б, м. Київ, 02000; здобувач кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти, вул. Амосова, 58, м. Харків, 61176; e-mail: anastaschelakhova@gmail.com; ORCID: 0000-0003-0850-6447.

© Anastasia Chelakhova (Ukraine) – Psychologist of the Medical and Psychological Center "Aiva", 9b Povitroflotsky avenue, Kyiv, 02000; postgraduate student of the Department of Sexology, Medical Psychology, Medical and Psychological Rehabilitation of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, 58 Amosov street, 61176; e-mail: anastaschelakhova@gmail.com; ORCID: 0000-0003-0850-6447.

© Челахова Анастасія Степановна (Україна) – психолог Медичного і психологічного центру «Айва», пр. Воздухофлотский, 9б, г. Киев, 02000; соискатель кафедры сексологии, медицинской психологии, медицинской и психологической реабилитации Харьковской медицинской академии последипломного образования, ул. Амосова, 58, г. Харьков, 61176; e-mail: anastaschelakhova@gmail.com; ORCID: 0000-0003-0850-6447.

№ 9, 2018, стор.113–123

FEATURES OF SOCIO-PSYCHOLOGICAL ADAPTATION IN REPRESENTATIVES OF YOUTH SUBCULTURES

Abstract.

In order to analyze the characteristics of the manifestations and mechanisms of the formation of socio-psychological adaptation / maladaptation among representatives of youth subcultures, as one of the criteria of their psychological health, to determine the need to provide them with psychological assistance, 143 adolescents were examined. Among them: 93 representatives of youth subcultures (the main group of the study) and 50 ordinary teenagers (comparison group). Taking into account current trends in the prevalence of youth subcultures, the study included representatives of two trends: 45 people – the so-called extremes (supporters of the search for new physical sensations based on motor activity – roller skaters, scooterers, skaters) and 48 people – the so-called gamers (supporters of cyberspace, realizing themselves in the field of computer technology, mainly in online games). To achieve the main goal of the work, a number of modern psychodiagnostic methods of the research were applied: to determine the basic indicator of the level of socio-psychological adaptation; methods for diagnosing socio-psychological adaptation by K. Rogers, R. Daimon; methods for diagnosing the degree of immersion in the subculture – COMP-UDIT; methods for understanding the psychogenesis of pathological enthusiasm for the subject of the subculture, applied a test for determining the level of suggestibility by A. P. Eliseev. On the basis of interdisciplinary generalizations, psychological mechanisms of personality socialization which, in the author's opinion, are the object of identification, as well as one of the stages of personality autonomization were conceptualized. The results of an empirical study on 6 samples of subjects are analyzed in accordance with the degree of their socio-psychological adaptability and belonging to a particular subculture. trends of psychological maladjustment. Among representatives of youth subcultures there are both adapted faces and manifestations of social psychological maladjustment. The complex of vulnerability to maladjustment in the subcultural space is defined, which is formed, in fact, by the indicators of socio-psychological adaptation, indicators of the degree of personality submergence in the subcultural space, and indicators of personality suggestibility.

Key words:

youth subcultures, socio-psychological adaptation / disadaptation, suggestibility, involvement in the subculture.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ МОЛОДЕЖНЫХ СУБКУЛЬТУР

Аннотация.

С целью анализа особенностей проявлений и механизмов формирования социально-психологической адаптации/дезадаптации у представителей молодежных субкультур как одного из критериев их психологического здоровья для определения необходимости предоставления им психологической помощи было проведено обследование 143 человек подростково-юношеского возраста. Среди них: 93 представителя молодежных субкультур (основная группа исследования) и 50 обычных подростков (группа сравнения). С учетом современных тенденций распространенности молодежных субкультур, в исследование были включены представители двух течений, наиболее представленных в юношеской среде: 45 человек – так называемые экстремалы (сторонники поиска новых физических ощущений, основанных на двигательной активности – ругеры, роллеры, скейтеры) и 48 человек – так называемые геймеры (сторонники виртуального пространства, реализующие себя в области компьютерных технологий, преимущественно в он-лайн играх). Для достижения основной цели работы был применен ряд современных психодиагностических методов исследования: для определения базового показателя уровня социально-психологической адаптации –

Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса, Р. Даймон (по Д. І. Райгородський, 2001); для діагностики ступеня поглибленості в субкультуру – COMP-UDIT (с батареї Audit-подібних тестів, розроблених під керівництвом І. В. Лінського і авторський тест для виявлення расстройств, зв'язаних з увлеченістю екстремальними видами двигательної активності, для непрофесіоналів EXTRIM-UDIT; для розуміння психогенезу патологічної увлеченості предметом субкультури застосовували тест на визначення рівня внушаємості А. П. Єлісеєва. На основі міждисциплінарних узагальнень концептуалізовані психологічні механізми соціалізації особистості в субкультурному просторі, що виступають, по думці автора, об'єктом ідентифікації, а також одним із ступенів автономізації особистості. Проаналізовано результати емпіричного дослідження на 6 вибірках випробовуваних відповідно до ступеня їх соціально-психологічної адаптованості і приналежності до конкретної субкультури. Представлені: структура, зміст, основні тенденції психологічної дезадаптації. Серед представників молодіжних субкультур зустрічаються як адаптовані особи, так і з проявами соціально-психологічної дезадаптації. Визначено комплекс вразливості до дезадаптації в субкультурному просторі, який утворюють, власне, показники соціально-психологічної адаптації, показники ступеня заглибленості особистості в субкультурний простір і показники сугестивності особистості.

Ключевые слова: молодіжні субкультури, соціально-психологічна адаптація/дезадаптація, внушаємість, включеність в субкультуру.

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ У ПРЕДСТАВНИКІВ МОЛОДІЖНИХ СУБКУЛЬТУР

Анотація.

З метою аналізу особливостей проявів і механізмів формування соціально-психологічної адаптації/дезадаптації у представників молодіжних субкультур як одного з критеріїв їх психологічного здоров'я для визначення необхідності надання їм психологічної допомоги було проведено обстеження 143 осіб підлітково-юнацького віку. Серед них: 93 представника молодіжних субкультур (основна група дослідження) і 50 звичайних підлітків (група порівняння). З урахуванням сучасних тенденцій поширеності молодіжних субкультур, в дослідження були включені представники двох течій, найбільш представлених в юнацькому середовищі: 45 осіб – так звані екстремали (прихильники пошуку нових фізичних відчуттів, заснованих на руховій активності – рифери, ролери, скейтери) і 48 осіб – так звані геймери (прихильники віртуального простору, що реалізують себе в області комп'ютерних технологій, переважно в онлайн іграх). Для досягнення основної мети роботи було застосовано ряд сучасних психодіагностичних методів дослідження: ля визначення базового показника рівня соціально-психологічної адаптації – Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса, Р. Даймон (по Д. І. Райгородський, 2001); для діагностики ступеня заглибленості в субкультуру – COMP-UDIT (з батареї Audit-подібних тестів, розроблених під керівництвом І. В. Лінського і авторський тест для виявлення розладів, пов'язаних з захопленістю екстремальними видами рухової активності, для непрофесіоналів EXTRIM-UDIT; для розуміння психогенезу патологічної захопленості предметом субкультури застосовували тест на визначення рівня сугестивності А. П. Єлісеєва. На основі міждисциплінарних узагальнень концептуалізовані психологічні механізми соціалізації особистості в субкультурному просторі, що виступають, по думці автора, об'єктом ідентифікації, а також одним із ступенів автономізації особистості. Проаналізовано результати емпіричного дослідження на 6 вибірках випробовуваних відповідно до ступеня їх соціально-психологічної адаптованості і приналежності до конкретної субкультури. Представлені: структура, зміст, основні тенденції психологічної дезадаптації. Серед представників молодіжних субкультур зустрічаються як адаптовані особи, так і з проявами соціально-психологічної дезадаптації. Визначено комплекс вразливості до дезадаптації в субкультурному просторі, який утворюють, власне, показники соціально-психологічної адаптації, показники ступеня заглибленості особистості в субкультурний простір і показники сугестивності особистості.

Ключові слова: молодіжні субкультури, соціально-психологічна адаптація/дезадаптація, сугестивність, включеність в субкультуру.

Вступ

За визначенням Т. В. Алексєєвої, В. Є. Луньова, субкультура – це автономне, відносно цілісне утворення, що включає в себе низку більш-менш яскраво виражених ознак: специфічний набір ціннісних орієнтацій, норм поведінки, взаємодії і взаємостосунків її носіїв, а також статусну структуру; набір рекомендованих джерел інформації; своєрідні захоплення, смаки і способи вільного проведення

часу; жаргон; фольклор тощо [1]. «Молодіжна субкультура» як поняття та самостійне явище була обґрунтована і створена німецькими педагогами-реформаторами на початку ХХ століття як протипага культурі дорослих, тобто ієрархічного за своєю структурою батьківського дому з його чітким і бездумним підпорядкуванням авторитету старших, а також – школі, побудованій на повному підпорядкуванні учня вчителю [1]. Завдяки введенню

поняття «молодіжна культура» підкреслювалася важливість молодості як самостійного етапу людського життя, а не сировини для майбутнього дорослішання. Спочатку поняття «молодіжна культура» було педагогічним і соціально-політичним, проте за час існування воно зазнало чималих змін. Перші субкультурні теорії базувалися на традиції проблематизації юнацького віку, ототожнюючи молодіжні субкультури і спільноти осіб з поведінкою, що відхиляється [2].

Сучасні концепції субкультур є міждисциплінарними і охоплюють широке коло молодіжних проблем: від маргіналізації підлітків міських околиць до специфічних форм ескапізму столичної богемі [3–9]. Під молодіжною субкультурою Т. В. Алексєєва, В. Є. Луцьова (2018) розуміють сукупність естетичних, політичних та інших ціннісних орієнтацій, символіку, моделі поведінки, життєвий стиль і зовнішню атрибутику певної групи молоді, що представляє собою самостійне цілісне утворення у межах загальної культури нації [1].

Не дивлячись на велике розповсюдження та різноманіття молодіжних субкультур та течій на теренах нашої держави, зараз проблеми, пов'язані з цим явищем, вивчаються переважно у педагогічній або соціальній площині. Однак, зрозуміло, що серед загальної кількості проблемних питань, що розкривають сутність даного явища та потребують дослідження, існують ті, що належать до сфери компетенції медичної психології.

Мета дослідження

Під час роботи було проведено аналіз особливостей проявів та механізмів формування соціально-психологічної адаптації/дезадаптації у представників молодіжних субкультур як одного з критеріїв їх психологічного здоров'я для визначення необхідності надання їм психологічної допомоги.

Матеріали і методи дослідження

Для досягнення поставленої мети на базі медичного і психологічного центру «Айва» (м. Київ), медичного центру психотерапії, психіатрії і практичної психології «Софія» (м. Київ) та ін., протягом 2015–2018 рр. було обстежено 143 особи підлітково-юнацького віку. Серед них 93 респонденти – представники молодіжних субкультур (вони склали основну групу дослідження, ОГ), а 50 звичайних підлітків були залучені як група порівняння (ГП).

Вважаючи сучасні тенденції щодо розповсюдженості молодіжних субкультур, в дослідження були включені представники двох течій, найбільш представлених у юнацькому середовищі:

– 45 осіб – так звані екстремали (прихильники пошуку нових фізичних відчуттів, заснованих на руховій активності – рифери, ролери, скейтери);

– 48 осіб – так звані геймери (прибічники віртуального простору, які реалізують себе в галузі комп'ютерних технологій, переважно в он-лайн іграх).

Психодіагностичне дослідження включало використання такого психодіагностичного інструментарію:

- для визначення базового показника – рівня соціально-психологічної адаптації – Методику діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса, Р. Даймон (за Д. І. Райгородським, 2001) [10];
- для діагностики ступеня зануреності в субкультуру – COMP-UDIT (з батареї AUDIT-подібних тестів, розроблених під керівництвом І. В. Лінського [11]) та авторський тест для виявлення розладів, пов'язаних із захопленістю екстремальними видами рухової активності, для непрофесіоналів EXTRIM-UDIT;
- для розуміння психогенезу патологічної захопленості предметом субкультури застосовували тест на визначення рівня навіюваності О. П. Єлісєєва (1994) [12].

Для розв'язання дослідницьких завдань та забезпечення достовірності основних положень та висновків використано математично-статистичні методи з використанням STATISTICA (SPSS-22).

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами дослідження за допомогою методики діагностики соціально-психологічної адаптації (СПА) К. Роджерса, Р. Даймонд встановлено усереднені показники, стандартне відхилення за шкалами психологічної адаптації–дезадаптації досліджуваних, а також базові поведінкові патерни та особистісні властивості, які детермінували структуру дезадаптаційних процесів осіб підлітково-юнацького віку. Для визначення достовірності відмінностей проявів показників соціально-психологічної дезадаптації використано Н-критерій Крускала–Уолліса.

Кількісний розподіл показників СПА за її компонентами представлено в табл. 1, з якої витікає, що серед представників субкультур зустрічалися як адаптовані підлітки, так і особи з соціально-психологічною дезадаптацією.

Рівневий аналіз показників СПА в ОГ:

– показник адаптації в цілому в ОГ представлено у такий спосіб: у 61 досліджуваного (65,60%) виявлено високий рівень дезадаптації (зворотно до низького рівня адаптації); у

Таблиця 1

Кількісний розподіл показників соціально-психологічної адаптації у обстежених (абс. к. / %)

Шкали	Амплітуда показника	ОГ (n=93)	ГП (n=50)
Адаптація	нижче норми	61/65,60	29/58,00
	норма	31/34,40	21/42,00
	вище норми	–	–
Самоприйняття	нижче норми	55/59,00	27/54,00
	норма	38/41,00	20/40,00
	вище норми	–	3/6,00
Прийняття інших	нижче норми	52/56,00	12/24,00
	норма	31/34,70	31/62,00
	вище норми	10/9,30	7/14,00
Емоційний комфорт	нижче норми	59/63,44	28/56,00
	норма	34/36,56	22/44,00
	вище норми	–	–
Інтернальність	нижче норми	52/56,00	15/30,00
	норма	21/22,40	27/54,00
	вище норми	20/21,60	8/16,00
Домінування	нижче норми	60/64,50	16/32,00
	норма	24/25,80	20/40,00
	вище норми	9/9,70	14/28,00

31 (34,40%) – показник адаптації зареєстровано на нормативному рівні; показник вищий за норму не виявлено в жодного досліджуваного. Тож, можна констатувати переважання показника дезадаптації у відсотковому значенні по групі ОГ;

– **показник самоприйняття** на рівні нижчому за норму виявлено у 55 обстежених (59,00%); на рівнях норми – у 38 (41,00%), а на вищому за норму – не виявлено в жодного з досліджуваних ОГ. Встановлено переважання низького показника самоприйняття у досліджуваних підлітків;

– **показник прийняття інших** на рівні нижчому за норму характеризує 52 досліджуваних (56,00%), нормативний рівень виявлено у 31 пацієнта (34,70%), а на рівні вищому за норму встановлено у 10 осіб (9,30%). Слід зазначити, що попри переважання низького рівня в групі, спостерігається тенденція до зростання прийняття інших;

– **показник емоційного комфорту** як показник СПА виявлено на рівні нижчому за норму у 59 досліджуваних (63,44%), на рівні норми – у 34 (36,56%), а показник на рівні вищому за норму не виявлено у жодного з обстежених

вибірки. Констатуємо переважання низького рівня у групі;

– **показник інтернальності** – встановлено переважання кількості досліджуваних з низьким рівнем зазначеного показника: таких у групі 52 особи (56,00%); нормативний рівень та рівень вище за норму представлено практично однаково – 21 (22,40%) та 20 (21,60%) відповідно;

– **показник домінування** в цілому також має негативацію – показники нижчі за норму властиві більшості вибірки – 60 досліджуваним (64,50%), нормативний рівень виявлено у 24 досліджуваних (25,80%), вищий за норму – у 9 осіб (9,70%).

Узагальнюючи результати описової статистики групи ОГ, маємо підстави констатувати розподіл практично всіх показників СПА з вектором до низьких рівнів розвитку зазначених інтегральних показників.

Кількісний розподіл показників СПА в обстежених ГП:

– **показник адаптації** на низькому рівні виявлено у 29 досліджуваних (58,00%), рівень норми – в 21 досліджуваного (42,00%). Отримані результати засвідчують загальну тенденцію, властиву підлітково-юнацькому віку щодо соціально-психологічної адаптації;

– **показник самоприйняття** констатовано на рівні нижчому за норму у 27 випадках (54,00%), рівень норми у 20 (40,00%) і лише 3 досліджуваних (6,00%) мають рівень вищий за норму;

– **показник прийняття інших** як один з компонентів соціально-психологічної адаптації має дещо кращу тенденцію порівняно з попередніми показниками. На рівні нижчому за норму прийняття інших властиве 12 обстеженим (24,00%), на рівні норми – 31 (62,00%), а вищому за норму – 7 пацієнтам (14,00%). В цілому можна констатувати тенденції, досить сприятливі соціально-психологічній адаптованості підлітків цієї групи;

– **показник емоційного комфорту** на рівні нижчому за норму властивий 28 досліджуваним (56,00%), на рівні норми – 22 (44,00%). На рівні вищому за норму не виявлено у жодного з досліджуваних групи;

– **показник інтернальності** особистості на рівні нижчому за норму зафіксовано у 15 респондентів (30,00%), на рівні норми – у 27 (54,00%), вищий за норму – у 8 осіб (16,00%). Зазначене цілком відповідає тенденціям досліджуваної вікової групи; разом з тим дозволяє припустити значущість тенденцій саме до екстерналізації внутрішніх переживань як чинника нормативної моделі соціалізації.

