

УДК: 616.89-008.47:616.831-001.31

Д. Н. Волошина
**ВНУТРІШНЯ СТРУКТУРА ПСИХІЧНОГО СТАТУСУ ХВОРИХ З РІЗНИМИ НАСЛІДКАМИ
 ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ**

Д. Н. Волошина
**ВНУТРЕННЯЯ СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ
 С РАЗЛИЧНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ**

D. M. Voloshyna
**INTERNAL STRUCTURE OF THE MENTAL STATUS OF PATIENTS WITH DIFFERENT CONSEQUENCES
 OF TRAUMATIC BRAIN INJURY**

Мета дослідження — вивчення внутрішньої структури психічного стану хворих з різними наслідками черепно-мозкової травми за допомогою опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Derogatis. На базі КЗОЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3» обстежені 100 пацієнтів чоловічої статі у віці $38,35 \pm 0,96$ років з різними психопатологічними наслідками перенесеної черепно-мозкової травми: 39 осіб з F 06 — іншими (окрім деменції, амнестичного синдрому та делірії) психічними розладами, спричиненими ЧМТ (група I) та 61 особа з F 07 — розладами особистості та поведінки внаслідок ЧМТ (група II). Виявлено, що у пацієнтів з F 06 загальна виразність психопатологічної симптоматики була з достатньою достовірністю відмінностей більша, зокрема за шкалами соматизації, обсесивності-компульсивності, міжособистісної сенситивності, депресії, тривожності, фобічної тривожності, паранояльності, психотизму. Були вивчені позитивні взаємозв'язки психопатологічних симптомів: у групі I (F 06) міжособистісна сенситивність мала міцний кореляційний зв'язок з депресією, обсесивністю-компульсивністю та психотизмом; обсесивність-компульсивність позитивно корелювала з депресією, тривожністю з соматизацією, психотизм з паранояльністю; у групі II (F 07) тривожність мала міцний кореляційний зв'язок з депресією, паранояльністю позитивно корелювала з міжособистісною сенситивністю. Також виявлено, що вік не відіграє вирішальної ролі у впливі на психологічний та соматичний стан пацієнтів з психопатологічними наслідками черепно-мозкових травм.

Ключові слова: психопатологічні наслідки черепно-мозкової травми, психологічний стан, опитувальник виразності психопатологічної симптоматики Derogatis

Цель исследования — изучение внутренней структуры психического состояния больных с различными последствиями черепно-мозговой травмы с помощью опросника выраженности психопатологической симптоматики Derogatis. На базе КЗОЗ «Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3» обследованы 100 пациентов мужского пола в возрасте $38,35 \pm 0,96$ лет с различными психопатологическими последствиями перенесенной черепно-мозговой травмы: 39 человек с F 06 — другими (кроме деменции, амнестического синдрома и делирия) психическими расстройствами, вызванными ЧМТ (группа I) и 61 человек с F 07 — расстройствами личности и поведения вследствие ЧМТ (группа II). Выявлено, что у пациентов с F 06 общая выраженность психопатологической симптоматики была с достаточной достоверностью различий больше, в частности по шкалам соматизации, обсесивности-компульсивности, межличностной сенситивности, депрессии, тревожности, фобической тревоги, паранойяльности, психотизма. Изучены положительные взаимосвязи психопатологических симптомов: в группе I (F 06) межличностная сенситивность имела мощную корреляционную связь с депрессией, обсесивностью-компульсивностью и психотизмом; обсесивность-компульсивность положительно коррелировала с депрессией, тревожностью — с соматизацией, психотизм — с паранойяльностью; в группе II (F 07) тревожность имела мощную корреляционную связь с депрессией, паранойяльность положительно коррелировала с межличностной сенситивностью. Также обнаружено, что возраст не играет решающую роль в воздействии на психологическое и соматическое состояние пациентов с психопатологическими последствиями черепно-мозговых травм.

