

кими и астено-депрессивными психопатологическими феноменами с доминированием когнитивно-деструктивных и агрессивно-конфликтных личностных и поведенческих паттернов, нуждаются в назначении антидепрессантов со стимулирующим действием, церебропротекторов и снотворных, а также применении групповых психотерапевтических когнитивно-бихевиоральных воздействий. Отдельным направлением психотерапевтической деятельности при этом является обязательная работа с семьей пациента (прежде всего с наиболее близким окружением – матерью или женой), направленная на нормализацию их психического состояния, адаптацию к новым условиям жизни с учетом изменений социальной и семейной активности пациента и активизацию ресурсных адаптивных возможностей семьи.

Анализ эффективности внедрения разработанных мероприятий комплексной специализированной помощи доказал их действенность как в плоскости редукции наличия и выраженности психопатологической тревожно-депрессивной симптоматики, так и улучшения качества жизни пациентов.

Ключевые слова: частичная потеря зрения травматического генеза, непсихотические психические расстройства, комплексная специализированная помощь, эффективность.

INTEGRATED SYSTEM OF SPECIALIZED CARE TO PERSONS WITH NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS
DUE PARTIALLY SIGHTED TRAUMATIC GENESIS AND ITS EFFECTIVENESS

C. Abdryahimova

Based on clinical and psychopathological and psychodiagnostic examination of 200 patients with non-psychotic mental disorders due to partial loss of traumatic genesis, general trends and differentiated approaches to their treatment. It is proved that when working with patients in clinical symptoms are prevalent disturbing phenomena among types of personal and behavioral responses - emotionally dezadaptatsiyni patterns, basic therapy with antidepressants or selective double-action should be complemented by the appointment of tranquilizers and mild sedatives and neuroleptics with protytryvozhnoyu action, and basic psychotherapeutic strategy includes the use of individual actions based on cognitive-behavioral approaches. In contrast, patients with major and asthenic asthenic-depressive psychopathological phenomena of dominance of cognitive-destructive and aggressive personality conflict and behavioral patterns require prescribing of antidepressants with stimulant, tserebroprotektoriv and sleeping, and use of group cognitive-behavioral psychotherapy effects. Selected areas of psychotherapy is mandatory while working with the patient's family (especially the most inner circle - his mother or his wife), aimed at normalizing their mental state, adapt to new living conditions, taking into account changes in social and family activity and patient activation of adaptive resource opportunities for families.

Analysis of the effectiveness of the developed activities integrated specialized assistance proved their effectiveness as a reduction in the plane of the presence and severity of psychiatric anxiety and depressive symptoms and improving quality of life for patients.

Key words: partial loss of traumatic genesis, nonpsychotic mental disorders, complex specialized care, efficiency.

УДК 616–039.31:[616.89–06:616.1]–083.98:615.851

В.М. Загуровский

**ЛИЧНОСТНОЕ РЕАГИРОВАНИЕ В СТРУКТУРЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ
И ПЕРМАНЕНТНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Целью исследования являлось изучение личностного реагирования при пароксизмальных и перманентных проявлениях психосоматических нарушений на примере патологии сердечно-сосудистой системы. Обследованы 302 больных с вегетососудистой дистонией и 298 – с гипертонической болезнью I–II ст., в течении которых возникли вегетативные и гипертонические кризы. Были использованы структурированное клиническое интервью; наблюдение, тест Люшера (по Л.Н. Собчик, 2001) и “Цветной рисунок человека” (В. М. Загуровский, 2007). Факторный анализ данных кризов и межкризового периода выявил 2 варианта изменения способа поведения и их зависимость от типа течения в виде 4 факторов для каждой нозологии: 1) с нормализацией при кризах, набором признаков, характеризующих смену «патологического» способа поведения в межкризовый период на способ реагирования, обладающий признаками «нормального» или значительно меньшим уровнем «патологичности»; 2) с ростом «патологичности» при кризах, содержащим показатели увеличения степени «патологичности» или смену способа поведения в межкризовый период с «нормального» на «патологический». Характеристики способов поведения личности во время кризов (способ реагирования) отличаются от таковых в межкризовом периоде. При пароксизмальных проявлениях он может приобретать: 1) свойства «нормального» или снижать степень «патологичности»; 2) меняться на «патологический» или увеличивать степень «патологичности» в сравнении с периодом перманентных проявлений. В ряду ВСД и гипертоническая болезнь происходит уменьшение «нормальности» и увеличение «патологичности». Источники стресса при кризах ВСД и в межкризовом периоде, как правило, идентичны; при гипертонической болезни источником стресса выступает компенсаторное поведение межкризового периода. Компенсация более адекватна при соматопсихическом варианте течения во время вегетативных кризов и при обоих вариантах гипертонической болезни.