– **показник домінування** як один з чинників СПА має, в цілому, сприятливий прогноз

розподілу у групі ГП: на рівні нижчому за норму він властивий 16 досліджуваних (32,00%), на нормативному – 20 (40,00%), на вищому за норму – 14 особам (28,0 %).

Підсумовуючи результати проведеної на цьому етапі роботи, можна визначити певні загальні тенденції щодо соціально-психологічної адаптації підлітків:

- показники СПА в ОГ мають тяжіння до рівня, нижчого за норму, відсутня варіативність ознак СПА, що свідчить про ймовірну схильність до негнучкого вибору моделей поведінки в процесі соціалізації;
- показники СПА в ГП мають багаторівневий розподіл проявів, що може свідчити про менш ригідну модель соціалізації особистості.

Виходячи з даних, отриманих у результаті дослідження рівнів проявів показників СПА у групах, було зроблено розподілення ОГ і ГП на підгрупи стратифікаційним критерієм рівня СПА:

– **ОГ:** 61 особа із загальним показником соціально-психологічної адаптації та її компонентів, нижчим за нормативні значення (тобто з проявами СПА), увійшли до основної групи досліджуваних (**ОГД**) (65,6% вибірки), 32 особи з нормальними показниками СПА склали вибірку основної групи адаптованих підлітків (**ОГА**) (34,4% від ОГ);

– **ГП:** 29 осіб (58,0%), в яких встановлено знижену СПА і, відповідно, виявлено прояви СПА, склали вибірку підлітків, які мають ознаки дезадаптації та склали групу порівняння (**ГПД**); 21 респондент (42,0%) – увійшли до групи порівняння адаптованих підлітків (**ГПА**).

Таким чином, емпіричним шляхом за критерієм актуалізації показників соціально-психологічної адаптованості–дезадапованості встановлено основні експериментальні (констатувальний експеримент) та порівняльні групи досліджуваних, диференціація яких і склала дизайн подальшого якісного аналізу отриманих даних, зокрема, усереднених показників соціально-психологічної адаптації/дезадаптації (СПА/Д).

Аналіз усереднених показників проявів СПА/Д як інтегрального показника та її компонентів у вигляді супутніх властивостей і якостей особистості (**табл. 2**) довів легітимність такого розподілу.

В цілому можемо констатувати, що серед підлітків ОГД було 30 представників субкультури геймерів та 31 – екстремалів. До ОГА увійшли 14 екстремалів й 18 геймерів відповідно. Таким чином, достовірних відмінностей стосовно розподілу осіб з проявами СПА залежно від виду субкультури не виявлено.

Таблиця 2

**Усереднені показники
вираженості проявів компонентів СПА**

Шкали СПА	ОГД (n=61)	ОГА (n=32)	ГПД (n=29)	ГПА (n=21)
Адаптація	55,37	172,51	63,96	182,33
Самоприйняття	53,37	48,22	50,23	69,22
Прийняття інших	10,87	37,41	12,75	32,61
Емоційний комфорт	13,36	37,424	15,44	33,52
Інтернальність	41,02	62,97	26,72	68,57
Домінування	18,75	32,04	14,55	26,23

Для загальної картини проявів СПА у респондентів досліджуваних груп характерним є те, що найадапованішими виявляються підлітки з ГПА. Це цілком пояснює адаптаційні можливості особистості, яка не має потреб у соціалізації в константній групі, якою є певна субкультура. В той же час, тенденція до високого показника соціально-психологічної адаптованості притаманна і досліджуваним ОГА, а за рівнем значущості розбіжності між цими групами є несуттєвими. Це підтверджує наше припущення про те, що механізми СПА у підлітків, які занурені в субкультурний простір соціалізації, та підлітків, які не мають потреби такої форми соціалізації, різні, але не є вирішальними в загальному статусі СПА/Д. Зазначене спонукало нас на продовження більш глибинного та структурного аналізу вказаного феномену.

Констатовано, що підлітків ГПД та ОГД характеризують низькі рівні СПА за типом дезадаптації, і це також посилює наш висновок про те, що залученість до субкультурного простору не є диференціюючою ознакою СПА. Маємо також необхідність зазначити, що в такому контексті дезадапованим підліткам властива загальна незрілість особистості, невротичні відхилення, дисгармонії у сфері прийняття рішення, відсутність позитивного досвіду і позитивного підкріплення реалізації мети, амбівалентність та амбітендентність.

Встановлено, що типовим для підлітків ОГА та ГПА є функціонування цілеспрямованої адаптаційної системи; це характеризується спроможністю до встановлення відповідності між особистісними цілями і результатами. В такому контексті ми констатуємо наявність позитивного підкріплення цілей особистості, стратегій соціалізації та результатів СПА.

Якісний аналіз проявів СПА/Д дозволив стверджувати, що за показником самоприйняття респонденти ОГД, ОГА, ГПД мають низькі показники, що свідчить про загальну незадоволеність у сприйнятті власної особистості, її

загальних якостей, характеристик. В цілому, це притаманне підлітково-юнацькому віку, спрямованому на певний максималізм щодо порівняння себе з оточуючими. В той же час, у ГПА сприйняття себе має кращі тенденції, що дозволяє говорити про актуальну роль адекватного сприйняття себе в структурі феноменології адаптації підлітків.

Щодо здатності до прийняття інших, констатовано, що досліджувані ОГД та ГПД тяжіють до неприйняття. Це дає підстави характеризувати зазначених досліджуваних як осіб, які мають фрустровані потреби в спілкуванні та взаємодії з іншими, а також складнощі в організації суспільної діяльності. Ймовірно, для субкультурно-орієнтованих підлітків це стає підставою

Таблиця 3

Усереднені показники розподілу та вираженості СПА в групах досліджуваних

ГРУПА		Адаптація	Самоприйняття	Прийняття інших	Емоційний комфорт	Інтренальність	Домінування
Деадаптовані екстремали	Середнє значення	64,41	58,41	11,35	13,22	60,22	27,54
	n	31	31	31	31	31	31
	Стандартне відхилення	4,07	3,77	3,47	5,29	10,89	3,08
	Мінімум	57,00	48,00	6,00	7,00	37,00	19,00
	Максимум	74,00	65,00	18,00	30,00	81,00	30,00
Деадаптовані геймери	Середнє значення	46,33	48,33	10,40	13,50	21,83	9,96
	n	30	30	30	30	30	30
	Стандартне відхилення	22,40	12,65	4,09	5,48	11,77	6,57
	Мінімум	12,00	19,00	0,00	7,00	0,00	2,00
	Максимум	133,00	66,00	18,00	30,00	50,00	25,00
Звичайні деадаптовані	Середнє значення	63,96	51,24	12,75	15,44	26,72	14,55
	n	29	29	29	29	29	29
	Стандартне відхилення	15,13	9,06	3,97	6,79	11,16	5,66
	Мінімум	28,00	36,00	6,00	5,00	12,00	3,00
	Максимум	90,00	66,00	24,00	33,00	50,00	32,00
Адаптовані екстремали	Середнє значення	172,15	55,00	41,00	38,84	69,92	36,30
	n	13	13	13	13	13	13
	Стандартне відхилення	26,19	8,32	4,96	3,07	7,72	4,44
	Мінімум	96,00	40,00	33,00	32,00	57,00	28,00
	Максимум	204,00	66,00	49,00	42,00	82,00	42,00
Адаптовані геймери	Середнє значення	171,61	42,66	33,61	36,27	56,44	27,44
	n	18	18	18	18	18	18
	Стандартне відхилення	19,80	11,62	5,15	4,521	11,05	4,48
	Мінімум	135,00	19,00	25,00	29,00	34,00	20,00
	Максимум	204,00	59,00	42,00	44,00	77,00	39,00
Звичайні адаптовані	Середнє значення	182,33	71,19	32,61	33,52	68,57	26,23
	n	21	21	21	21	21	21
	Стандартне відхилення	10,30	4,34	2,90	4,38	9,95	3,03
	Мінімум	165,00	63,00	26,00	27,00	47,00	20,00
	Максимум	201,00	78,00	37,00	43,00	84,00	30,00
За вибіркою	Середнє значення	101,39	54,40	20,11	22,00	46,915	21,77
	n	142	142	142	142	142	142
	Стандартне відхилення	59,77	12,25	12,26	11,84	22,34	9,84
	Мінімум	12,00	19,00	0,00	5,00	0,00	2,00
	Максимум	204,00	78,00	49,00	44,00	84,00	42,00

для звуження кола своєї взаємодії виключно до референтної групи – субкультури. Щодо підлітків, які не є включеними до субкультурної соціалізації, така тенденція виявляє невротизовані потреби та перешкоди в спілкуванні з близькими. Представники ОГА та ГПА демонструють доволі позитивні тенденції у сприйнятті інших, що характеризує їх як досить гнучких у взаємодії та спілкуванні. Такі тенденції зумовлюють мотиви та механізмами соціалізації в підлітково-юнацькому віці.

Емоційний комфорт, як одна з ключових потреб у соціалізації та взаємодії, у досліджуваних ОГА та ГПА свідчить про здатність адаптованих підлітків до адекватного емоційного реагування на проблеми взаємодії та особистісного розвитку. Їхнє ставлення до оточення є стабільним. У той же час, досліджувані ОГД та ГПД характеризуються певною невизначеністю у своєму емоційному ставленні до оточуючих і до подій життя. Їм притаманні невпевненість, емоційна ригідність, відстороненість в емоційній взаємодії з іншими. Власне, це і є визначальним в їхньому соціальному статусі.

Аналізуючи інтернальність підлітків у вимірах внутрішнього та зовнішнього контролю та саморегуляції встановлено, що респонденти ГПА та ОГА демонструють зовнішній контроль – екстернальний (як схильність приписувати причини того, що відбувається, зовнішнім факторам). У той же час, у ГПД виявлено схильність пояснювати відповідальність за події, що відбуваються в житті, результатами власної активності, своєю поведінкою, характером, здібностями. В досліджуваних ОГД простежуються біполярні тенденції інтерналізації, що розкриває подвійний механізм інтерпретації причинності та свого місця в колі подій соціалізації.

Інтерпретація показника домінування засвідчує, що підліткам ОГА притаманна тенденція до лідерства та провідна роль у вирішенні завдань і до особистісної активності за рахунок залучення інших. Підлітків ГПА відрізняє відомість – як прагнення виконувати поставлені кимось завдання. Досліджувані ГПД та ОГД – дезадаптовані підлітки, які характеризуються ескапізмом (відходом від проблем), що пояснює причинність соціально-психологічної дезадаптації цих груп.

Узагальнюючи, слід зазначити, що в цілому отримані результати дають підстави вважати, що найбільший інтегральний показник СПА притаманний респондентам ОГА. Окремо зазначимо: хоча ці підлітки є також представниками субкультур, вони не мають ознак соціально-психологічної дезадаптації, що мотивує нас на перегляд окремих стереотипних тверджень стосовно того, що включеність в субкультури

молоді є показником певної соціально-психологічної дезадаптації.

Слід також звернути увагу на подібність досліджуваних груп за показником самоприйняття, що в цілому дає підстави припустити його індиферентність щодо впливу на дезадаптивні патерни поведінки, проте не вирішеним залишається питання про його зв'язок з вибором стратегій соціалізації підлітків у субкультурних течіях. Саме це ми маємо з'ясувати в подальшому. Зазначимо, що ці припущення ми робимо, виходячи з середніх узагальнень за групами, проте подальша диференціація груп за типом активності в субкультурному просторі соціалізації дозволяє визначити взаємобумовленість проявів адаптації/дезадаптації особистості в міру її занурення в середовище субкультури.

Поглиблений статистичний аналіз показників розподілу компонентів СПА за даними описової статистики наведено в табл. 3.

Отримані результати засвідчують, що найменше психологічно адаптованими є респонденти субкультури геймерів. За Н-критерієм Крускала–Уолліса на рівні значущості $p=0,01$ встановлено відмінності у проявах дезадаптації порівняно з групами звичайних адаптованих ($H_{емп}=4,34$), адаптованих екстремалів ($H_{емп}=5,54$) та адаптованих геймерів ($H_{емп}=4,23$).

Уваги заслуговує також аналіз самоприйняття. В цілому, слід зазначити, що в усіх групах його показник тяжіє до середнього рівня (дезадаптовані геймери, звичайні дезадаптовані, адаптовані геймери). Найбільший рівень самоприйняття достовірно відрізняється у групі звичайних адаптованих осіб ($H_{емп}=6,33$), що дає підстави припустити значущість самоприйняття у структурі адаптаційних процесів і станів особистості.

Прийняття інших як структурний та змістовний компонент процесів СПА представлено на рівнях нижчих за норму у досліджуваних групах дезадаптованих геймерів та дезадаптованих екстремалів. Граничну верхню норму зафіксовано в звичайних дезадаптованих підлітків. В той же час, за групами звичайних адаптованих підлітків, адаптованих геймерів та адаптованих екстремалів прийняття інших відповідає середньонормативному рівню. За Н-критерієм Крускала–Уолліса на рівні значущості $p=0,01$ встановлено достовірну відмінність прояву прийняття інших у досліджуваних адаптованих екстремалів та адаптованих геймерів порівняно з іншими групами. Це дає нам підстави вважати, що прийняття інших не детермінує вибір стратегій соціалізації особистості в субкультурах, проте визначає та забезпечує її адаптаційні механізми.

Емоційний комфорт в структурі процесів адаптації/дезадаптації підлітків та юнаків у міру їхнього занурення до субкультурного простору представлено у наступний спосіб. На рівні, нижчому за норму, емоційний комфорт відзначено у дезадаптованих екстремалів та геймерів. Практично на такому ж низькому рівні (достовірних відмінностей не виявлено) спостерігаємо емоційний комфорт у звичайних дезадаптованих підлітків. Щодо досліджуваних адаптованих екстремалів, геймерів та звичайних підлітків-юнаків, слід констатувати високий рівень емоційного комфорту.

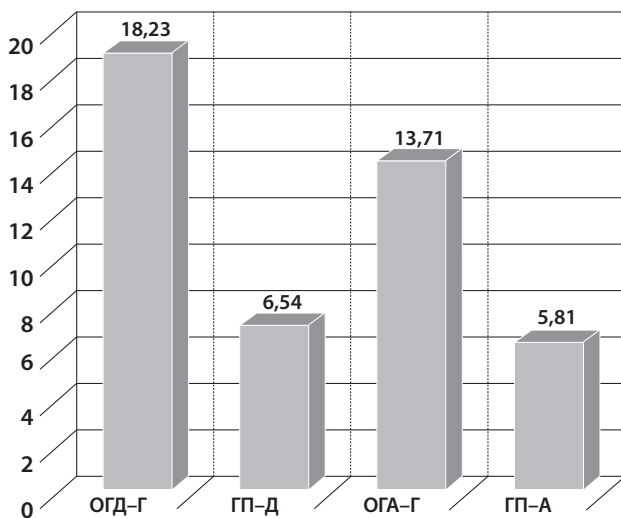
За Н-критерієм Крускала–Уолліса на рівні значущості $p=0,05$ встановлено відмінності між групами звичайних адаптованих та дезадаптованих екстремалів ($H_{емп}=8,32$), дезадаптованих геймерів ($H_{емп}=7,24$). Також встановлено відмінності між групами звичайних дезадаптованих та звичайних адаптованих досліджуваних ($H_{емп}=5,14$). Це дає нам підстави вважати порушення станів емоційного комфорту як механізмом, що структурує та змістовно характеризує процеси адаптації/дезадаптації, так і механізмом соціалізації особистості в субкультуроному середовищі.

Аналізуючи розподіл та відмінності проявів інтернальності особистості в структурі дезадаптації представників субкультур та звичайних юнаків-підлітків, можна відзначити такі особливості. Дуже низькі показники інтернальності виявляють дезадаптовані геймери, що цілком пояснюється відповідною характе-

рологією діяльності. Граничний рівень (близький до низького) також характеризує звичайних дезадаптованих осіб.

Подальший аналіз засвідчує, що з покращенням показників адаптованості зростає показник екстернальності. Адаптовані екстремали та звичайні адаптовані особи мають найбільші прояви екстернальності. За Н-критерієм Крускала–Уолліса на рівні значущості $p=0,01$ показник інтернальності в групі дезадаптованих геймерів достовірно відрізняється від решти досліджуваних груп, зокрема, дезадаптованих екстремалів ($H_{емп}=4,14$), адаптованих екстремалів ($H_{емп}=8,23$), адаптованих геймерів ($H_{емп}=8,64$), звичайних адаптованих ($H_{емп}=7,74$). У зв'язку з цим можна припустити, що інтернальність є класифікуючою ознакою дезадаптації геймерів, перехід інтернальності в нову якість – екстернальність – забезпечує підвищення адаптаційних ресурсів. Згідно нашого дослідження адаптованість пов'язана з екстернальністю, зокрема, у групі звичайних адаптованих підлітків-юнаків.