Ключевые слова: психопатологические последствия черепно-мозговой травмы, психологическое состояние, опросник выраженности психопатологической симптоматики Derogatis

The purpose of the research is studying the internal structure of mental state of patients with various consequences of brain injury using a questionnaire symptom levels Derogatis. On the basis of CHPI "Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital № 3" 100 male patients aged $38,35 \pm 0,96$ years with various psychopathological consequences of undergoing cranial-brain injury were surveyed: 39 people with F 06 — other (other than dementia amnesic syndrome and delirium) mental disorder due to brain injury (group I) and 61 people with F 07 — personality disorders and behavior as a result of TBI (group II).

The study showed that patients with F 06 have common expression of psychopathology with more differences, particularly on the scale of somatization, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, phobic anxiety, paranoia, psychoticism.

Positive correlations between psychopathological symptoms were studied: in group I (F 06) strong interpersonal sensitivity had strong correlation with depression, obsession-compulsivity and psychoticism; obsession-compulsivity positively correlated with depression; anxiety with somatization; psychoticism with paranoia; in group II (F 07) anxiety had a strong correlation with depression, paranoia positively correlated with interpersonal sensitivity. It was also found that age does not play a decisive role in influencing the psychological and somatic state of patients with psychopathological consequences of traumatic brain injuries.

Key words: psychopathological consequences of traumatic-brain injury, psychological condition, the questionnaire symptom levels

Черепно-мозкова травма займає одне з провідних місць в ураженні головного мозку і найбільш широко поширена в молодому працездатному віці [1, 2].

Внаслідок пошкодження головного мозку змінюються фізико-хімічні властивості головного мозку і процеси метаболізму, в цілому порушується нормальна життєдіяльність усього організму. Психопатологічні наслідки черепно-мозкової травми проявляються у вигляді

психоорганічного синдрому, характеризуються підвищеною виснаженістю і малою продуктивністю усіх психічних процесів, зниженням пам'яті та інтелекту, нетриманням афектів. Можливе формування патологічних властивостей особистості за астеничним, іпохондрічним, паранояльно-кверулянтним, психопатоподібним, істеричним, епілептоїдним типом. Серйозні черепно-мозкові травми накладають відбиток на весь вигляд хворого, його діяльність, роблячи його нездатним до роботи і до компенсації свого дефекту [3].

Ефективність психопатологічного методу для діагностики функціонального стану мозку, прогнозування результатів та розроблення нових підходів до лікування та реабілітації хворих була показана в численних психіатричних дослідженнях пацієнтів з тяжкою ЧМТ та її наслідками [Гіляровський В. А. 1944, 1946, Голодець Р. Г. 1984, 1989, Гуревич М. О. 1948, Доброхотова Т. А., Зайцев О. С. 1998, 1999, 2002, Калінер С. С. 1967, 1974, Лобова Л. П. 1969, 1975, Мионов Г. І. 1976, Повіцька Р. С. 1947, Семенова-Тян-Шанська М. В. 1975, 1978, Сперанська О. І. 1983, Тищенко А. Т. 1974, Шмарьян А. С. 1948, Faust С. 1967] [3, 4].

Мета даного дослідження — вивчення внутрішньої структури психічного стану хворих з різними наслідками черепно-мозкової травми за допомогою опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Derogatis (Derogatis L. R. et al., 1973, 1976; Тарабрина Н. В., 2001) [5—8].

На базі відділу профілактики і лікування наркоманій ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків) та КЗОЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3» за допомогою опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Derogatis було обстежено 100 пацієнтів чоловічої статі у віці $38,35 \pm 0,96$ років з різними психопатологічними наслідками перенесеної черепно-мозкової травми: 39 осіб з F 06 — іншими (окрім деменції, амнестичного

синдрому та делірію) психічними розладами, спричиненими ЧМТ (група I) та 61 особа з F 07 — розладами особистості та поведінки внаслідок ЧМТ (група II). Групу порівняння склали 73 здорових добровольця чоловічої статі у віці $36,97 \pm 1,73$ років (група III).

Результати SCL-90-R інтерпретувалися на трьох рівнях: загальна виразність психопатологічної симптоматики, виразність психопатологічної симптоматики за окремими шкалами, а також виразність окремих психопатологічних симптомів. Оброблення даних здійснювали методами математичної статистики (дисперсійний, кореляційний, регресійний аналіз) (Гублер Е. В., 1978; Лапач С. Н. і др., 2000) [9, 10] на ПЕОМ за допомогою програм «SPSS 15.0» та «Excel» (з пакету «Microsoft Office 2010»).