Ключевые слова:
стресс, компенсация,
способ поведения,
способ реагирования,
кризы.

Таблица 1. Анализ признаков теста Люшера при вегетативном кризе и в межкризовом периоде ВСД

Показатель	Вегетативный криз		Межкризовый период	
	ПС (n=187)	СП (n=115)	ПС (n=187)	СП (n=115)
Нестабильность выбора (%)	53,48 φ_1^{**}	53,04 $\varphi_1 > \varphi_1^{**}$	22,02	15,52 $\varphi_1 >$
Отклонение от нормы (%)	71,12 φ_1^*	51,30 $\varphi_1^{**} \varphi_1 >$	61,47	43,10 φ_1^*
Уровень стресса (бал)	4,29±0,33 p_1^{**}	4,21±0,32 $p_1 > p_1^{***}$	3,08 ±0,29	2,59±0,24 $p_1 >$
Стресс с компенсацией ОЦ (бал)	3,81±0,28 p_1^{***}	3,64±0,26 $p_1 > p_1^{***}$	2,41 ±0,26	2,13±0,23 $p_1 >$
Стресс с компенсацией ДЦ (бал)	4,78±0,30 p_1^{**}	3,67±0,24 $p_1^{**} p_1 >$	3,78 ±0,21	3,09±0,23 p_1^*
Компенсация ОЦ (%)	79,14 φ_1^{**}	66,09 $\varphi_1^{**} \varphi_1^{**}$	8,26	17,24 φ_1^*
Компенсация ДЦ (%)	20,86 φ_1^{**}	33,91 $\varphi_1^{**} \varphi_1^{**}$	91,74	82,76 φ_1^*
Уровень компенсации ДЦ (бал)	2,91±0,24 p_1^{***}	2,16±0,21 $p_1^* p_1^{***}$	5,38 ±0,24	4,65±0,21 p_1^*
Смена ОЦ на ДЦ (%)	-	-	74,31	48,28 φ_1^{**}
Ухудшение компенсации ДЦ (%)	-	-	18,35	17,24 $\varphi_1 >$
Улучшение компенсации ДЦ (%)	-	-	-	20,69
Смена компенсации ДЦ на ОЦ (%)	-	-	-	-

Примечание. ПС – психосоматический, СП – соматопсихический, ОЦ – основные цвета, ДЦ – дополнительные цвета.

Пароксизмальные проявления психосоматической патологии занимают крайне важное место в ее клиническом течении [1, 5, 9]. Однако исследованию медико-психологических составляющих этих проявлений, их места и связи с перманентными нарушениями в возникновении и клиническом течении посвящены единичные работы. Их изучение сводится, как правило, к соматической составляющей и стрессорной реакции, а терапия направлена на медикаментозное купирование прежде всего соматических проявлений [3, 4, 7]. Учитывая важность кризовых состояний, их роль в структуре заболеваний в целом и отсутствие системных данных о медико-психологических составляющих, является важным исследование способов поведения личности при пароксизмальных проявлениях психосоматических нарушений, их роли в течении всего заболевания. Кроме того, это важно для проведения эффективной психокоррекции при терапии данных нарушений.

Цель исследования – изучить личностное реагирование при пароксизмальных и перманентных проявлениях психосоматических нарушений на примере данной патологии сердечно-сосудистой системы.