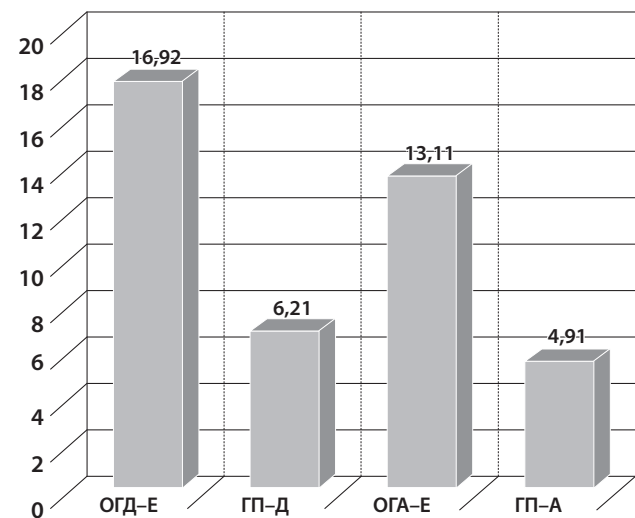
Подальший аналіз структури та змісту психологічної адаптації/дезадаптації визначає місце процесів особистісного домінування, яке розглядається нами як можливий ресурс експансії життєвого простору індивіда зі збільшенням його соціалізації. Потреба в домінуванні (або уникання домінування), на нашу думку, є визначальною в окремих моделях соціалізації, опосередкованої субкультурами.



Примітки:

- ОГД-Г – основна група дезадаптованих підлітків геймерів
- ГП-Д – група порівняння – дезадаптовані підлітки
- ОГА-Г – основна група адаптованих підлітків геймерів
- ГП-А – група порівняння адаптованих підлітків

Рис. 1. Показники компоненту зануреності в субкультуру геймерів за методикою COMP-UDIT



Примітки:

- ОГД-Е – основна група дезадаптованих підлітків екстремалів
- ГП-Д – група порівняння – дезадаптовані підлітки
- ОГД-Е основна група дезадаптованих підлітків екстремалів
- ГП-А – група порівняння адаптованих підлітків

Рис. 2. Показники зануреності в субкультуру екстремалів за методикою EXTRIM-UDIT

Найнижчі показники домінування діагностовано в групі дезадаптованих геймерів. За Н-критерієм Крускала–Уолліса на рівні значущості $p=0,05$ визначено достовірні відмінності домінування дезадаптованих геймерів з усіма іншими групами досліджуваних, окрім групи звичайних дезадаптивних підлітків-юнаків. Найбільшу потребу в домінуванні визнають адаптовані екстремали ($H_{емп}=4,33$), що, ймовірно, може пояснювати стратегію адаптації через активний вплив на оточення та інститути соціалізації. Високі показники домінування в такому випадку можуть свідчити на користь здатності людини протиставляти себе групі, що знижує потребу у зануренні до простору субкультури.

Досліджуючи особливості соціально-психологічної дезадаптації осіб підлітково-юнацького віку, ми з'ясували ступінь зануреності респондентів у субкультуру (на підставі анкети COMP-UDIT для групи підлітків, занурених в субкультуру геймерів, та EXTRIM-UDIT для групи – екстремалів). Узагальнені результати виглядають у такий спосіб.

Досліджуючи компонент зануреності в субкультуру за ознаками провідної активності культури – життя в он-лайн просторі, за методикою COMP-UDIT встановлено показники занурення молоді в геймерську субкультуру (рис. 1).

Встановлено, що показники компоненту зануреності в субкультуру дезадаптованих геймерів свідчать про такий розподіл: ОГД–Г – середній бал 18,23; ОГА–Г – 13,71; ГП–Д – 6,54; ГП–А – 5,81 балів.

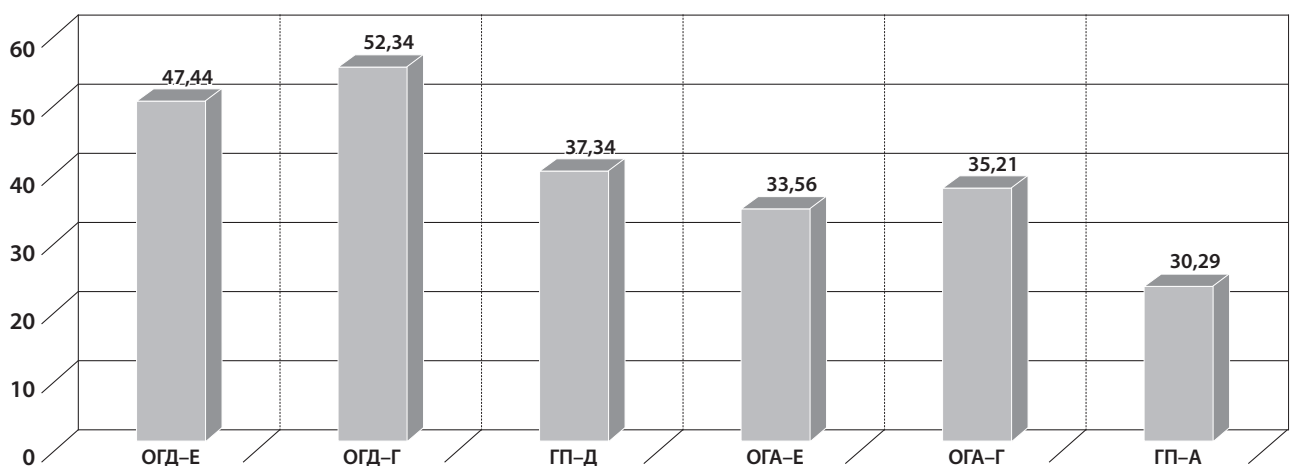
Згідно отриманих даних та вторинної обробки методами математичної статистики за Н-критерієм Крускала–Уолліса встанов-

лено провідну роль показника зануреності в формуванні дезадаптаційних патернів по групі дезадаптованих геймерів порівняно зі звичайними дезадаптованими ($H_{емп}=11,27$) та звичайними адаптованими підлітками ($H_{емп}=12,32$). Відсутність достовірних відмінностей між групами звичайних дезадаптованих і звичайних адаптованих підлітків дають нам підстави вважати несуттєвим вплив (або навіть його відсутність) на процеси адаптації/ дезадаптації особистості, яка не є прихильником субкультурної стратегії соціалізації.

Щодо зануреності в субкультурний простір екстремалів, згідно досліджень ситуація має такий вигляд (рис. 2).

Визначено, що розподіл показників компоненту зануреності в субкультуру дезадаптованих екстремалів представлено у такий спосіб: ОГД–Е – середній бал розподілу 16,92; ГОД–Е – 13,11; ГП–Д – 6,21 та ГП–А – 4,91 балів відповідно.

Отримані результати щодо ступеня зануреності в субкультуру серед груп екстремалів (дезадаптованих та адаптованих), а також їх порівняння з групами звичайних дезадаптованих та звичайних адаптованих підлітків за Н-критерієм Крускала–Уолліса дають підстави для певних спостережень. Встановлено достовірні відмінності між групою дезадаптованих екстремалів та звичайних адаптованих підлітків ($H_{емп}=14,47$), групою дезадаптованих екстремалів та звичайних дезадаптованих ($H_{емп}=13,55$). Це свідчить про взаємообумовленість дезадаптаційних процесів соціалізації особистості в групі екстремалів залежно від її занурення в цю групу.



Примітки:

ОГД–Е – основна група дезадаптованих підлітків екстремалів

ОГД–Г – основна група дезадаптованих підлітків геймерів

ГП–Д – група порівняння – дезадаптовані підлітки

ОГА–Е – основна група адаптованих підлітків екстремалів

ОГА–Г – основна група адаптованих підлітків геймерів

ГП–А – група порівняння адаптованих підлітків

Рис. 3. Порівняльний аналіз показників навіюваності як риси особистості за групами досліджуваних

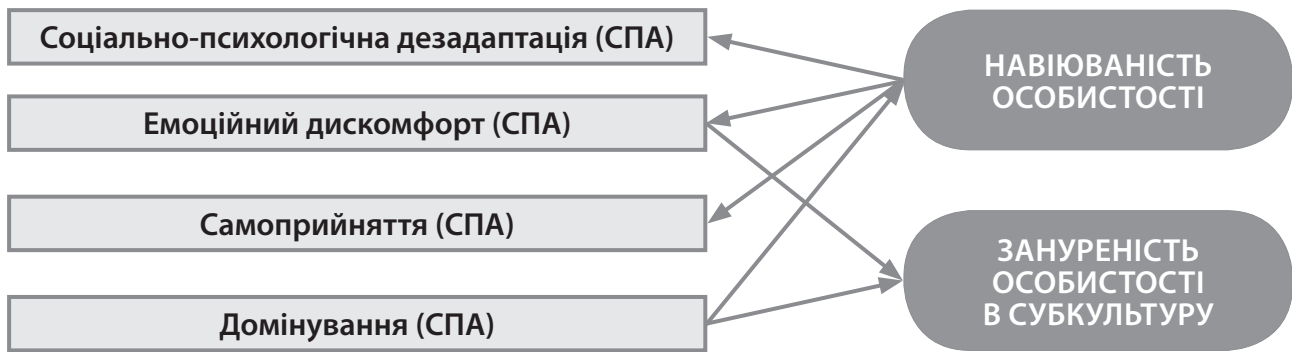


Рис. 4. Предикація соціально-психологічної дезадаптації дезадаптованих представників молодіжних субкультур (ОГД)

На наступному етапі дослідження визначено рівень навіюваності як риси особистості, яка, згідно з нашими теоретичними припущеннями, детермінує певну вразливість та чутливість індивіда до соціально-рольових впливів (рис. 3).

За отриманими результатами встановлено, що розподіл середніх показників навіюваності в групах відбувається таким чином: ОГД-Г – середній бал 52,34; ОГД-Е – 47,44; ГП-Д – 37,34; ОГА-Е – 33,56; ОГА-Г – 35,21; ГП-А – 30,29 балів.

Для визначення відмінностей проявів показників навіюваності особистості використано Н-критерій Крускала-Уолліса. На рівні значущості $p=0,01$ встановлено достовірні відмінності:

- між групою дезадаптованих геймерів та звичайних адаптованих ($H_{емп}=21,12$) юнаків, адаптованих екстремалів ($H_{емп}=19,44$);
- між групою дезадаптованих геймерів (які, власне, виявилися найбільше навіюваними особами: середній показник 52,34 свідчить про підвищену навіюваність) та звичайними адаптованими підлітками ($H_{емп}=22,31$), адаптованими геймерами ($H_{емп}=21,27$), адаптованими екстремалами ($H_{емп}=22,03$).
- цікавою виявляється розбіжність між групами дезадаптованих геймерів та звичайних дезадаптованих підлітків

(Немп=19,39). Така картина дозволяє констатувати: навіюваність в цілому є одним з ключових факторів у генезі занурення особистості до соціалізації в неформальних субкультурах. Разом з тим, є також підстави стверджувати, що навіюваність виступає чинником процесів дезадаптації у соціалізації, особливо серед дезадаптованих геймерів.

Аналіз і узагальнення отриманих даних дозволили визначити особливості соціально-психологічної дезадаптації осіб підлітково-юнацького віку з урахуванням ступеня їхнього занурення до соціалізації в молодіжних субкультурах та рівня навіюваності особистості. Це й стало основою для створення узагальнених моделей предикації соціально-психологічної дезадаптації представників молодіжних субкультур. Визначено такі особистісно-рольові предиктори, які найбільше корелюють з показником психологічної дезадаптації за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса, Р. Даймонд та мають потужні взаємні кореляції:

зануреність..... ($p=0,01$);
 навіюваність..... ($p=0,01$).

За результатами кореляційного аналізу за t-критерієм Стьюдента ($p=0,01$) встановлено прямі кореляції зі ступенем домінування (СПА) та навіюваністю особистості та її потребою у за-

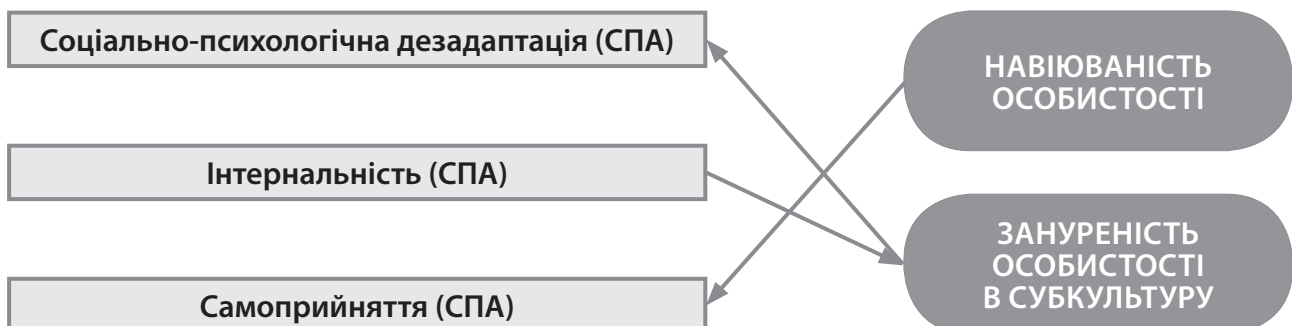


Рис. 5. Предикація СПА адаптованих представників молодіжних субкультур (ОГА)

нуреності у субкультурний простір. Це дає нам підстави припустити, що дезадаптивна модель домінування предикуює вразливість особистості. Збільшення показника емоційного дискомфорту також посилює зазначену тенденцію. Разом з тим, зростання рівня навіюваності знижує ресурси особистості до СПА і показники самоприйняття та зменшує емоційний комфорт особистості, що посилює її потреби до занурення в субкультурний простір. Разом з тим зануреність особистості в субкультуру не є визначальною в генезі її дезадаптації (рис. 4).

Щодо групи адаптованих представників молодіжних субкультур (ОГА), зазначимо, що збільшення показника соціально-психологічної адаптації знижує потребу особистості у зануреності до субкультурного простору, і ми припускаємо, що така зануреність є більше гнучкою та континуумною, ніж у дезадаптованих підлітків (рис. 5).

Також встановлено, що високі показники самоприйняття у адаптованих підлітків є певним регулятором зменшення навіюваності особистості, проте цікавим виявляється той факт, що зі зростанням екстернальності потреба у зануренні в субкультуру збільшується, як і те, що зануреність збільшує екстернальність. Виявлені зв'язки дають підстави говорити про досить гнучкі моделі субкультурної соціалізації адаптованої молоді порівняно з дезадаптованою.

Висновки

В цілому аналіз структури і змісту психологічної дезадаптації у представників молодіжних субкультур дає можливість визначити основні тенденції, зокрема:

- серед представників молодіжних субкультур зустрічаються як соціально-психологічно адаптовані особи, так і з проявами соціально-психологічної дезадаптації різного ступеня вираженості;
- найменше психологічно адаптованими є представники субкультури геймерів;
- самоприйняття забезпечує процеси адаптації особистості у групі звичайних адаптованих досліджуваних;
- прийняття інших як змістовна ознака адаптації не впливає на вибір соціалізації особистості в субкультурах, проте визначає та забезпечує її адаптаційні механізми;
- порушення емоційного комфорту структурує та змістовно характеризує як процеси адаптації/дезадаптації, так і механізми соціалізації особистості в субкультурному середовищі;
- інтернальність виступає принциповою ознакою дезадаптації геймерів, перехід інтернальності в нову якість – екстернальність – забезпечує підвищення адаптаційних ресурсів;
- потреба в домінуванні виступає експансивним механізмом конструювання власного життєвого простору, що забезпечує певну резистентність особистості до соціалізації в субкультурному середовищі;
- визначено предикацію соціально-психологічної дезадаптації дезадаптованих представників молодіжних субкультур та адаптації адаптованих представників молодіжних субкультур за мірою та ступенем їхнього занурення до соціалізації в молодіжних субкультурах та у зв'язку з рівнем навіюваності особистості.

Література

1. Алексеева Т. В. Молодіжні субкультури: розбіжності у світогляді і способі життя / Т. В. Алексеева, В. Є. Луньов // Девіантологія: у 2-х ч.: навч. посіб. для студ. вищ. закл. освіти. – К., 2018. – Ч. 1. – 674 с.
2. Nwalozie C. J. Rethinking Subculture and Subcultural Theory in the Study of Youth Crime – A Theoretical Discourse / C. J. Nwalozie // J. of Theoretical and Philosophical Criminology. – 2015. – Vol. 7 (1). – P. 1–16.
3. King A. The Jack Wills crowd: towards a sociology of an elite subculture / A. King, D. Smith // Br. J. Sociol. – 2018. – Vol. 69 (1). – P. 44–66/
4. Dekel O. Youth Subcultural Theory: Making Space for a New Perspective (chapter 16)/Young Consumer Behaviour: A Research Companion; Ed. By A. Gbadamosi / O. Dekel, L. Dempsey, E. Moorlock. – London, 2017. – 19 p.
5. Hodkinson P. Youth cultures and the rest of life: subcultures, post-subcultures and beyond / P. Hodkinson // J. of Youth Studies. – 2016. – Vol. 19 (5). – P. 629–645.
6. Ulusoy E. Toward a theory of subcultural mosaic: Fragmentation into and within subcultures / E. Ulusoy, A. F. Firat // J. of Consumer Culture. – 2016. – Vol. 0 (0). – P. 1–22.
7. Hollingworth S. Performances of social class, race and gender through youth subculture: Putting structure back in to youth subcultural studies / S. Hollingworth // J. of Youth Studies. – 2015. – Vol. 18 (10). – P. 1237–1256. – doi:10.1080/13676261.2015.1039968
8. Naterer A. Violence and the code of the street: a study of social dynamics among street children in Makeevka, East Ukraine / A. Naterer // J. Interpers. Violence. – 2015. – Vol. 30 (8). – P. 1387–1402. – doi: 10.1177/0886260514540323.
9. Woodman D. Researching Ordinary Young People in a Changing World: The Sociology of Generations and the Missing Middle in Youth Research / D. Woodman // Sociological Research Online. – 2013. – Vol. 18 (1). – P. 7.
10. Линский И. В. Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук // Вісн. психіатрії та психофармакотерапії. – 2009. – № 2 (16). – С. 56–70.
11. Практическая психодиагностика (методики и тесты); под ред. Д. Я. Райгородского. – Самара: Бахрах, 1999. – 672 с.
12. Елисеев О. П. Конструктивная типология и психодиагностика личности / О. П. Елисеев. – Псков, 1994. – С. 72–75.