Середня виразність психопатологічної симптоматики в групах порівняння за шкалами соматизації, обсесивності-компульсивності, міжособистісної сенситивності, депресії, тривожності, ворожості, фобічної тривожності, паранояльності, психотизму, а також за показниками додаткової шкали індексу загальної виразності психопатологічної симптоматики опитувальника Derogatis (SCL-90-R) наведена у таблиці 1, а також на рисунку.

Легко помітити, що середня виразність психопатологічної симптоматики в обстежених хворих у групах I та II за усіма шкалами була достовірно більшою ніж у здорових добровольців групи III (див. табл. 1). Найбільш виразними психопатологічними симптомами були: ворожість — Hostility (HOS), паранояльні тенденції — Paranoid Ideation (PAR), обсесивність-компульсивність — Obsessive-Compulsive (O-C), міжособистісна сенситивність — Interpersonal Sensitivity (INT), тривожність — Anxiety (ANX), соматизація — Somatization (SOM). Тому не дивно, що середнє значення загального індексу ваги психопатологічної симптоматики у хворих виявилося в три рази більшим, ніж у здорових ($1,05 \pm 0,06$ бали проти $0,34 \pm 0,02$ бали при $p < 0,001$).

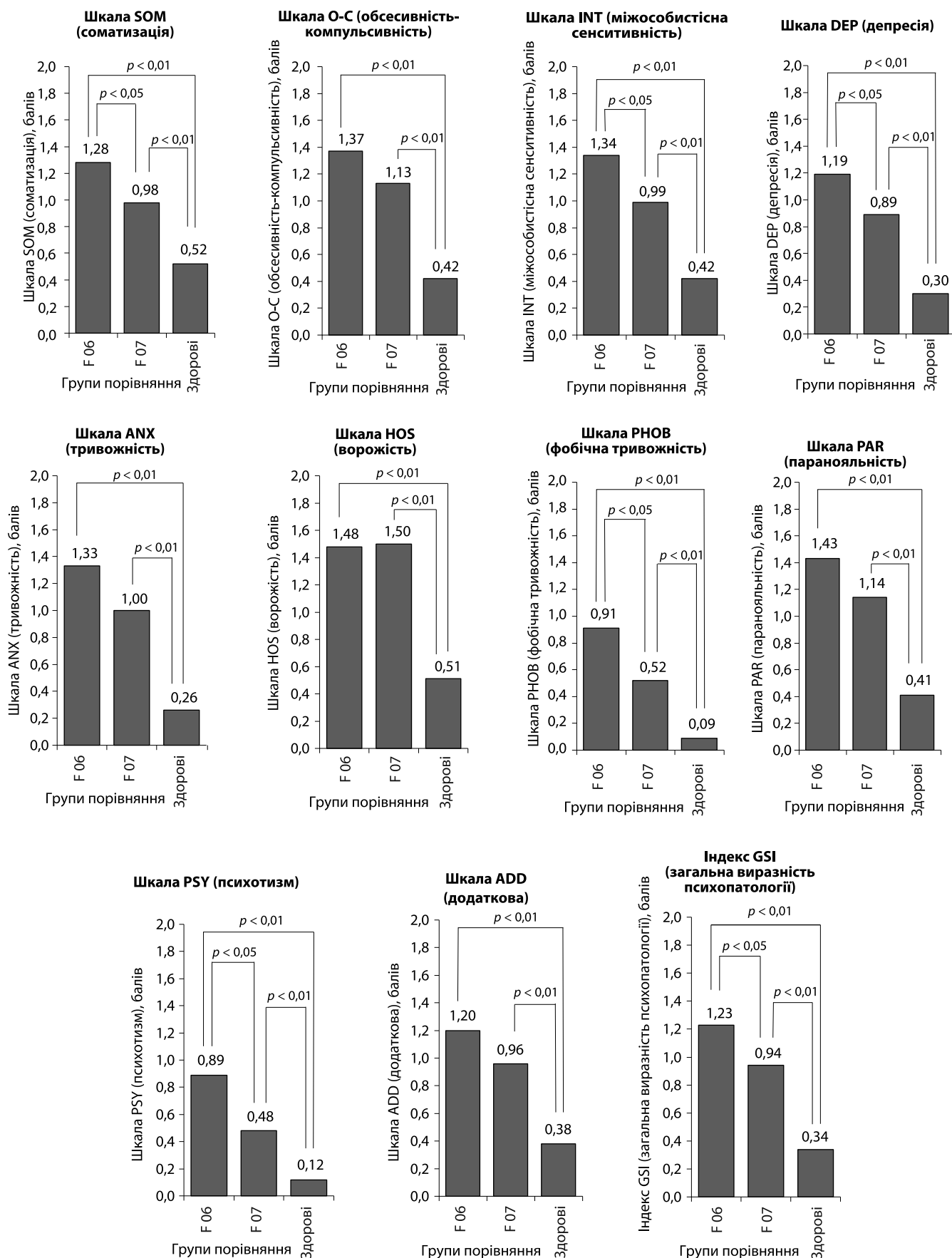
Таблиця 1

Середня виразність психопатологічної симптоматики в групах порівняння за шкалами опитувальника Derogatis (SCL-90-R)

Шкали опитувальника Derogatis	Середні значення за шкалами ($M \pm m$), бали				Достовірність відмінностей між групами порівняння (p)			