Материал и методы исследования

С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии обследованы больные с вегетососудистой дистонией (ВСД) – 302 пациента, гипертонической болезнью (ГБ) I–II ст. – 298 пациентов, у которых в течении болезни возникли вегетативные и гипертонические кризы. Шифры исследуемых нозологий по МКБ–10: ВСД – G 90.0; ГХ – I 10.0. На всех этапах исследования больным оказывалась помощь в объеме клинических протоколов, утвержденных МОЗ Украины. Для клинико-психопатологического исследования использованы структурированное клиническое интервью, наблюдение [6]. Психодиагностическое исследование проведено следующими методиками: тест Люшера (по Л.Н. Собчик, 2001) и «Цветной рисунок человека» (В. М. Загуровский, 2007). Для статистической обработки использованы: факторный анализ (метод главных компонент); оценка математических статистических выборок; критерий углового преобразования Фишера; критерий адекватности

выборки Кайзера–Мейера–Олкина и сферичности Барлетта. Обработка проводилась с помощью программ MS Office Excel (11.8169.8172) 2003 и SPSS–17. Обозначение степени достоверности сравнения: p_1 – между типами клинического течения; p_1 – кризов и межкризового периода; (p^*) – $p < 0,05$; (p^{**}) – $p < 0,01$; (p^{***}) – $p < 0,001$; ($p >$) – $p > 0,05$

Результаты и их обсуждение

При вегетативных кризах по тесту Люшера компенсация стресса в большинстве случаев представлена основными цветами и достоверно выше при психосоматическом типе кризов. Обнаружены зависимые от типа вегетативных кризов различия в стабильности выбора и отклонении от аутогенной нормы (табл. 1). При исследовании вариантом «цветной человек» теста «Цветовой рисунок человека» больные плохо прорисовывали тело и его границы, используя дополнительные цвета (соматопсихический тип кризов), или цвета стресса по тесту Люшера (психосоматический тип). В варианте «цветные одежды» при психосоматическом типе использовались основные цвета и качество компенсации было гораздо ближе к «нормальной», чем при соматопсихическом. При обоих типах отмечено большое число блоков компенсации при полном перекрытии зон стресса и блоков (табл. 2).

По данным теста Люшера, в межкризовый период ВСД, при сопоставлении с кризами, наблюдалось перемещение основных цветов компенсации при кризах на место стресса в межкризовый период (табл. 1), значительно увеличилась степень «патологичности» компенсации, особенно при психосоматическом типе. При соматопсихическом типе увеличивались в компенсации основные цвета, а при психосоматическом – дополнительные со сменой «нормальной» компенсации на «патологическую», по сравнению с кризами. В варианте «цветной человек» теста «Цветной рисунок человека» больные в межкризовый период для прорисовки использовали цвета стресса вегетативного криза или цвета «патологической» компенсации межкризового периода. При соматопсихическом типе использовались темные цвета вегетативной дисфункции и дополнительные цвета

Таблица 2. Данные теста «Цветной рисунок человека» при вегетативном кризе и в межкризовый период ВСД (M±m)

Показатель	Вегетативный криз		Межкризовый период	
	ПС (n=187)	СП (n=115)	ПС (n=187)	СП (n=115)
Количество ОЦ (n)	4,29±0,14 p ₁ ***	3,11±0,18 p _T *** p ₁ >	2,61±0,19	2,80±0,10 p ₁ >
Количество ДЦ (n)	1,58±0,17 p ₁ ***	2,83±0,21 p _T *** p ₁ ***	3,76±0,11	4,13±0,13 p _T *
Количество блоков (n)	3,15±0,25 p ₁ ***	4,81±0,27 p _T *** p ₁ ***	7,15±0,22	9,46±0,19 p _T ***
Количество пропущенных зон (n)	12,73±0,47 p ₁ ***	10,46±0,44 p _T *** p ₁ ***	3,32±0,13	3,04±0,09 p ₁ >
Компенсация ОЦ (n)	3,10±0,23 p ₁ **	2,07±0,31 p _T ** p ₁ >	2,28 ±0,21	2,65±0,16 p ₁ >
Компенсация ДЦ (n)	1,47±0,11 p ₁ ***	3,32±0,22 p _T ** p ₁ >	4,14±0,18	3,66±0,13 p _T *
К-во блоков без компенсации (n)	0,33±0,10 p ₁ ***	0,41±0,09 p _T > p ₁ >	1,13±0,09	0,62±0,10 p ₁ ***
Количество блоков компенсации (n)	1,25±0,20 p ₁ ***	0,37±0,10 p _T > p ₁ ***	6,45±0,18	5,27±0,15 p _T ***
Количество зон без компенсации (n)	4,22±0,23 p ₁ ***	5,10±0,31 p _T > p ₁ ***	3,16±0,20	3,53±0,17 p ₁ >

Примечание. ПС – психосоматический, СП – соматопсихический, ОЦ – основные цвета, ДЦ – дополнительные цвета.