УДК: 616.89-008.48:616-05 : 616.17-008.1:616.831-005.] – 08+615.851+616-084

ВПЛИВ ПОВЕДІНКОВИХ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТРЕС-ПОТЕНЦІЮЮЧИХ ЧИННИКІВ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ СТРЕСОВОГО РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ З ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ



Т. П. Яворська

© **Тетяна Петрівна Яворська** (Україна) – к.м.н., лікар Харківської обласної клінічної лікарні – центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф; пр. Незалежності, 13, м. Харків, 61058; асистент кафедри ультразвукової діагностики Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України; вул. Амосова, 58, м. Харків, 61176; e-mail: yavorska.tp@gmail.com; ORCID: 0000-0001-7654-5195.

© **Tatyana Yavorska** (Ukraine) – MD, PhD in Medicine, doctor of Kharkiv Regional Clinical Hospital, Emergency Medical Assistance and Disaster Medicine Center; 13 Nezalezhnosti avenue, Kharkiv, 61058; assistant of the Department of Ultrasound Diagnostics of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine; 58 Amosov Street, Kharkiv, 61176; e-mail: yavorska.tp@gmail.com; ORCID: 0000-0001-7654-5195.

© **Татьяна Петровна Яворская** (Украина) – к.м.н., врач Харьковской областной клинической больницы – центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф, г. Харьков, пр. Независимости, 13, 61058; ассистент кафедры ультразвуковой диагностики Харьковской медицинской академии последипломного образования МЗ Украины; ул. Амосова, 58, г. Харьков, 61176; e-mail: yavorska.tp@gmail.com; ORCID: 0000-0001-7654-5195.

№ 9, 2018, стор. 124–129

INFLUENCE OF BEHAVIORAL AND PSYCHO-EMOTIONAL STRESS-POTENTIAL FACTORS DEPENDING ON THE LEVEL OF STRESS IN PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR PATHOLOGY.

Abstract.

To assess the impact of behavioral and psychoemotional stress-potentiating factors depending on the level of vulnerability to stress in patients with cerebrovascular pathology in the dynamics of its development, 383 patients with cerebrovascular pathology of various degrees of manifestation. These degrees were examined to determine the target of medical and psychological assistance (main group): from a high risk of developing the disease due to the presence of cardiovascular risk factors to a vascular catastrophe in history. The study included 122 patients, who were characterized by the presence of cardiovascular diseases with a high risk of developing cerebrovascular disease (group 1); 134 patients with clinical manifestations of cerebrovascular disease in the form of a transient ischemic attack in history (group 2) and 127 patients who had ischemic cerebral stroke (group 3). The inclusion criteria for the study participants were: a high risk or a clinically expanded picture of cerebrovascular disease, which developed against the background of cardiovascular diseases in the form of hypertension and ischemic heart disease, verified by a clinical laboratory method; lack of psychiatric and substance abuse history, disorders of consciousness and psychotic states at the time of inspection. The exclusion criteria were: a history of mental and behavioral disorders, severe concomitant somatic pathology (state of decompensation), severe somatic diseases (except cardiovascular and cerebrovascular disease), which may affect the mental state of patients. As a result, the work revealed a higher level of stress load in patients with cardiovascular risk and cerebrovascular disease compared to conditionally healthy examined patients, which indicates a prognostically greater stress vulnerability of this category of patients and draws attention to the importance of the role of stress in the development of the disease. In the genesis of (psycho) somatic disorders, behavioral and psycho-emotional factors were important, with the latter predominating in the development of pathology. The great importance of stress for cerebrovascular disease indicates the need for medical and psychological assistance in the treatment of such patients.

Key words: cerebrovascular pathology, stress risk, stress-potentiating factors.

ВЛИЯНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СТРЕСС-ПОТЕНЦИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ СТРЕСОВОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.

Аннотация.

С целью оценки особенностей влияния поведенческих и психоэмоциональных стресс-потенцирующих факторов в зависимости от уровня уязвимости к стрессу у больных с цереброваскулярной патологией в динамике ее развития для определения мишени медико-психологической помощи данному контингенту было обследовано 383 пациента с цереброваскулярной патологией различной степени проявления (основная группа): от высокого риска развития заболевания вследствие наличия факторов сердечно-сосудистого риска до сосудистой патологии в анамнезе. В исследование были включены 122 пациента, что характеризовались наличием сердечно-сосудистых заболеваний с высоким риском развития цереброваскулярной патологии (группа 1); 134 пациента с клиническими проявлениями цереброваскулярной патологии в виде переходящих ишемических атак в анамнезе (группа 2) и 127 пациентов, перенесших ишемический мозговой инсульт (группа 3). Критериями включения для участников исследования были: высокий риск или клинически развернутая картина цереброваскулярной патологии, что развились на фоне сердечно-сосудистых заболеваний в виде гипертонической болезни и ишемической болезни сердца, верифицированные клинико-лабораторным методом; отсутствие психиатрического и наркологического анамнеза, наруше-

ний свідчення і психотических состояний на момент осмотра. Критеріями исключения выступали: наличие в анамнезе психических и поведенческих расстройств, тяжелой сопутствующей соматической патологии (состояния декомпенсации), выраженных соматических заболеваний (кроме сердечно-сосудистой и цереброваскулярной патологии), течение которых может повлиять на психическое состояние пациентов. В результате работы выявлен более высокий уровень стрессовой нагрузки у пациентов с сердечно-сосудистым риском и цереброваскулярной патологией по сравнению с условно здоровыми обследованными, что свидетельствует о прогностически большей стрессовой уязвимости этой категории пациентов и обращает внимание на важность роли стресса в развитии болезни. В генезисе (психо) соматических нарушений были важны поведенческие и психоэмоциональные факторы с преобладанием последних в развитии патологии. Большое значение стресса для цереброваскулярной патологии указывает на необходимость медикопсихологической помощи в лечении таких больных.

Ключевые слова: цереброваскулярная патология, стрессовый риск, стресс-потенцирующие факторы.

ВПЛИВ ПОВЕДІНКОВИХ І ПСИХО-ЕМОЦІЙНИХ СТРЕС-ПОТЕНЦІЮЧИХ ФАКТОРІВ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ СТРЕСОВОГО РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ З ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.

Анотація.

З метою оцінки особливостей впливу поведінкових і психоемоційних стрес-потенціуючих факторів в залежності від рівня вразливості до стресу у хворих з цереброваскулярною патологією в динаміці її розвитку для визначення мішені медико-психологічної допомоги даному контингенту було обстежено 383 пацієнта з цереброваскулярною патологією різного ступеня прояву (основна група): від високого ризику розвитку захворювання внаслідок наявності факторів кардіоваскулярного ризику до судинної патології в анамнезі. У дослідження були включені 122 пацієнта, що характеризувалися наявністю серцево-судинних захворювань з високим ризиком розвитку цереброваскулярної патології (група 1); 134 пацієнта з клінічними проявами цереброваскулярної патології у вигляді минулих ішемічних атак в анамнезі (група 2) і 127 пацієнтів, які перенесли ішемічний мозковий інсульт (група 3). Критеріями включення для учасників дослідження були: високий ризик або клінічно розгорнута картина цереброваскулярної патології, що розвинулися на тлі серцево-судинних захворювань у вигляді гіпертонічної хвороби та ішемічної хвороби серця, верифіковані клініко-лабораторним методом; відсутність психіатричного та наркологічного анамнезу, порушень свідомості і психотических станів на момент огляду. Критеріями виключення выступали: наявність в анамнезі психічних і поведінкових розладів, важкої супутньої соматичної патології (стану декомпенсації), виражених соматичних захворювань (крім серцево-судинної та цереброваскулярної патології), переребіг яких може вплинути на психічний стан пацієнтів. В результаті роботи виявлено більш високий рівень стрессового навантаження у пацієнтів з кардіоваскулярним ризиком і цереброваскулярною патологією в порівнянні з умовно здоровими обстеженими, що свідчить про прогностично більшу стресову уразливість цієї категорії пацієнтів і звертає увагу на важливість ролі стресу в розвитку хвороби. У генезі (психо) соматичних порушень важливу роль відігравали поведінкові і психоемоційні фактори з переважанням останніх у розвитку патології. Велике значення стресу для цереброваскулярної патології вказує на необхідність медикопсихологічної допомоги в лікуванні таких хворих.

Ключові слова: цереброваскулярна патологія, стресовий ризик, стрес-потенціуючі чинники.

Вступ

На сучасному етапі розвитку цивілізації психосоціальний стрес стає одним з провідних чинників розвитку як психічних, так і соматичних розладів, серед яких перше місце займають серцево-судинна та цереброваскулярна патологія (ЦВП) [1–3]. Розуміння катастрофічного впливу стресових факторів на життя людини примусило ВООЗ визначити дану проблему у ХХІ столітті як головну, що призводить до втрати працездатного населення у світі. Практичним рішенням цього є рекомендація ВООЗ урядом країн розробляти й впроваджувати заходи з подолання зниження якості життя людей внаслідок дії негативних психоемоційних чинників [3].

Соціальні зміни, пов'язані з процесами трансформації в суспільному розвитку, призвели до постійного збільшення стрессогенних факторів та росту нервово-психічних навантажень на населення. В результаті зазначених процесів в економічно розвинутих країнах все більшого значення набуває епідемія неінфекційних захворювань, в тому числі ЦВП, яка

складає майже третину в структурі поширеності серед усіх хвороб. Все ширшого розповсюдження набувають порушення здоров'я, пов'язані з наявністю хронічного психосоціального (психоемоційного) стресу [4–8].

Психоемоційний стрес та психосоціальні чинники ризику являють вагому небезпеку в розвитку ЦВП [9]. Саме вони сприяють виникненню у людини стану психоемоційної напруги, який виникає в ситуації незадоволення базових потреб, фрустрації та є негативними емоційними переживаннями таких модальностей, як невдоволеність, роздратованість, пригніченість, тривога, страх, дискомфорт та ін. Неприятливі емоційні стани через зміни нейрогуморальної регуляції впливають на фізіологічні процеси в організмі людини й можуть сприяти розвитку багатьох хронічних захворювань, зокрема, ЦВП. На виникнення стану психоемоційної напруги можуть впливати умови життя людини, соціально-демографічні показники, особистісні особливості, рівень та успішність сімейного функціонування, комуні-

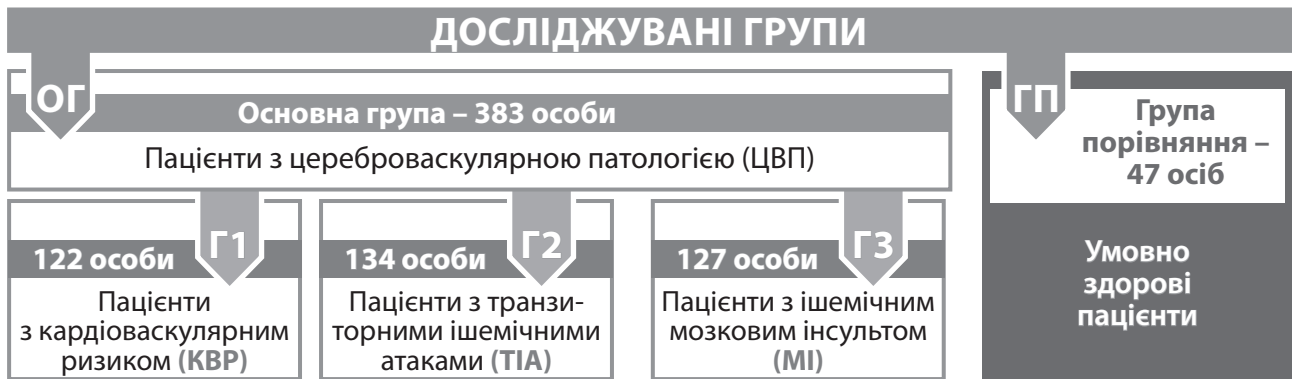


Рис. 1. Розподіл обстежених на групи дослідження

каційні та професійні проблеми, способи проведення, звички та ін. [10–12].

Досвід розвинутих країн свідчить, що найбільш ефективним у запобіганні виникнення та розвитку неінфекційних хвороб й, насамперед, ЦВП, є профілактичний підхід, спрямований на недопущення розвитку патологічного стану та раннє виявлення чинників ризику, серед яких психоемоційний стрес та health life-style фактори (паління, малорухливий спосіб життя, застосування ряду медикаментів) займають значне місце [13; 14].

Гіпотезою даного етапу роботи стало твердження, що наявні особливості вираженості та спектру стрес-потенціюючих чинників у пацієнтів з різним ступенем сприйнятливості до стресу, розкривають закономірності та специфіку психогенезу дезадаптивних станів у пацієнтів з ЦВП протягом перебігу, лікування та відновлення після хвороби та повинні розглядатися як мішені системи заходів медико-психологічної корекції й підтримки в контексті холистичного здоров'яцентрованого підходу.

Мета дослідження

Оцінка особливості впливу поведінкових та психоемоційних стрес-потенціюючих чинників

залежно від рівня вразливості до стресу у хворих з цереброваскулярною патологією в динаміці її розвитку, як мішені медико-психологічної допомоги даному контингенту.

Матеріали і методи дослідження

На базі Харківської обласної клінічної лікарні – центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф протягом 2016–2018 р. було обстежено 383 пацієнти з ЦВП різного ступеня прояву (**основна група – ОГ**): від високого ризику розвитку захворювання внаслідок наявності факторів кардіоваскулярного ризику (КВР) (з його клініко-лабораторною верифікацією з визначенням ліпідного профілю) – до судинної катастрофи в анамнезі. В дослідженні були включені:

- 122 пацієнта, які мали серцево-судинні захворювання з високим ризиком розвитку ЦВП – **група 1 (Г1)**;
- 134 пацієнта з клінічними проявами ЦВП у вигляді транзиторних ішемічних атак (ТІА) в анамнезі – **група 2 (Г2)**;
- 127 пацієнтів, які перенесли ішемічний мозковий інсульт (МІ) – **група 3 (Г3) (рис. 1)**.

Критеріями включення для учасників дослі-

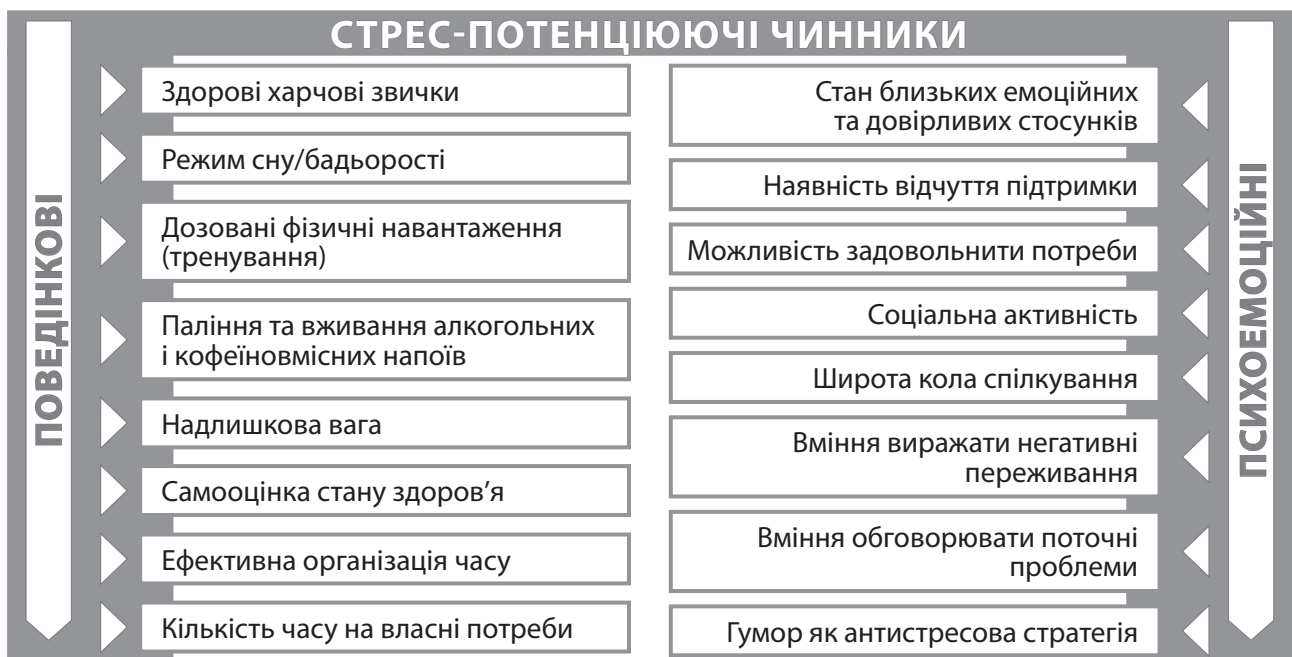


Рис. 2. Поведінкові та психоемоційні стрес-потенціюючі чинники

Таблиця 1

Структура стресового ризику у опитуваних різних груп

Рівень стресового ризику	Г1 (n=122)		Г2 (n=134)		Г3 (n=127)		ГП (n=47)	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
Низький	–	–	–	–	–	–	–	–
Помірний	34	27,90	25	18,70	16	12,60	18	38,30
Високий	63	51,60	77	57,50	66	52,00	23	48,90
Вкрай високий	25	20,50	32	23,90	45	35,40	6	12,80

дження були такі: високий ризик чи клінічно розгорнута картина ЦВП, які розвинулися на фоні серцево-судинних захворювань у вигляді гіпертонічної хвороби та ішемічної хвороби серця, верифіковані клініко-лабораторним методом; відсутність психіатричного та наркологічного анамнезу, порушень свідомості та психотичних станів на момент огляду.