	Хворі			Здорові ($n = 73$)	F 06		F 07	
	F 06 ($n = 39$)	F 07 ($n = 61$)	Усі ($n = 100$)		F 06	F 07	Усі хворі	Здорові
Шкала SOM	$1,28 \pm 0,12$	$0,98 \pm 0,07$	$1,10 \pm 0,06$	$0,52 \pm 0,05$	1)	3)	3)	3)
Шкала O-C	$1,37 \pm 0,12$	$1,13 \pm 0,07$	$1,22 \pm 0,06$	$0,42 \pm 0,04$		3)	3)	3)
Шкала INT	$1,34 \pm 0,13$	$0,99 \pm 0,07$	$1,13 \pm 0,07$	$0,42 \pm 0,03$	1)	3)	3)	3)
Шкала DEP	$1,19 \pm 0,13$	$0,89 \pm 0,07$	$1,01 \pm 0,07$	$0,30 \pm 0,02$	1)	3)	3)	3)
Шкала ANX	$1,33 \pm 0,15$	$1,00 \pm 0,09$	$1,12 \pm 0,08$	$0,26 \pm 0,02$		3)	3)	3)
Шкала HOS	$1,48 \pm 0,17$	$1,50 \pm 0,13$	$1,49 \pm 0,10$	$0,51 \pm 0,04$		3)	3)	3)
Шкала PHOB	$0,91 \pm 0,15$	$0,52 \pm 0,09$	$0,67 \pm 0,08$	$0,09 \pm 0,02$	1)	3)	3)	3)
Шкала PAR	$1,43 \pm 0,15$	$1,14 \pm 0,09$	$1,26 \pm 0,08$	$0,41 \pm 0,03$		3)	3)	3)
Шкала PSY	$0,89 \pm 0,12$	$0,48 \pm 0,06$	$0,64 \pm 0,06$	$0,12 \pm 0,02$	2)	3)	3)	3)
Шкала ADD	$1,20 \pm 0,13$	$0,96 \pm 0,09$	$1,05 \pm 0,07$	$0,38 \pm 0,03$		3)	3)	3)
Індекс GSI	$1,23 \pm 0,11$	$0,94 \pm 0,06$	$1,05 \pm 0,06$	$0,34 \pm 0,02$	1)	3)	3)	3)

Примітки: Умовні скорочення: SOM — соматизація; O-C — обсесивність-компульсивність; INT — міжособистісна сенситивність; DEP — депресія; ANX — тривожність; HOS — ворожість; PHOB — фобічна тривожність; PAR — паранояльність; PSY — психотизм; ADD — додаткова; Індекс GSI — загальна виразність психопатологічної симптоматики.