Критеріями виключення виступали наявність в анамнезі психічних та поведінкових розладів, тяжкої супутньої соматичної патології (стани декомпенсації), виражених соматичних захворювань (окрім серцево-судинної та ЦВП), перебіг яких може вплинути на психічний стан пацієнтів.

Поділ пацієнтів саме на такі групи, на нашу думку, дозволить простежити вплив поведінкових, особистісних, психосоціальних факторів на розвиток та перебіг ЦВП на різних (з точки зору медичної практики та медико-психологічної парадигми) етапах хвороби.

Серед пацієнтів Г1 тривалість перебігу ЦВП становила від 1 до 3 років; у хворих з ТІА (Г2) клінічна симптоматика спостерігалася від 6 місяців до 2 років; пацієнти з МІ (Г3) знаходилися у періоді після судинної катастрофи у терміні від 3 до 18 місяців. Вік обстежених становив від 37 до 68 років. Серед обстежуваних переважали чоловіки – 58,50%, жінки склали 41,50%. Пацієнти з гіпертонічною хворобою склали 59,80%, а з ішемічною хворобою серця – 40,20%.

Також було обстежено 47 умовно здорових осіб з відсутністю ризику або ознак ЦВП, верифікованих клініко-лабораторним дослідженням, які склали групу порівняння (ГП).

Для вивчення факторів потенційного стресового навантаження, які прогностично вказують на вищий ризик прояву дистресу у соматичній та психічній сфері, застосовано Бостонський тест на стресостійкість (тест «Аналізу стилю життя») (за Р. В. Купріяновим, Ю. М. Кузьміною, 2012) з модифікацією оціночних шкал [15]. Поряд з традиційною шкалою оцінки рівня стрес-асоційованого навантаження було змістовно виділено 2 субшкали відповідно до психогенезу ризику стресової вразливості, що описували поведінкову та психоемоційну складові (рис. 2).

Поведінкова стрес-потенціююча складова характеризувала ряд звичок, пов'язаних зі здоровим способом життя, тоді як психоемоційна – описувала персональні, міжособистісні та психосоціальні компоненти стресового ризику.

За Бостонським тестом «Аналізу стилю життя»:

- **0–10 б.** – низький стресовий ризик (мінімальна кількість діючих факторів стресового ризику (ФСР) і відповідно потенційно дуже висока стресостійкість із низьким ризиком для здоров'я);
- **11–29 б.** – помірний стресовий ризик (умовно нормальний спектр та вираженість стрес-факторів, що відповідає помірному стресовому напруженню у житті активної людини);
- **30–49 б.** – високий стресовий ризик (високий рівень наявності факторів стресового напруження з потенційно очікуваним зниженням супротиву стресу);
- **50–80 б.** – дуже високий стресовий ризик (прогностично дуже висока вразливість до стресу та загроза для фізичного і психічного здоров'я, що обумовлена наявністю широкого спектру та інтенсивністю факторів стресового ризику).

За поведінковою та емоційною субшкалами відповідно результати варіювали від 0 до 40 б.

Статистична обробка проводилася з використанням MS Excel v.8.0.3.

Результати дослідження та їх обговорення

За розподілом пацієнтів відносно наявності стрес-потенціюючих чинників виявлено, що близько половини хворих у кожній з груп, в тому числі і опитуваних в ГП, мали високий стресовий ризик (51,60% у Г1, 57,50% у Г2 та 52,00% у Г3, а також 48,90% у ГП) (табл. 1).

Порівняно більшою була кількість опитуваних з помірною частотою ФСР серед пацієнтів Г1, дещо меншою у Г2 та найменшою – у Г3 (27,90%, 18,70% та 12,60% відповідно). В той же час у Г3 близько третини осіб мали вкрай високий рівень прояву стресового навантаження, тоді як серед пацієнтів Г2 та Г1 – не перебільшував 1/5 частини опитуваних у кожній з груп (35,40%, 23,90% та 20,50% відповідно).

Порівняння отриманих даних психологічного обстеження за рівнем стресового ризику між ГП та пацієнтами з КВР чи з клінічними проявами ЦВП у ОГ виявило, що у ГП була значно меншою частка осіб з дуже високим (12,80%) та більшою з помірним рівнями потенційного стресового навантаження (38,30%). Визначені особливості свідчать про вищий діючий стресовий потенціал та більшу вразливість пацієнтів Г1, Г2 та Г3 до стресу порівняно з соматично здоровими учасниками дослідження (ГП).

Таблиця 2

Показники стресового навантаження залежно від рівня стресового ризику, $\bar{x} \pm \sigma$ (бали)

Шкали	Рівні		
	помірний	високий	вкрай високий
Г1 (n=122)			
Стресове навантаження	20,5±3,98	35,7±3,85	52,6±1,78
Поведінкова складова (ПС)	11,06±2,67	18,1±2,92	27,04±2,01
Психоемоційна складова (ПЕМС)	9,44±2,34	17,6±2,38	25,56±2,36
Достовірність різниці між ПС та ПЕМС	p<0,01	p=0,29	p<0,01
Г2 (n=134)			
Стресове навантаження	19,72±4,15	35,51±3,56	54,47±1,67
Поведінкова складова (ПС)	10,28±2,07	17,23±3,12	27,0±1,70
Психоемоційна складова (ПЕМС)	9,44±2,47	18,27±2,37	27,47±2,24
Достовірність різниці між ПС та ПЕМС	p<0,05	p<0,05	p=0,47
Г3 (n=127)			
Стресове навантаження	17,63±3,74	32,36±2,67	51,82±1,77
Поведінкова складова (ПС)	8,75±1,61	14,76±1,61	22,64±2,47
Психоемоційна складова (ПЕМС)	8,88±2,60	17,61±2,57	29,18±2,66
Достовірність різниці між ПС та ПЕМС	p=0,82	p<0,01	p<0,01
ГП (n=47)			
Стресове навантаження	14,39±2,69	31,53±0,9	53,0±1,9
Поведінкова складова (ПС)	7,28±1,45	15,65±2,12	26,17±1,94
Психоемоційна складова (ПЕМС)	7,11±2,17	15,87±1,98	26,83±2,48
Достовірність різниці між ПС та ПЕМС	p=0,78	p=0,80	p=0,70
p-значення (між Г1, Г2 та Г3)			
Для інтегрального показника	0,07	0,01	0,01
Для поведінкової складової	0,01	0,01	0,01
Для психоемоційної складової	0,71	0,16	0,01

У табл. 2 наведено рівні стресового навантаження в опитуваних з помірним, високим та вкрай високим рівнями стресового ризику.

У пацієнтів із помірним рівнем стресового ризику інтегральний показник стресового навантаження поміж опитуваними ОГ суттєво не відрізнявся на противагу особам з ГП, де він був значно нижчим (20,5±3,98 б. у Г1, 19,72±4,15 б. у Г2 та 17,63±3,74 б. у Г3, p=0,65 та 14,39±2,69 б., p<0,05 у ГП).

Виявлено значимі внутрішньогрупові відмінності у ОГ щодо поведінкового компоненту впливу на відміну від психоемоційного:

- ПС: Г1 – 11,06±2,67 б.; Г2 – 10,28±2,07 б.; Г3 – 8,75±1,61 б.; p<0,01;
- ПЕМС: Г1 – 9,44±2,34; Г2 – 9,44±2,47; Г3 – 8,88±2,6 б.; p=0,71.

Серед пацієнтів без клінічних ознак (Г1) та хворих з клінічною симптоматикою ЦВП (Г2) поведінкова стрес-потенціуюча складова переважала над психоемоційною:

- Г1: 11,06±2,67 проти 9,44±2,34 б., p<0,01;
- Г2: 10,28±2,07 проти 9,44±2,47 б., p<0,05.

У Г3 дія компонентів була рівнозначною (8,75±1,61 та 8,88±2,6 б., p=0,82). Тоді як для опитуваних ГП суттєвої різниці у впливі поведінкових та психоемоційних стрес-потенціуючих чинників не спостерігалось (7,28±1,45 та 7,11±2,17 б., p=0,78).

У хворих з високим рівнем стресового ризику

загальний показник стресового навантаження був вищим у Г1 та Г2 порівняно з опитуваними Г3 та ГП (35,7±3,85 б. у Г1, 35,51±3,56 б. у Г2 проти 32,36±2,67 у Г3 та 31,53±0,9 б. у ГП, p<0,01).

Внутрішньогруповий аналіз результатів у ОГ показав, що патогенний поведінковий вплив реалізувався з вищою інтенсивністю у пацієнтів без клінічних проявів ЦВП (18,1±2,92 б. у Г1), та його роль знижувалася серед опитуваних Г2 та Г3 (17,23±3,12 б. у Г2 та 14,76±1,61 б. у Г3, p<0,01). Щодо психоемоційної складової значимих відмінностей між групами у ОГ не виявлено (17,6±2,38 у Г1, 18,27±2,37 у Г2 та 17,61±2,57 у Г3, p=0,16). Тоді як порівняння даних між ОГ та ГП відобразило нижчий потенційний вплив поведінкових стрес-потенціуючих чинників на умовно здорових обстежуваних на відміну від Г1, Г2 та психоемоційних з пацієнтами з КВР чи проявами ЦВП.

Аналіз співвідношення поведінкового та психоемоційного компонентів виявив, що у хворих з ризиком ЦВП та осіб з ГП дія цих чинників була рівнозначною (18,1±2,92 та 17,6±2,38 б., p=0,29 у Г1 і відповідно 15,65±2,12 та 15,87±1,98 б., p=0,80 у ГП), тоді як в пацієнтів у Г2 та Г3 домінували емоційні чинники (17,23±3,12 проти 18,27±2,37 б. у Г2, p<0,05; та 14,76±1,61 проти 17,61±2,57 б. у Г3, p<0,01).

У пацієнтів з вкрай високим стресовим ризиком найвищий рівень стресового навантажен-

ня виявлено у Г2, найнижчий у Г3 та середній – у Г1 (відповідно 54,47±1,67 б.; 51,82±1,77 б. та 52,6±1,78 б., $p<0,01$). У ГП даний показник становив 53,0±1,9 б., що уподібнювало результати до пацієнтів з Г1, які мали високий рівень КВР. Варто зазначити, змістовно більш низький показник у хворих, що перенесли МІ, обумовлений корекцією поведінкових звичок під час реабілітації у постінсультному періоді. Це видно по результатах дослідження поведінкової складової між підгрупами ОГ – більш високими у Г1 та Г2 і нижчими у Г3 (відповідно 27,04±2,01, 27,0±1,7 та 22,64±2,47 б., $p<0,01$) та навіть ГП (22,64±2,47 б. у Г3 проти 26,17±1,94 б. у ГП). Тоді як значення психоемоційної складової при внутрішньогруповому порівнянні у ОГ навпаки зростало від Г1 до Г3 (25,56±2,36 б. у Г1, 27,47±2,24 б. у Г2 та 29,18±2,66 б. у Г3, $p<0,01$), а у ГП знову таки показник наближувався до результатів хворих з високим КВР (26,83±2,48 б. у ГП). Серед пацієнтів Г1 виявлено більш виражений вплив поведінкового чинника (27,04±2,01 проти 25,56±2,36 б., $p<0,01$), а хворих Г3 – психоемоційного (22,64±2,47 проти 29,18±2,66 б., $p<0,01$). У Г2 та ГП дія чинників була врівноважена (27,0±1,7 та 27,47±2,24 б., $p=0,47$ у Г2; 26,17±1,94 та 26,83±2,48 б., $p=0,70$ у ГП).

Узагальнений аналіз показників у пацієнтів з ОГ вказував на те, що на початкових стадіях

розвитку стрес-потенційованих порушень у даній категорії осіб, важливу роль відігравав поведінковий компонент, тоді як по мірі зростання стресового потенціалу, все більший вплив демонструвала психоемоційна складова.

Висновки

Таким чином, можна стверджувати, що у пацієнтів з КВР та клінічно розгорнутою картиною ЦВП рівень сприйнятливості до стресу (за рахунок більшої представленості стрес-потенціуючих чинників) є вищим порівняно з умовно здоровими опитуваними, що вказує на важливу роль стресу у розвитку та прогресуванні перебігу хворобливого соматичного стану.

Важливу роль у психогенезі дезадаптивних станів серед пацієнтів з ЦВП відіграють як поведінкові, пов'язані з підтриманням здорового способу життя, так і психоемоційні, обумовлені системою внутрішньоособистісних та міжособистісних відношень, стрес-потенціуючі чинники, при цьому роль останніх з прогресуванням ЦВП зростає.

Вплив на розвиток психічних зрушень та посилення дії психоемоційної складової в процесі перебігу ЦВП вказує на необхідність доповнення стандартних протоколів медичної допомоги психологічними інтервенціями як патогенетичними щодо профілактики та лікування пацієнтів з даною (психо)соматичною патологією.

Література

1. Cardiovascular Health in Anxiety or Mood Problems Study (CHAMPS): study protocol for a randomized controlled trial / J. Tully Phillip, A. Turnbull Deborah, D. Horowitz John [et al.] // *Trials*. – 2016. – Vol. 17. – doi: 10.1186/s13063-015-1109-z
2. Мищенко Т. С. Епидемиология цереброваскулярных заболеваний и организация помощи больным с мозговым инсультом в Украине / Т. С. Мищенко // *Укр. вісн. психоневрології*. – 2017. – Т. 25, вип. 1 (90). – С. 22–24.
3. WHO Mental health in the workplace Information Sheet (updated September 2017). – 2017.
4. Comorbidity Factors and Brain Mechanisms Linking Chronic Stress and Systemic Illness / V. Duric, S. Clayton, M. L. Leong, Li-L. Yuan // *Neural Plast.* – 2016. – URL: 5460732. Published online 2016 Feb 8. – doi: 10.1155/2016/5460732
5. Anxiety, Stress-Related Factors, and Blood Pressure in Young Adults / N. Mucci, G. Giorgi, S. De P. Ceratti [et al.] // *Front Psychol.* – 2016. – Vol. 7. – URL: 1682. Published online 2016 Oct 28. – doi: 10.3389/fpsyg.2016.01682
6. Charting the perfect storm: emerging biological interfaces between stress and stroke / G. Kronenberg, J. Schöner, C. Nolte [et al.] // *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* – 2017. – Vol. 267 (6). – P. 487–494. – URL: Published online 2017 Apr 9. – doi: 10.1007/s00406-017-0794-x
7. Стрес і хвороби системи кровообігу: посіб.; за ред. В. М. Коваленко, В. М. Корнацького. – К.: В. Ю. Коломішин, 2015. – 352 с.
8. Perceived Stress Is Associated With Subclinical Cerebrovascular Disease in Older Adults / T. Aggarwal Neelum, J. Clark Cari, L. Beck Todd [et al.] // *Am J Geriatr Psychiatry.* – 2014. – Vol. 22 (1). – URL: 10.1016/j.jagp.2012.06.001. Published online 2013 Jan 9. – doi: 10.1016/j.jagp.2012.06.001
9. Маркова М. В. Медико-психологічні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу / М. В. Маркова, В. В. Бабич // *Новости медицины и фармации. Неврология и психиатрия. Специализированный выпуск*. – 2008. – № 243. – С. 71–74.
10. Känel R. Acute mental stress and hemostasis: when physiology becomes vascular harm / R. Känel // *Thromb Res.* – 2015. – Vol. 135, Suppl 1. – P. 52–55. – doi: 10.1016/S0049-3848(15)50444-1
11. Bossé S. Childhood Trauma, Perceived Stress, and Hair Cortisol in Adults With and Without Cardiovascular Disease / S. Bossé T., Stalder, B. D'Antono // *Psychosom Med.* – 2018. – Vol. 80 (4). – P. 393–402. – URL: Published online 2018 Mar 7. – doi: 10.1097/PSY.0000000000000569
12. Vaccarino V. Behavioral, emotional and neurobiological determinants of coronary heart disease risk in women / V. Vaccarino, J. Bremner Douglas // *Neurosci Biobehav Rev.* – 2017. – Vol. 74. – P. 297–309. – doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.04.023
13. Njomboro Progress. Social Cognition Deficits: Current Position and Future Directions for Neuropsychological Interventions in Cerebrovascular Disease // *Behav Neurol.* – 2017. – URL: 2627487. Published online 2017 Jul 3. – doi: 10.1155/2017/2627487
14. Smoking History, and Not Depression, is Related to Deficits in Detection of Happy and Sad Faces / K. K. Meyers, N. A. Crane, R. O'Day [et al.] // *Addict Behav.* – 2015. – Vol. 41. – P. 210–217. – URL: Published online 2014 Oct 23. – doi: 10.1016/j.addbeh.2014.10.012
15. Психодіагностика стресса: практикум; сост. Р. В. Куприянов, Ю. М. Кузьмина. – Казань: КНИТУ, 2012. – 212 с.

UDC: 159.953.5-159.922.2

STUDY OF PSYCHOEMOTICAL STATE WITH GENDER CHARACTERISTICS OF MEDICAL STUDENTS DURING MEDICAL PSYCHOLOGY PRACTICAL CLASSES



O. M. Sukachova

© Olga Sukachova (Ukraine) – PhD, Assistant of the Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology, School of Medicine, V. N. Karazin Kharkiv National University, Svobody Square, 4, Kharkiv, 61000; e-mail: olga_sukachova@ukr.net; ORCID: 0000-0003-0742-3041.