Достовірність відмінностей між групами на рівні: 1) — $p < 0,05$; 2) — $p < 0,01$; 3) — $p < 0,001$



Середня виразність психопатологічної симптоматики в групах порівняння за шкалами опитувальника Derogatis (SCL-90-R)

Водночас у групі I (хворі з іншими (окрім деменції, амнестичного синдрому та делірію) психічними розладами, спричиненими ЧМТ) середня виразність психопатологічної симптоматики за шкалами SOM (соматизація), O-C (обсесивність-компульсивність), INT (міжособистісна сенситивність), DEP (депресія), ANX (тривожність), PHOB (фобічна тривожність), PAR (паранояльність), PSY (психотизм), ADD (додаткова) та за індексом GSI (загальна виразність психопатологічної симптоматики) була достовірно більшою, ніж у групі II (хворі з розладами особистості та поведінки внаслідок ЧМТ).

У ході оброблення шкал різних психопатологічних симптомів за допомогою визначення коефіцієнта кореляції були виявлені такі достовірні позитивні кореляційні зв'язки (табл. 2):

— в обох групах хворих (F 06 + F 07) загальна виразність психопатологічної симптоматики (GSI) позитивно корелювала з усіма психопатологічними симптомами;

— у групі I (F 06) крім міцного кореляційного зв'язку загальної виразності психопатологічної симптоматики (GSI) з усіма шкалами психопатологічних симптомів,

міжособистісна сенситивність (INT) мала міцний кореляційний зв'язок з депресією (DEP), обсесивністю-компульсивністю (O-C), паранояльністю (PAR) та психотизмом (PSY); обсесивність-компульсивність (O-C) позитивно корелювала з депресією (DEP), тривожністю (ANX) — з соматизацією (SOM), психотизм (PSY) — з паранояльністю (PAR);

— у групі II (F07) нарівні з виразністю кореляційних зв'язків загальної виразності психопатологічної симптоматики (GSI) з усіма шкалами психопатологічних симптомів, тривожністю (ANX) мала міцний кореляційний зв'язок з депресією (DEP), паранояльністю (PAR) позитивно корелювала з міжособистісною сенситивністю (INT);

— у групі III (здорових добровольців) загальна виразність психопатологічної симптоматики (GSI) позитивно корелювала з соматизацією (SOM), обсесивністю-компульсивністю (O-C), депресією (DEP), тривожністю (ANX); мали місце слабкіші кореляційні зв'язки фобічної тривожності (PHOB) з депресією (DEP) та тривожністю (ANX), тривожності (ANX) — з соматизацією (SOM), обсесивністю-компульсивністю (O-C) та депресією (DEP).

Таблиця 2

Коефіцієнти кореляції між оцінками психопатологічної симптоматики за шкалами опитувальника Derogatis, а також між зазначеними шкалами та віком в групах порівняння