© Сукачова Ольга Миколаївна (Україна) – к.психол.н., асистент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології, медичний факультет, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, м. Харків, майдан Свободи, 4, 61000; e-mail: olga_sukachova@ukr.net; ORCID: 0000-0003-0742-3041.

© Сукачова Ольга Николаевна (Украина) – к.психол.н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии, медицинский факультет, Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, г. Харьков, площадь Свободы, 4, 61000; e-mail: olga_sukachova@ukr.net; ORCID: 0000-0003-0742-3041.



D. M. Voloshyna

© Diana Voloshyna (USA) – MD, PhD, Research fellow, Substance Abuse Research Center, School of Medicine, University of Michigan; 4250 Plymouth Road, Ann Arbor, MI, USA, 48109; e-mail: voloshdin@yahoo.com; ORCID: 0000-0002-2026-9942.

© Волошина Діана Миколаївна (США) – к.м.н., науковий співробітник, центр з вивчення наркології медичного факультету, Мічиганський університет; 4250 Plymouth Road, Ann Arbor, MI, USA, 48109; e-mail: voloshdin@yahoo.com; ORCID: 0000-0002-2026-9942.

© Волошина Диана Николаевна (США) – к.м.н., научный сотрудник, центр по изучению наркологии медицинского факультета, Мичиганский университет, г. Энн Арбор; 4250 Plymouth Road, Ann Arbor, MI, USA, 48109; e-mail: voloshdin@yahoo.com; ORCID: 0000-0002-2026-9942.

№ 9, 2018, p. 130–134

STUDY OF PSYCHOEMOTICAL STATE WITH GENDER CHARACTERISTICS OF MEDICAL STUDENTS DURING MEDICAL PSYCHOLOGY PRACTICAL CLASSES

Abstract.

In order to study the psycho-emotional state of medical students in conducting practical classes in medical psychology, 71 third year students of the medical faculty, girls (30) and boys (41), were examined at various times. The age and gender characteristics of the psycho-emotional state of medical students were also studied. The psycho-emotional state was determined using observation, conversation, as well as using the SAN questionnaire (state of health, activity, mood). The study showed that both boys and girls had good performance on the scales of well-being and activity and high results on the mood scale, regardless of the time of the lesson. It was found that during the practical training in medical psychology, students are in a good psycho-emotional state, which has a positive effect on all cognitive processes, their volitional sphere and motor activity. At the same time, it was determined that the empathic state of the teacher is very important, as it includes the ability to respond emotionally to the students' experience; assessment and prediction and adequate behavioral response in accordance with the emotional state of students; and the possibility, if necessary, of correcting the chosen methods of joint communicative interaction. Identified gender characteristics (reduced health, activity and mood among girls during the third seminar) require further study to better understand the psychomotor processes and influence the development of proper pedagogical and psychosocial support. Studying gender characteristics and characteristics makes it possible to reform hygiene standards in the field of occupational safety and education, as well as help to improve the conduct of classes with students of the School of Medicine.

Key words:

medical psychology, psycho-emotional state of students, gender characteristics, well-being, activity, mood.

ИЗУЧЕНИЕ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ С ГЕНДЕРНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ МЕДИЦИНСКИХ СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ЗАНЯТИЙ ПО МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Аннотация.

С целью изучения психоэмоционального состояния студентов-медиков при проведении практического занятия по медицинской психологии в разное время обследовали 71 студента III курса медицинского факультета – девушек (30) и юношей (41). Также были изучены поло-возрастные особенности психоэмоционального состояния студентов-медиков. Определение психоэмоционального состояния проводили при помощи наблюдения, беседы, а также с использованием опросника САН (самочувствие, активность, настроение). Исследование показало как у юношей, так и девушек хорошие показатели по шкалам самочувствия и активности и высокие результаты по шкале настроения независимо от времени проведения занятия. Было установлено, что во время прохождения практических занятий по медицинской психологии студенты находятся

в хорошем психоэмоциональном состоянии, которое оказывает положительное влияние на все когнитивные процессы, их волевую сферу и двигательную активность. В то же время, было определено, что эмпатическое состояние преподавателя очень важно, так как включает в себя способность к эмоциональному реагированию на имеющийся опыт студентов; оценку и прогнозирование и адекватное поведенческое реагирование в соответствии с эмоциональным состоянием студентов; а также возможность, в случае необходимости, исправления выбранных способов совместного коммуникативного взаимодействия. Выявленные гендерные особенности (сниженные показатели здоровья, активности и настроения среди девушек во время проведения третьего семинара) требуют дальнейшего изучения для лучшего понимания психомоторных процессов и оказания влияния на развитие правильной педагогической и психосоциальной поддержки. Изучение гендерных характеристик и особенностей дает возможность реформировать гигиенические стандарты в области безопасности труда и учебы, а также может улучшить проведение занятий со студентами Медицинской школы.

Ключевые слова: медицинская психология, психоэмоциональное состояние студентов, гендерные особенности, самочувствие, активность, настроение.

ВИВЧЕННЯ ПСИХО-ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ З ГЕНДЕРНИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ МЕДИЧНИХ СТУДЕНТІВ У ПРОЦЕСІ ЗАНЯТЬ З МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІ.

Анотація.

З метою вивчення психоемоційного стану студентів-медиків при проведенні практичного заняття з медичної психології в різний час обстежили 71 студента III курсу медичного факультету - дівчат (30) і юнаків (41). Також були вивчені статево-вікові особливості психоемоційного стану студентів-медиків. Визначення психоемоційного стану проводили за допомогою спостереження, бесіди, а також з використанням опитувальника САН (самопочуття, активність, настрої). Дослідження показало як у юнаків, так і дівчат хороші показники за шкалами самопочуття і активності і високі результати за шкалою настрою незалежно від часу проведення заняття. Було встановлено, що під час проходження практичних занять з медичної психології студенти знаходяться в хорошому психоемоційному стані, який робить позитивний вплив на всі когнітивні процеси, їх волюву сферу і рухову активність. У той же час, було визначено, що емпатичний стан викладача дуже важливий, тому що включає в себе здатність до емоційного реагування на наявний досвід студентів; оцінку і прогнозування та адекватне поведінкове реагування відповідно до емоційного стану студентів; а також можливість, у разі необхідності, виправлення обраних способів спільної комунікативної взаємодії. Виявлені гендерні особливості (знижені показники здоров'я, активності і настрою серед дівчат під час проведення третього семінару) вимагають подальшого вивчення для кращого розуміння психомоторних процесів і здійснення впливу на розвиток правильної педагогічної та психосоціальної підтримки. Вивчення гендерних характеристик і особливостей дає можливість реформувати гігієнічні стандарти в області безпеки праці і навчання, а також допоможе поліпшити проведення занять зі студентами Медичної школи.

Ключові слова: медична психологія, психоемоційний стан студентів, гендерні особливості, самопочуття, активність, настрої.

Introduction

The study of medical psychology among medical school students is a very important aspect of knowledge and skills formation applying in psychodiagnostic, psycho-prophylaxis, psychohygiene and treatment of patients, as well as doctor-patient interaction [1]. This type of interaction needs to be paid more attention to achieving better mutual understanding between all participants in the medical process and the main task of the psychologist teacher is to instill interest and motivate students to study this discipline, since the relationship between the doctor and the patient is the basis of any medical activity [2].

In addition, the problem of the psychoemotional state, mental and physical health of students is now becoming increasingly relevant [3]. At the moment, it is important to pay attention not only to the progress of students, but also to what emotions they experience when they study at universities.

When studying the psychodynamic (personal) characteristics of students, it is necessary to take into account and unite the motivational, emotional-volitional and intellectual development of the individual into a single whole. This approach should characterize the psychological and social educationally-determined forms of student behavior: the formation of skills, habits, restructuring of motives of behavior, features of temperament, learning abilities and sensitivity. In the student's age there is not only the accumulation of professional knowledge in the learning process, but also the active development of the personality. In the late adolescence, to which the student's age refers, the final transition to adulthood, the filling of the former qualities of the personality with a new content, the formation of social maturity, a civic position take place. Development of the personality of students occurs in communication, which has a huge subjective importance and constantly competes in duration and intensity

with the students' learning activities and in some ways even hinders it. As this age of formation of the worldview continues, the communication of students often occurs within youth companies, associations and groupings, where young people find new friends and can show their own individuality. A very important role here is played by age, gender, physique (constitution), etc. [4]. Many of the personality traits of students should be studied not only in the context of ordinary training sessions, but also in extreme situations, e. g. during the examination session. This will provide additional information about the student.

Features of personality impose an imprint on the higher mental, and on physiological functions. Therefore, it is important to disclose those personality traits that contribute to mental adaptation, improve the performance and quality of student learning, on the one hand, and the emergence of emotional discomfort, nervous overwork and overstrain, neurotic syndrome – on the other [5].

Thus, the individual characteristics of the student's mental activity, their personal characteristics, intellectual development, temperamental qualities, emotional-volitional qualities, motivations, etc., play an important role in the success of adaptation to the conditions of study at the university, along with physiological, morphological and biochemical features of his/her body.

Gender characteristics and features in psychomotor activity and learning processes play important role for better understanding and improving educational and hygienic standards and protocols as well as to perform prophylactic for required cohort of students. Some studies have already showed high interest in this problem and already had some gender differences founded [6–8]. But this field needs to be investigated more deeply.

Purpose and objectives of the study

Purpose of the study is to examine the psychoemotional state of medical students in conducting a practical training in medical psychology at different periods of time, and also to consider the analysis of results depending on

gender.

Materials and methods

The study involved 71 third-year medical students aged 19 to 23, girls (n=30) and young men (n=41).

Assessment of the psychoemotional state of students was conducted with the help of observation, conversation, and also using the SAN questionnaire (well-being, activity, mood). The authors of the SUN questionnaire (V. A. Doskin, N. A. Lavrentieva, and others) proceed from the fact that these are the main components of the functional psychoemotional state. The questionnaire consisted of 30 pairs of opposite characteristics, according to which the subjects were asked to assess their condition [9].

The significance of the differences in the results was assessed using the Student's t test.

Results of research and discussion

The study took place on the same day in different time intervals according to the schedule of classes for medical psychology. The first seminar (from 8.30 to 9.50) was attended by 20 students: girls (n=9) and boys (n=11). The second seminar

Table 1

Results of SAN methodology among medical students (%)

# seminar	Gender	Scales indicators								
		state of health			activity			mood		
		low	medium	high	low	medium	high	low	medium	high
1	M	18	9	73	9	55	36	9	0	91
	F	11	11	78	11	33	56	11	11	78
2	M	0	25	75	0	37	63	0	50	50
	F	0	50	50	0	60	40	0	0	100
3	M	0	31	69	0	38	62	0	15	85
	F	14	43	43	0	71	29	29	14	57
4	M	0	33	67	0	89	11	0	22	78
	F	0	50	50	25	25	50	0	50	50

Table 2

Comparative analysis of SUN scores among medical students

Scales	1 seminar		2 seminar		3 seminar		4 seminar	
	M	F	M	F	M	F	M	F
State of health	50.18±4.34	52.56±3.06	55.38±3.37	49.20±3.07	52.85±2.16	46.43±5.58	49.22±2.83	48.75±7.88
Activity	46.45±2.71*	50.00±4.07	55.13±3.43*	49.30±2.09	48.85±2.12	42.14±3.96	44.89±2.00*	46.75±9.96
Mood	56.45±3.78	55.22±4.86	52.88±4.51	63.10±1.63*	53.92±2.53	44.57±7.10*	54.89±3.35	55.50±5.84

Note:

* Differences are statistically significant

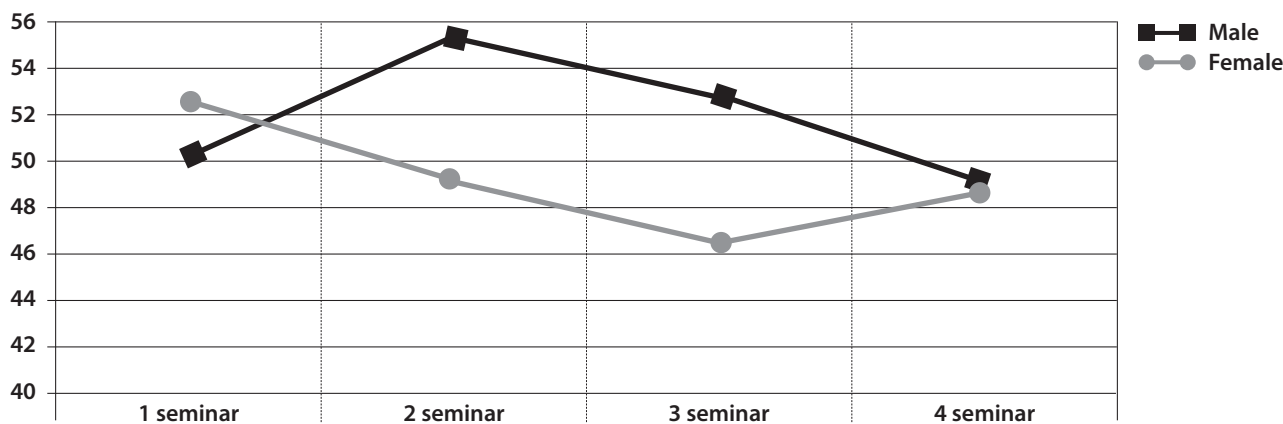


Chart 1. State of Health Scale among medical students

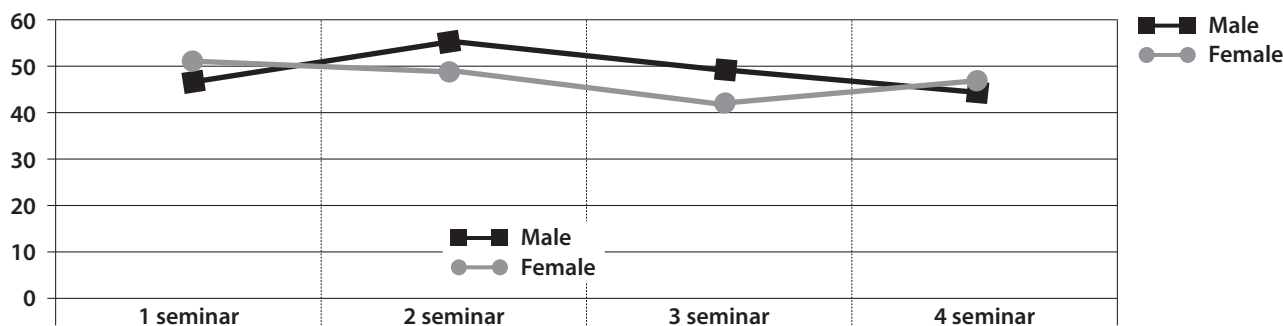


Chart 2. Activity Scale among medical students

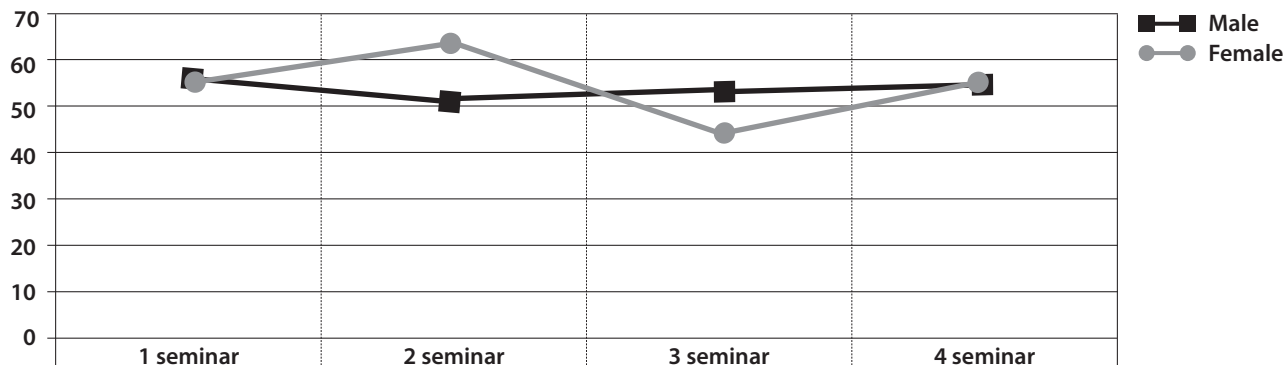


Chart 3. Mood Scale among medical students

(10.10-11.30) – 18 students: girls (n=10) and boys (n=8). The third seminar (from 12.00 to 13.20) – 20 students: girls (n=7) and boys (n=13). And on the fourth seminar (from 13.40 to 15.00) – 13 students were present: girls (n=4) and boys (n=9).

The results of the SAN method in percentages are indicated in Table 1. After examining the indicators of well-being the scales, activity and mood, we note that the majority of students, both girls and boys, have high or medium activity, good mood and well-being, regardless of the time period.

Examining the results of a comparative analysis of the scores of the well-being, activity and mood scales, given in Table 2, we see that there are statistically significant differences in the activity scale among the young men between the first (46.45 ± 2.71), the second (55.13 ± 3.43) and the fourth seminars (44.89 ± 2.00).

It should be noted that the males at the second seminar had higher scores for all scales than young men at the first, third and fourth seminars. Statistically significant differences are noted in girls on a mood scale between the second (63.10 ± 1.63) and the third seminar (44.57 ± 7.10). In addition, at the first seminar among girls, the scores for all scales were higher than for the girls at other seminars and, comparatively, were identical with the results of the young men at the second seminar.