	Вік	Шкали Derogatis											Вік	Шкали Derogatis											
		SOM	O-C	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	ADD	GSI		SOM	O-C	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	ADD	GSI	
Група хворих з F 06													Група хворих з F 07												
Вік	1,00												1,00												
Шкали Derogatis	SOM	0,22	1,00										0,39	1,00											
	O-C	-0,09	0,65	1,00									0,37	0,50	1,00										
	INT	-0,10	0,59	0,81	1,00								0,24	0,32	0,58	1,00									
	DEP	0,04	0,62	0,80	0,74	1,00							0,34	0,65	0,67	0,59	1,00								
	ANX	0,20	0,78	0,64	0,63	0,69	1,00						0,31	0,70	0,51	0,50	0,81	1,00							
	HOS	-0,05	0,32	0,40	0,56	0,35	0,49	1,00					0,01	0,02	0,37	0,46	0,23	0,30	1,00						
	PHOB	0,05	0,46	0,54	0,64	0,68	0,58	0,32	1,00				0,35	0,50	0,48	0,54	0,67	0,68	0,06	1,00					
	PAR	0,15	0,42	0,50	0,76	0,42	0,56	0,67	0,36	1,00			0,23	0,22	0,52	0,72	0,37	0,29	0,50	0,29	1,00				
	PSY	0,21	0,54	0,61	0,82	0,56	0,64	0,56	0,55	0,78	1,00		0,31	0,45	0,54	0,63	0,62	0,53	0,14	0,56	0,58	1,00			
	ADD	0,20	0,78	0,67	0,74	0,77	0,81	0,40	0,50	0,62	0,69	1,00	0,35	0,63	0,47	0,52	0,66	0,71	0,24	0,60	0,38	0,52	1,00		
GSI	0,11	0,79	0,84	0,90	0,85	0,86	0,61	0,71	0,73	0,83	0,88	1,00	0,40	0,71	0,77	0,78	0,88	0,85	0,45	0,73	0,63	0,74	0,78	1,00	
Усі хворі (F 06 + F 07)													Здорові												
Вік	1,00												1,00												
Шкали Derogatis	SOM	0,29	1,00										0,55	1,00											
	O-C	0,12	0,59	1,00									0,25	0,52	1,00										
	INT	0,04	0,50	0,72	1,00								0,07	0,36	0,42	1,00									
	DEP	0,17	0,65	0,75	0,70	1,00							0,17	0,45	0,60	0,41	1,00								
	ANX	0,24	0,75	0,59	0,60	0,76	1,00						0,17	0,55	0,57	0,45	0,65	1,00							
	HOS	-0,02	0,15	0,37	0,48	0,27	0,37	1,00					0,23	0,25	0,21	0,49	0,32	0,27	1,00						
	PHOB	0,18	0,51	0,53	0,62	0,69	0,64	0,17	1,00				-0,15	0,25	0,33	0,44	0,60	0,63	0,14	1,00					
	PAR	0,18	0,35	0,53	0,75	0,42	0,45	0,56	0,36	1,00			0,08	0,00	0,21	0,46	0,28	0,16	0,66	-0,03	1,00				
	PSY	0,24	0,54	0,60	0,77	0,61	0,62	0,32	0,59	0,70	1,00		0,12	0,25	0,28	0,24	0,52	0,51	0,10	0,53	0,19	1,00			
	ADD	0,27	0,71	0,58	0,65	0,73	0,76	0,30	0,56	0,52	0,62	1,00	0,28	0,66	0,69	0,54	0,50	0,51	0,44	0,27	0,20	0,23	1,00		
GSI	0,22	0,76	0,81	0,86	0,87	0,86	0,50	0,73	0,70	0,81	0,83	1,00	0,35	0,76	0,77	0,69	0,77	0,78	0,54	0,55	0,39	0,50	0,80	1,00	

Примітки: Достовірні (p < 0,05) коефіцієнти кореляції виділено заливкою, насиченість якої вказує на силу зв'язку

Таким чином, пацієнти з іншими (окрім деменції, амнестичного синдрому та делірію) психічними розладами, спричиненими ЧМТ (F 06 за МКХ-10) більш схильні до зміненої міжособистісної чутливості, що супроводжується депресією, обсесивністю-компульсивністю, паранояльністю та психотизмом. Цікавою характерною рисою даної групи пацієнтів є відмінне забарвлення тривожності: тривожність корелює з соматизацією, психотизмом та паранояльністю, на відміну від групи II (F 07), де ми бачимо класичний кореляційний зв'язок тривожності з депресією.

Пацієнти з психічними розладами, спричиненими ЧМТ (F 06 за МКХ-10) потребують, крім медикаментозної корекції психотичного регістру порушень, більш чуйного ставлення і обережності у спілкуванні. Психотерапія у даної когорти пацієнтів повинна бути спрямована на подолання міжособистісного бар'єра у спілкуванні, ліквідування проблеми підозрілості та зменшення ризику агресивної відповіді пацієнта на вороже ставлення оточуючого світу.

У групі пацієнтів з розладами особистості та поведінки внаслідок ЧМТ (F 07 за МКХ-10) на першому місці виступила проблема тривожності, що корелювала із депресією. Тобто, такі пацієнти потребують лікувальних заходів анксиолітичної та антидепресивної спрямованості. Крім того, ці пацієнти також мають достатню міру паранояльності, що корелює з міжособистісною чутливістю.