Other scores of scales from Table 2 had no statistically significant differences. Almost all students had high values on the scale of mood and good scores on the scales of well-being and activity.

This indicates that during medical psychology practice students are in a good psychoemotional state that has a positive

effect on cognitive processes, volitional sphere and motor activity. At the same time, the teacher's empathic culture is very important, which includes the perceptive ability to respond emotionally to students' experiences; to evaluate and predict adequate ways of behavior in accordance with the emotional state of students; as well as the ability to correct selected ways of joint interaction [4].

While exploring gender characteristics of State of Health Scale among medical students, as we could see from Chart 1, very important and valuable finding should be discussed about overall health condition of females during educational process.

In contrast to males who reached their maximum health scale level at second seminar and gradually decreased to fourth seminar, females had the highest level of health at the first seminar, then gradually reached the minimum level at the third seminar, after that the level of health scale slightly was improved and became be equal to the level of health scale in males.

Features of activity process among male and female medical students are given in Chart 2. Here we could speak about the tendency similar to previously discussed but having more light differences in the scale of males and females. And again we have to emphasize the existence of minimal activity level among females at the third seminar.

Moreover and either, we could see interesting findings in gender characteristics of Mood Scale among medical students. Males showed almost the same level of mood scale during all sessions since females had the same with males' mood level at the first seminar and rising mood level during the second seminar, but dramatically falling mood level on the third seminar and again the same with males' mood level during the fourth seminar (See Chart 3).

In addition we could announce the importance of more deep investigation of decreasing state of health, activity and mood scores issues among females during the third seminar for better understanding psychomotor process and to make impact in developing right pedagogic and psychosocial support.

Studying gender characteristics and features give opportunity to reform hygienic standards in safety of work and study as well as would help to improve conducting classes with students of Medical School.

Conclusion

The study showed that in a practical lesson on medical psychology, students, both boys and girls, had good scores on the scales of well-being and activity, and high results on a mood scale, regardless of the time of the session. It was interesting that the guys had the highest scores at the second seminar, while the girls had the highest scores at the first seminar. It should be noted that the psychoemotional state of students, their mental and physical health, as well as their interest and activity in studying the academic discipline and interest in the chosen specialty, largely depends on the teacher's psychological-pedagogical skills and competence. The revealed gender specificities (reduced indicators of health, activity and mood among girls during the third seminars) require further study to better understand the psychomotor processes and influence the development of proper pedagogical and psychosocial support.

The study of gender characteristics and features makes it possible to reform hygienic standards in the field of work safety and education, and also help to improve the conduct of classes with students of the Medical School.

References

1. Лакосина Н. Д. Медицинская психология / Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков.— 2-е и перераб. и доп.— М.: Медицина, 1984. — С. 272.
2. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Харди.— Будапешт, 1988.
3. Гуревич П. С. Актуальная психология / П. С. Гуревич // Психология и психотехника. — 2013. — № 8. — С. 742–749.
4. Березина Т. Н. Эмоциональная безопасность образовательной среды и ее влияние на субъективное состояние здоровья у студентов / Т. Н. Березина // *Alma mater* (Вестник высшей школы). — 2014. — № 2. — С. 36–40.
5. Саламатина Ю. В. Эмпатийная культура как профессионально-педагогическое качество учителя / Ю. В. Саламатина // Педагогическое образование в России. — 2013. — № 5. — С. 76–78.
6. Gender and age differences in psychomotor vigilance performance under differential sleep pressure conditions / K. Blatter, P. Graw, M. Munch [et al.] // *Behav Brain Res.* — 2006. — Vol. 168. — P. 312–317.
7. Influence of gender on psychomotor vigilance task performance by adolescents / F. Beijamini, A. G. T. Silva, C. A. T. Peixoto, F. M. Louzada // *Br. J. of Medical and Biological Research.* — 2008. — Vol. 41 (8). — P. 734–738.
8. Males and females differ in brain activation during cognitive tasks / E. C. Bell, M. C. Willson, A. H. Wilman [et al.] // *Neuroimage.* — 2006. — Vol. 30. — P. 529–538.
9. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния / В. А. Доскин, Н. А. Лаврентьева, М. П. Мирошников, В. Б. Шарай // *Вопр. психологии.* — 1973. — № 6. — С. 141–145.

UDC: 618.851: 616.891-085.21:616.3-089.163-089.168

PRINCIPLES OF CONSTRUCTING A PSYCHOREHABILITATION PROGRAM IN PATIENTS OF SURGICAL HOSPITAL SUFFERING FROM NEUROTIC DISORDERS AT THE PRE AND POSTOPERATIVE STAGES OF TREATMENT



D. I. Dimshits

© **Dmytro Dimshits** (Ukraine) – Assistant Professor of the Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology of V. N. Karazin Kharkiv National University, Northern Building, 6 Svobody Square, Kharkiv, 61077; e-mail: dimshits@gmail.com; ORCID: 0000-0001-9869-2663

© **Димшиць Дмитро Ігоревич** (Україна) – асистент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна, офіс 607, Північний корпус, пл. Свободи, 6, м. Харків, 61077, e-mail: dimshits@gmail.com; ORCID: 0000-0001-9869-2663.

© **Дымшиц Дмитрий Игоревич** (Украина) – ассистент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина, офис 607, Северный корпус, пл. Свободы, 6, г. Харьков, 61077; e-mail: dimshits@gmail.com; ORCID: 0000-0001-9869-2663.

№ 9, 2018, p. 135–141

PRINCIPLES OF CONSTRUCTING A PSYCHOREHABILITATION PROGRAM IN PATIENTS OF SURGICAL HOSPITAL SUFFERING FROM NEUROTIC DISORDERS AT THE PRE AND POSTOPERATIVE STAGES OF TREATMENT

Abstract.

Taking into account the tasks set, the main goal of the study was to develop and approve a short-term effective psychotherapeutic program that could be easily implemented both in the surgical hospital and in the outpatient settings for the provision of surgical medical care. It should take into account the individual approach in the treatment program for patients with gastroenterological profile with the presence of neurotic disorders. In the course of our work, we sought to use modern psychotherapeutic strategies based on the principles of integrativity, leading to a reduction in the duration of intervention and a reduction in material costs without reducing the ultimate effectiveness of psychotherapeutic correction. Among the many available methods of psychotherapeutic intervention, we selected those techniques and methods that could be freely adapted for inpatient conditions, taking into account factors that may impede the conduct of psychotherapeutic effects in a surgical hospital. Taking into account the biopsychosocial development model, both neurotic disorders and psychosomatic diseases, it is necessary to use psychopharmacological, psychotherapeutic, social methods in the structure of psychosocial rehabilitation of this cohort of patients. We have developed a psycho-rehabilitation program, created on the basis of personality-oriented, cognitive techniques and neuro-linguistic programming, which allows us to conduct a psycho-rehabilitation on the basis of a surgical hospital in a short time. The use of this program will prevent the development of protracted forms of non-psychotic mental disorders (and, ultimately, the development of personality deformation), as well as improve the prognosis of somatic illness. At the same time, we reduced drug treatment to a minimum due to the need for oral administration of psychotropic drugs against the background of a disease of the gastrointestinal tract.

Key words:

neurotic disorders, gastroenterological disorders, psycho-rehabilitation program, psychotherapy, psychopharmacotherapy.

ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА, СТРАДАЮЩИХ НЕВРОТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ НА ПРЕДВАРИТЕЛЬНОМ И ПОСТОПЕРАЦИОННОМ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ

Аннотация.

С учетом поставленных задач, основная цель проведенного исследования заключалась в разработке и утверждении краткосрочной эффективной психотерапевтической программы, которая легко бы реализовалась как в условиях хирургического стационара так и в амбулаторных условиях оказания хирургической медицинской помощи с учетом индивидуального подхода в программе лечения пациентов гастроэнтерологического профиля с наличием невротических расстройств. В процессе работы мы стремились использовать современные психотерапевтические стратегии, основанные на принципах интегративности, ведущей к снижению сроков вмешательства и уменьшения материальных расходов без снижения конечной эффективности психо-

терапевтической коррекции. Среди многих имеющихся методов психотерапевтического вмешательства мы подбирали те методики и методы, которые можно было бы свободно адаптировать для стационарных условий, с учетом факторов, которые могут препятствовать проведению психотерапевтического воздействия в условиях хирургической больницы. С учетом биопсихосоциальной модели развития, как невротических расстройств, так и психосоматических заболеваний, необходимо использование психофармакологических, психотерапевтических, социальных методов в структуре психосоциальной реабилитации этого контингента больных. Нами разработана психореабилитационная программа, созданная на основе личностноориентированных, когнитивных техник и нейролингвистического программирования, что позволяет в сжатые сроки провести психореабилитацию на базе хирургического стационара. Использование данной программы позволит предупредить развитие затяжных форм непсихотических психических расстройств (и, в конечном счете, развитие деформации личности), а так же улучшает прогноз соматического заболевания. При этом, медикаментозное лечение мы свели к минимуму из-за необходимости перорального приема психотропных препаратов на фоне заболевания желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: невротические расстройства, гастроэнтерологические расстройства, психореабилитационная программа, психотерапия, психофармакотерапия.

ПРИНЦИПИ ПОБУДОВИ ПРОГРАМИ ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ, ЩО МАЮТЬ НЕВРОТИЧНІ ПОРУШЕННЯ НА ПОПЕРЕДНЬОМУ ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ЕТАПАХ ЛІКУВАННЯ

Анотація.

З урахуванням поставлених завдань, основна мета проведеного дослідження полягала в розробці та затвердженні короткострокової ефективної психотерапевтичної програми, яка легко б реалізувалася як в умовах хірургічного стаціонару так і в амбулаторних умовах надання хірургічної медичної допомоги з урахуванням індивідуального підходу в програмі лікування пацієнтів гастроентерологічного профілю з наявністю невротичних розладів. У процесі роботи ми прагнули використовувати сучасні психотерапевтичні стратегії, засновані на принципах інтегративності, що зумовить зниження термінів втручання і зменшення матеріальних витрат без зниження кінцевої ефективності психотерапевтичної корекції. Серед багатьох наявних методів психотерапевтичного втручання ми підбирали ті методики та методи, які можна було б вільно адаптувати для стаціонарних умов, з урахуванням факторів, які можуть перешкоджати проведенню психотерапевтичного впливу в умовах хірургічної лікарні. З урахуванням біопсихосоціальної моделі розвитку, як невротичних розладів, так і психосоматичних захворювань, необхідно використання психофармакологічних, психотерапевтичних, соціальних методів в структурі психосоціальної реабілітації цього контингенту хворих. Нами розроблена психореабілітаційна програма, створена на основі особистоорієнтованих, когнітивних техник і нейролінгвістичного програмування, що дозволяє в стислі терміни провести психореабілітацію на базі хірургічного стаціонару. Використання даної програми дозволить попередити розвиток затяжних форм непсихотичних психічних розладів (і, в кінцевому результаті, розвиток деформації особистості), і так само покращує прогноз соматичного захворювання. При цьому медикаментозне лікування ми свели до мінімуму через необхідність перорального прийому психотропних препаратів на тлі захворювання шлунково-кишкового тракту.

Ключові слова: невротичні розлади, гастроентерологічні розлади, психореабілітаційні програми, психотерапія, психофармакотерапія.

Pathogenetic psychotherapy of psychogenies that developed in the conditions of occurrence (exacerbation) of the gastrointestinal tract disorders, at the pre and postoperative stages of treatment, is the main method of treatment and is aimed at re-forming the personality relations, replacing inadequate relationships with adequate ones [1–5]. The use of standard psychotherapeutic techniques in conditions of treatment in a surgical hospital is not effective enough and is not always applicable. For the correction of ND (neurotic disorders) in patients with gastroenterological profile, it is advisable to use a special psychotherapeutic system [6–9].

Based on the analysis of the processes of disadaptation and the characteristics of the symptomatology, reflecting the inadequacy of the relationship, it is necessary to carry out

correction of excessive subjectivity, teaching the objective method of assessing its somatic state, possible complications, prognosis, treatment tactics [10–13].

Taking into account the tasks set, the aim of the research was to develop and approve a short-term effective and non-energy-differentiated psychotherapeutic program that is easily implemented both in a surgical hospital and outpatient medical care and oriented to individual work with gastroenterological patients suffering from ND. We sought to use modern psychotherapeutic strategies based on the principles of integrative and leading to short-term and material costs without reducing efficiency. From the numerous principles of modern psychotherapy, short-term is one of the main, ensuring patients from developing

a "psychotherapeutic defect or addiction", "escaping to psychotherapy", and shifting responsibility for one's life to a psychotherapist [14–17].

The use of personal-centered psychotherapeutic methods of domestic and world psychotherapy, in our opinion, allows us to cover the most important aspects of ND most fully and pathogenetically. Of the many types of psychotherapy, we sought to select those methods and techniques that can be adapted in a physical hospital environment, while taking into account the factors that prevent the group forms of psychotherapy in a surgical hospital. Such unfavorable factors include:

1. Impossibility of public discussion of personal problems due to microsocial features of communication;

2. Individuality (specificity) of the problem that led to the development of a physical illness, a variety of forms of neurotic behavior;

3. The lack of time and the specific features of the surgical hospital.

Proceeding from the above, we have placed emphasis on the use of individual psychotherapy. In choosing psychotherapeutic techniques, the most important, in our opinion, is the clinical approach, taking into account the severity, the structure of the neurotic disorder and the possibility of a multi-level therapeutic effect. The main goal of the therapy was not only a change in the disease state and the relief of neurotic symptoms, but also the restoration of disturbed personality relationships.

Taking into account the specifics of the surgical hospital, they were guided by the principles aimed at the fastest rehabilitation of patients, combining the sequence of the following provisions:

- unity of psychosocial and biological methods of influence;
- multiplicity of efforts being made to various areas and flexibility in the application of basic psychotherapeutic techniques;
- partnership, involving the patient himself in the implementation of therapeutic effects.

The general principle of constructing psychotherapy in patients of gastroenterological profile is, in our opinion, a differentiated combination of symptomatic, personality-oriented and social-centered psychotherapy. Accordingly, for the correction of ND in patients of gastroenterological profile, in our opinion, it is advisable to use the following types of psychotherapy:

1) rational and cognitive, aimed at the formation of an adequate assessment of a physical illness, possible complications, prognosis,

understanding of the tactics of its treatment and rehabilitation;

2) personality-oriented (reconstructive) psychotherapy, which helps to fully cover the cause-effect relationship of ND;

3) "Ericksonian hypnotherapy", which by means of "adjustment and maintenance" makes it possible to facilitate the achievement of the trance state bypassing the conscious stereotypical neurotic modes of reaction;

4) the methodical methods of NLP ("anchoring", etc.), contributing in the shortest possible time, changing the submodality of perception, improving health, reducing the degree of destructive effect of intensive nosogenic factors, changing them to neutral or positive and thus preventing the growth of neurotic symptoms;

5) teaching of methods autogenic training and autosuggestion [19–24].

Preceded by therapy, the study and analysis of data obtained during the study: the severity and significance of psychotraumatic factors, level of expression and structure of neurotic symptoms; the personal characteristics of the patient, which allowed to determine the optimal approaches for psychotherapy.

The task of short-term hospital stay (about 5–10 days) was set with subsequent psycho-corrective measures (if necessary) in outpatient settings.

While carrying out psychotherapeutic treatment, the main criteria for its evaluation were considered: efficiency and quality of the techniques used in the treatment process, simplicity and accessibility techniques, the treatment time.

Numerous studies have proven the effectiveness of nondirective methods of psychotherapy. Therefore, the main emphasis in the psychotherapeutic process was made by us on receptions of nondirective suggestion with elements of (NLP). NLP was used to simulate a psychotraumatic situation, to achieve comfortable (resource) conditions, to change the negative state of health to the opposite. The use of NLP techniques in teaching Autogenic training and autosuggestion is already in the first stages allowed to notice a significant positive dynamics, manifested by a decrease in complaints, psychoemotional stress, irritability, weakness and improvement of sleep. This allowed for the next stages, to achieve a rapid reduction of neurotic symptoms, reducing the duration of therapy.

Treatment was carried out in stages and consisted of three stages. Each patient underwent 5–6 individual sessions. The duration of each session was about 50–60 minutes.

Much attention was paid to the availability of information received by patients, the setting of feasible tasks for them, the systematic approach to mastering the skills of expressive therapy.

The first stage was preparatory. Its main goal was to establish a confidential contact with the doctor, create motivation for treatment and participation in the therapy process, relieve psychoemotional stress, anxiety before the sessions. Given the high level of anxiety, emotional excitability and irritability, increased, in most cases, suggestibility caused by asthenization against the background, as a rule, initially low readiness for joint active psychotherapeutic work, a certain sequence of psychocorrectional measures was developed.

At the first meeting with the patient, we were striving for minimal activity, non-directivity, which contributed to the sincere disclosure of his emotional experiences, the creation of a confidential contact (the stage of "adjustment"). Then, we increased our activity, proceeding to clarify the "internal picture of the disease" and verbalize the patient's ideas about the disease, the expectations from the treatment and the prospects for recovery. Mutual relations with the patient deepened, we became an assistant in the work of his/her inner world, explanatory (cognitive) and rational psychotherapy was used. At this stage, the therapeutic-patient contact was established on emotional and cognitive levels using verbal and non-verbal communication techniques, using the techniques of NLP widely.