Під час вивчення взаємозв'язків виразності психопатологічних симптомів з віком обстежених виявлено таке:

— у групі I (F 06) вік не мав достовірно значущих кореляційних зв'язків за всіма шкалами психопатологічних симптомів;

— у групі II (F 07) мали місце позитивні кореляційні зв'язки слабкої сили з соматизацією (SOM), обсесивністю-компульсивністю (O-C), депресією (DEP), тривожністю (ANX), фобічною тривожністю (PHOV) та психотизмом (PSY);

— у групі III (здорових добровольців) мав місце позитивний кореляційний зв'язок середньої сили з шкалою соматизації (SOM), решта шкал не мали достовірно значущих кореляційних зв'язків.

В структурі психічного статусу хворих з психопатологічними наслідками черепно-мозкових травм виявлені усі можливі психопатологічні симптоми. Особливо виразними були ворожість, паранояльні тенденції, обсесивність-компульсивність, міжособистісна чутливість, тривожність; загальна виразність психопатологічної симптоматики (індекс GSI) була значною.

У групі I (F 06 — інші (окрім деменції, амнестичного синдрому та делірію) психічні розлади, спричинені ЧМТ)) загальна виразність психопатологічної симптоматики була з достатньою достовірністю відмінностей більша, зокрема за шкалами соматизації, обсесивності-компульсивності, міжособистісної чутливості, депресії, тривожності, фобічної тривожності, паранояльності, психотизму.

Виявлені позитивні взаємозв'язки психопатологічних симптомів: у групі I (F 06) міжособистісна чутливість мала міцний кореляційний зв'язок з депресією, обсесивністю-компульсивністю та психотизмом; обсесивність-компульсивність позитивно корелювала з депресією, тривожність — з соматизацією, психотизм — з паранояльністю; у групі II (F 07) тривожність мала міцний кореляційний зв'язок з депресією, паранояльність позитивно корелювала з міжособистісною чутливістю.

За вивченням взаємозв'язку виразності психопатологічних симптомів з віком обстежених було виявлено, що вік не відіграє вирішальної ролі у впливі на психологічний та соматичний стан пацієнтів з психопатологічними наслідками черепно-мозкових травм. У групі здорових добровольців вік достатньо виразно впливає на соматичний стан обстежених.

Список літератури

1. Психиатрия : учебник для студ. мед. вузов / [Коркина М. В., Лакосина Н. Д., Личко А. Е., Сергеев И. И.]. — 4-е изд. — М. : МЕДпресс-информ, 2008. — 576 с.
2. Лекарственные средства в неврологии, психиатрии и наркологии / [Шаповалова В. А., Волошин П. В., Стефанов А. В. и др.]. — Харьков : Факт, 2003. — 784 с.
3. Гиляровский В. А. Отдаленные последствия закрытых травм головы в нервно-психической сфере / В. А. Гиляровский // Избранные труды. — М., 1973. — С. 257—264.
4. Принципы оценки психопатологических синдромов при ЧМТ / [Зайцев О. С., Чебышева Л. Н., Ураков С. В., Засорина М. А.] // XII съезд психиатров России (материалы съезда). — М., 1995. — С. 332—333.
5. Чуркин А. А. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии / А. А. Чуркин, А. Н. Мартышов. — М.: Изд-во «Триада-Х», 2002. — 232 с.
6. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. — СПб.: Питер, 2001. — 272 с.
7. Derogatis L. R. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale. — Preliminary report / Derogatis L. R., Lipman R. S., Covi L. // Psychopharmacology Bulletin. — 1973. — Vol. 9, № 1. — P. 13—27.
8. Derogatis L. R. The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale / Derogatis L. R., Rickels K., Rock A. // British Journal of Psychiatry. — 1976. — Vol. 128. — P. 280 — 289.
9. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е. В. Гублер. — М.: Медицина, 1978. — 294 с.
10. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. — Киев: «Моріон», 2000 — 320 с.

Надійшла до редакції 27.11.2013 р.

ВОЛОШИНА Діана Миколаївна, асистент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна; заочний аспірант відділу невідкладної психіатрії і наркології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків; e-mail: voloshdin@yahoo.com

VOLOSHYNA Diana Mykolaivna, MD, assistant of Department of psychiatry, narcology and medical psychology of Kharkiv national university named after V. N. Karazin; extra-mural Postgraduate Student of Department of emergency psychiatry and narcology of the State Institution "Institute of neurology, psychiatry and narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv; e-mail: voloshdin@yahoo.com