Psychodiagnostic scales were used to determine the severity of the disorders and subsequent dynamic changes in the treatment process. In the form of an individual conversation, the main neurotic disorders were diagnosed. The "model of perception" of the patient was studied, "adjustment" and "synchronization" to this model were carried out. Next, the technique of "anchoring" was used to identify the fixed kinesthetic unconscious indicators of stress, which were the cause of the development of the neurotic state, that is, the psychotraumatic situation was simulated with its conditioned reflex anchoring.

The application of the "anchoring" technique allowed to change the negative experience quite efficiently and quickly to the desired one. We found the "keys" of a painful reaction to the psychotraumatic situation and carried out their unlocking. After that, attempts to cause the initial negative "anchor" remained unanswered, "neutral." This procedure for neutralizing kinesthetically anchored "anchors" was the final phase of the first stage. During this

stage, the dominant psychotherapeutic impact was the harmonious combination of NLP with rational and cognitive psychotherapy. The first stage consisted of one session lasting from 60 to 90 minutes.

At the second stage, the main medical effect was performed. The principles of personality-oriented psychotherapy were applied to the techniques applied in the first stage. In the methods of NLP, if necessary, techniques of "triple dissociation," the creation of a "positive image of oneself," etc. were added. Over the course of two or three sessions, the use of the "anchoring" method helped to reliably and securely consolidate the comfortable ("resource") state for the rapid achievement, in the subsequent, of a multilevel "trance". This was important, as it helped, if necessary, to bring about a "resource state". The application of the methods of NLP and Erickson's hypnosis for "adjustment" to the unconscious methods of response greatly facilitated and accelerated the achievement of a multilevel "trance," helped to reliably "plunge". At this stage, the main treatment load was starting to perform "trance states".

Having adjusted to the patient's current experiences, "his world models," carried out "immersion in trance", all the time carefully reacting to the patient's current state and continuing to adjust to the reactions of this behavior. With the deepening of the "trance" in an indirect form, the cause-effect relationships between the neurotic symptoms and the characteristics of the personal response were explained. Influenced emotional, intellectual, sensory and motivational levels of conflict reflection. The aim was to understand the patient causal relationship between neurotic symptoms and the characteristics of a personal response, bypassing the conscious "limiting stereotypes of behavior". At this stage, correction of inadequate reactions and behavioral forms was carried out, an understanding of the causes and mechanisms of the development of the disorder was achieved, the disturbed relationships were changing, and new forms of emotional and behavioral response were being developed.

In the third and final stage, the goal was to consolidate the therapeutic result achieved in the previous stage. Considerable attention was paid to auto-training and autosuggestion. Methods of autogenous neutralization were used: autogenous response and Autogenic verbalization. To neutralize negative experiences, the methods of repetition of those situations, which were the cause of the trauma, were used. Autologous verbalization was carried out with closed eyes, and the patient's task was to tell about all sensory images appearing in the state of Autogenic relaxation. Unlike autogenous

response, autologous verbalization was used in those cases when the interfering material could be accurately described. The verbalization of a certain topic (aggression, fear, desire) was carried out in a state of Autogenic relaxation and continued until the patient stated that he had nothing to say. The possibility of a curative effect is largely determined by the fact that these methods are inherently trance (or trance during their development develops as a concomitant state). It is impossible not to mention the mechanism of placebo, which works if a person believes in a therapist, or the technique used by him. In fact, the above-mentioned auto-training can be considered as a modification of the technique of hypnosis, conducted indirectly through psychosomatic symptoms. The general rule with this approach was that the figurative context could be very different, the most important thing is the adjustment through it to the symptoms with their subsequent virtual destruction.

Summarizing the strategy of interaction with the patient during psychotherapy, the following sequence of actions can be noted. At the first meeting, we were striving for minimal activity, non-directs, which contributed to the sincere disclosure of his emotional experiences, the creation of a confidential contact. Then, we increased our activity, proceeding to clarify the "internal picture of the disease" and verbalize his ideas about it, the expectations of treatment and the prospects for recovery. Carrying out the correction, discussed with him the data of psychological and somatic examinations, explaining that the causes of neurotic disorders lie not in organic changes in the body and real life situations, but in inadequate reactions to them. At the moment, we acted as an expert, providing the patient with relevant information, and after understanding the connection between symptomatology and provocative situations, the content of the conversations began to change.

The subject of discussion was no symptoms, but psychological problems and experiences. A certain scheme of development of his illness was built up in the patient's mind (emotional factors and pathogenic situation – personal position and attitudes – needs and motives – neurotic conflict – somatic symptoms – neurotic symptoms – neurotic (nonadaptive) behavior – aggravation of somatic disorders). Relations with the patient deepened, we became an assistant in the work of his inner world. At the final stage, we again increased our activity and even directness in testing and fixing the patient new ways of perception, emotional response and behavior.

During the treatment course, at all its stages, two interrelated psychological processes

were constantly carried out: awareness and reconstruction of the personality relations. The first process – awareness, insight – consisted in the gradual expansion of the patient's self-awareness, connected with the need to understand the true sources of his own somatic and neurotic disorders; the second – the reconstruction of personal relations – in accordance with the degree of awareness, there was a correction of the disturbed and the development of new relationships at the cognitive and behavioral levels.

During the treatment course, at all its stages, two interrelated psychological processes were constantly carried out: awareness and reconstruction of the personality relations. The first process – awareness, insight – consisted in the gradual expansion of the patient's self-awareness, connected with the need to understand the true sources of his own somatic and neurotic disorders; the second – the reconstruction of personal relation – in accordance with the degree of awareness, there was a correction of the disturbed and the development of new relationships at the cognitive and behavioral levels.

The most significant and difficult part of the discussion was to help the patient understand that his neurotic symptoms and organic disease of the gastrointestinal tract were caused not only and not so much by the circumstances of life and external conflicts, but also by an internal conflict based on his inadequate relations and incompatible needs, as a result of which he is not able to solve his problems. The conflict was accompanied by emotional tension, disorganizing somato-neuro-mental functioning and causing somatic disease.

Clarifying the psychological mechanisms of the disease is not a purely rational, cognitive process; it is necessary to involve deep, unconscious parties and stereotypes of personal reaction; so we engaged in quite significant emotional and mental experiences, which made possible the necessary restructuring of the individual on the basis of positive internal resources. Rational, intellectual understanding of neurotic problems and their causes, the conditionality of the emergence (exacerbation) of a physical illness by psychological factors in itself is of little effect and does not lead to necessary (therapeutic) changes in the personality of the patient; it must be the final link in the process of awareness, emotionally saturated in its essence.

The depth of awareness has been often multilevel. The first level concerned the understanding of the maladaptive behavior in a pathogenic (nosogenic) situation. The second level reflected the comprehension of those

inadequate attitudes (in self-esteem, attitude to other people and the surrounding world) that underlie his neurotic symptoms and physical illness. The third level of understanding of the genesis of neurotic disorders is associated with awareness of violations in the sphere of the motives and needs underlying the improperly formed relationships of the individual.

Awareness and understanding are only the beginning of psychotherapy, or rather, its condition. It is important to reorganize those important personal relations in this situation, the disruptive influence of which manifests itself in a holistic functioning. Insufficiently adequate due to the "flaws" in the development of the personality of the relationship in certain life situations are not so much a condition of external and internal conflicts, but a cause of the inability to successfully resolve these conflicts.

Despite the fact that the verbal formula is considered the main means of suggestive influence, we widely used the possibilities of non-verbal means of influence—poses, facial expressions, gestures, rate of breathing, slowing-speeding up speech, changing timbre and other ways of adjusting to unconscious reactions of the patient (unconscious at the current moment). This is one of the essential elements of "adjustment" and the subsequent "management" of the patient into a trance (hypnosis) with the purpose of therapeutic influence on him (all these factors are of great importance and these mechanisms of influence are very important when trancing the model of M. Erickson) because they greatly potentiate verbal promptings.

The process of accepting suggestion by patients is mediated through specific psychological mechanisms. The perception of suggestion includes directly perception, memorization and retarded realization, which function autonomously from the strong-willed sphere of the patient, and are identified as autogenic psychic phenomena. On the basis of modern data, it seems that acceptance of suggestion is possible only under certain psychophysiological conditions, in a state of reduced level of awareness (conscious thinking) or in the state of the so-called "trance", which is an obligatory condition. The main therapeutic value of trance is that it can save a person from harsh restrictions and thereby make it possible to restructure and reorganize the system of self-perception. Conscious, purposeful activity, as a rule, is connected with the establishment of certain mental configurations, or structures, which narrows the field of attention or concentrates it only on the signals connected with these restrictions. The literature has repeatedly confirmed the existence of a distorting process.

For example, the mood distorts knowledge in the direction of the corresponding effect; Happy subjects had happy memories and vice versa. These data indicate the presence of limitations (affective, cognitive, positional), which drastically reduces the processing of information.

Such distortions have a clinical importance, since people burdened by problems are obsessed with certain unchanging structures of information processing. Such fixation does not allow flexible adaptation to changing needs, situations and relationships; Instead, it again and again leads to the same undesirable result. Achieving trance activates the resources necessary for transformational changes, creating a degree-ming (i.e., undistorted) state of self-perception, in which new ways of existence can be discovered.

The increasing recognition of the biopsychosocial model of the disease sharpens the question of the correlation of biological (primarily pharmacological), psychological and social effects in the system of treatment of neurotic disorders. Although pharmacotherapy continues to be considered the main factor of medical and biological intervention, its direct and indirect psychotherapeutic effects are emphasized.

Pharmacotherapy was used by us according to the general principles of its application, that is, taking into account the anti-anxiety, vegetative-stabilizing and sleep-regulating components in the spectrum of psychotropic activity of the drug, on the one hand, and the structure of the clinical picture, on the other. Pharmacotherapy contributed to the psychotherapeutic process through the realization of its specific biological activity and was useful in establishing contact with the patient, to strengthen the therapeutic connection, demonstrating the competence of the physician by easing the symptoms. It helped to remove barriers to effective therapeutic communication, increased the degree of freedom in studying patients' hidden psychological conflicts, helped to break down the symptomatic barriers and enhance psychological changes and integrate a new understanding.

On this basis, all patients received biological treatment, taking into account direct and indirect psychotherapeutic effects. As a base drug, antidepressants of the serotonin reuptake inhibitors group in tablets 0.01 g once a day were used. Some patients (at the beginning of treatment) used tranquilizers of the nonbenzodiazepine series at night or twice a day. It is characteristic that as the number of sessions of psychotherapy increased, the doses of drugs decreased and by the end of treatment were completely excluded.

References

1. Михайлов Б. В. Роль и место психотерапии в формировании качества жизни больных с невротическими и психотическими расстройствами / Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов, И. Н. Сарвир // Журн. психиатрии и медицинской психологии. – 2004. – № 4 (14). – С. 35–38.
2. Кришталь В. В. Психосоматическая патология: генез и подходы к коррекции / В. В. Кришталь // Междунар. мед. журн. – 2007. – Т. 7, № 1. – С. 37–40.
3. Коростий В. И. Когнитивная психотерапия в лечении тревожных и депрессивных расстройств у молодых лиц с психосоматическими заболеваниями / В. И. Коростий // Медицинская психология. – 2011. – Т. 6, № 3 (23). – С. 19–22.
4. Коростий 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: ВНМУ ім. М. І. Пирогова, 2010. – С. 52.
5. Михайлов Б. В. Комплекс психотерапевтических заходів в лікуванні тривожних розладів / Б. В. Михайлов, Т. С. Чорна // Проблема прихильності хворих наркологічного профілю до терапії. Потреба в лікуванні і лікування за потребою: матер. наук.-практ. конф. з міжнарод. участю, 8–9 квітня 2014 р., Харків. – Харків, 2014. – С. 173–174.
6. Мороз С. М. Инвалидность как хроническая психотравмирующая ситуация / С. М. Мороз, Б. В. Михайлов // Архив психиатрии. – 2008. – Т. 14, № 2 (53). – С. 4–8.
7. Мороз С. М. Этапность психолого-психотерапевтической помощи инвалидам в соответствии с индивидуальной программой реабилитации / С. М. Мороз, Б. В. Михайлов // Журн. психиатрии и медицинской психологии. – 2009. – № 2 (22). – С. 114–117.
8. Психотерапія неспихотичних психічних розладів тривожно-депресивного спектра (когнітивно-реверсивний підхід) / М. В. Маркова, С. А. Бахтіярова, В. В. Бабич [та ін.] // Журн. психиатрии и медицинской психологии. – 2008. – № 2 (19). – С. 25–31.
9. Волошин П. В. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди / П. В. Волошин, Н. О. Марута // Укр. вісн. психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 1 (82). – С. 5–11.
10. Медична і соціальна реабілітація: підручник / В. Б. Самойленко, Н. П. Яковенко, І. О. Петряшев [та ін.]. – К.: Медицина, 2013. – 463 с.
11. Медицинская реабилитация: учеб. для студентов и врачей; под общ. ред. В. Н. Сокрута, Н. И. Яблучанского. – Славянск: Ваш имидж, 2015. – 620 с.
12. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах: метод. посіб.; за ред. К. Д. Бабова [та ін.]. – К.: Калита, 2014. – 92 с.
13. Chronic pain management: nonpharmacological therapies for chronic pain / K. L. Chang, R. Fillingim, R. W. Hurley [et al.] // FP Essent. – 2015. – Vol. 432. – P. 21–26.
14. Garland E. L. Treating chronic pain: the need for nonopioid options / E. L. Garland // Expert Rev. Clin. Pharmacol. – 2014. – Vol. 7 (5). – P. 545–550.
15. Шестопалова Л. Ф. Терапевтичне середовище медичного закладу психоневрологічного профілю: медико-психологічні проблеми / Л. Ф. Шестопалова // Вісн. ХНУ імені В. Н. Каразіна. Серія «Психологія». – 2010. – № 913, вип. 44. – С. 188–191.
16. Васильева А. В. Исследование особенностей клинического патоморфоза невротических расстройств в новых социальных условиях в связи с выбором терапевтических стратегий // А. В. Васильева, Т. А. Караева / Вестн. психотерапии. – 2009. – № 32. – С. 70–77.
17. Шестопалова Л. Ф. Психологія лікувального процесу: сучасні проблеми та перспективи дослідження / Л. Ф. Шестопалова // Мед. психологія. – 2006. – Т. 1, № 4. – С. 30–32.
18. Демченко В. А. Ефективність комплексної терапії психічно хворих у межах організаційної моделі «Інтегрована медицина» для амбулаторних загальносоматичних установ / В. А. Демченко // Мед. психологія. – 2010. – № 3 (19). – С. 62–69.
19. Кожина Г. М. Механізми формування та шляхи профілактики суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади: моногр. / Г. М. Кожина, В. І. Коростій, К. О. Зеленська. – Харків: ХНМУ, 2014. – 64 с.
20. Марута Н. А. Личность больного в формировании резистентности невротических расстройств // Н. А. Марута, И. А. Явдак, Е. С. Чередыкова / Укр. вісн. психоневрології. – 2015. – С. 115–121.
21. Шамонина Т. Г. Психологические особенности осмысления жизненного пути личности в автобиографическом, семейно-родовом и общественно-историческом аспектах: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. психол. наук: спец. 19.00.01 «Загальна психологія» / Т. Г. Шамонина. – М., 2012. – 28 с.
22. Гришина Н. В. Ценностные ориентации личности: семья и поколение / Н. В. Гришина, С. Ю. Лавренчук // Вестн. Санкт-Петербургского университета. Серия 12 «Психология. Социология. Педагогика». – 2008. – Вып. 3. – С. 113–123.
23. Сурикова Я. А. Взаимосвязь ценностных ориентаций и значимых событий субъективной картины жизненного пути личности: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. психол. наук: спец. 19.00.01 «Загальна психологія» / Я. А. Сурикова. – Хабаровск, 2009. – 29 с.
24. Бурлачук Л. Ф. Психология жизненных ситуаций / Л. Ф. Бурлачук, Е. Ю. Коржова. – М., 1998. – 263 с.
25. Леонтьев Д. А. Тест смысловых ориентаций / Д. А. Леонтьев. – М.: Смысл, 2000. – 16 с.
26. Психодіагностичні особливості когнітивних розладів серед хворих працездатного віку із соматичними захворюваннями / Г. М. Кожина, В. І. Коростій, В. Б. Михайлов [та ін.] // Мед. психологія. – 2012. – № 4. – С. 68–74.

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 прізвищем першого автора (стандарт набору – **петренко.doc** або **petreko.doc**).

Текст набирається у текстовому редакторі Microsoft Word:

- формат сторінки – А4, орієнтація – книжкова;
- ширина полів: лівого, верхнього та нижнього по 2 см, правого – 1 см;
- шрифт Times New Roman, кегль 14, міжрядковий інтервал – 1,5;
- абзацний відступ – 1,25 см (**використовується виключно клавіша Enter**);
- вирівнювання тексту – по ширині сторінки;
- виділення тексту можливе напівжирним шрифтом або курсивом.

Не допускається:

- дублювання назви статті у назві файлу;
- створення абзацного відступу за допомогою клавиш Tab та пробілів;
- примусові (розставлені вручну) переноси;
- підкреслення, 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) – 1800–2000 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.

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) – 1800-2000 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.

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) – 1800–2000 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 соответствующую 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.

Наукове видання

Психіатрія, неврологія та медична психологія

**Міжнародний науково-практичний журнал
№ 9**

(Укр., рос. та англ. мовами)

Відповідальний редактор О. М. Міщенко

Підписано до друку . Формат 60x84/8.
Папір крейдяний. Друк офсетний.
Гарнітура Myriad.
Ум. друк. арк. Обл.-вид. арк.
Наклад 500 пр. Зам. № Ціна договірна.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
майдан Свободи, 6, кімн. 605, м. Харків, Україна 61022.