с хорошей прорисовкой контуров. При обоих типах чётко выявлялись проекции стресса и блоки. В варианте «цветные одежды», независимо от клинической симптоматики, использовались цвета компенсации, как «нормальной», так и «патологической». Блоки, как правило, скрыты под окраской дополнительными цветами. Увеличилось число блоков и свободных зон компенсации, в сравнении с кризами (табл. 2).

По тесту Люшера при психосоматическом типе гипертонических кризов анализ цветовых рядов показал рост мощности «патологического» способа компенсации, особенно при психосоматическом типе (табл. 3). При исследовании кризов вариантом «цветной человек» теста «Цветной рисунок человека» больные плохо прорисовывали тело, его границы и отдельные области, с зарисовкой зон цветами стресса. При психосоматическом типе кризов чаще использовались цвета стресса при раскрашивании тела или проблемных зон, а при соматопсихическом – цвета компенсации. В варианте «цветные одежды» – как основные, так и дополнительные цвета компенсации. Проблемные зоны и блоки зарисовывались основными цветами при соматопсихическом типе. При психосоматическом для компенсации использовались те же цвета, что и для тела, с большим числом пропущенных зон и блоков, что свидетельствует об отсутствии или неадекватности механизмов компенсации (табл. 4).

По результатам теста Люшера, компенсация в межкризовый период при ГБ носила «патологический» характер с увеличением мощности (табл. 3). В варианте «цветной человек» теста «Цветной рисунок человека» пациенты при психосоматическом типе кризов плохо прорисовывали границы тела и его областей, используя для этого дополнительные цвета или черный. Зоны проекций стресса зарисовывались цветами стресса из ряда Люшера. При соматопсихическом типе границы тела и его областей были более чёткими, с прорисовкой проблемных зон цветом стресса и уменьшением разнообразия основных цветов по сравнению с кризами. Параллельно увеличивалось число блоков и уменьшалось – свободных зон. В варианте «цветные одежды» увеличивались набор основных цветов компенсации, число некомпенсированных блоков, свободных зон и блоков компенсации, особенно при психосоматическом типе кризов. При соматопсихическом для компенсации чаще использовались дополнительные цвета (табл. 4).

Таким образом, по результатам исследования с применением теста Люшера, уровень стресса при кризах всегда более высокий при их психосоматическом типе. Компенсация в ряду вегетативный – гипертонический кризы демонстрировала нарастающую «патологичность». Смена компенсации основными цветами на дополнительные была характерна для обоих типов

Таблица 3. Анализ признаков теста Люшера при гипертоническом кризе и в межприступный период ГБ

Показатель	Гипертонический криз		Межкризовый период	
	ПС (n=158)	СП (n=140)	ПС (n=158)	СП (n=140)
Нестабильность выбора (%)	68,35 φ ₁ **	47,86 φ _T ** φ ₁ **	18,68	11,76 φ ₁ >
Отклонение от нормы (%)	73,42 φ ₁ >	50,00 φ _T ** φ ₁ >	76,92	55,88 φ _T **
Уровень стресса (балл)	4,34±0,19 p ₁ *	3,68±0,21 p _T * p ₁ ***	3,77 ±0,21	2,71±0,17 p _T **
Стресс с компенсацией ОЦ (балл)	2,92±0,21 p ₁ >	2,37±0,18 p _T * p ₁ >	2,74±0,22	2,12±0,20 p _T *
Стресс с компенсацией ДЦ (балл)	5,70±0,23 p ₁ *	5,03±0,21 p _T * p ₁ ***	4,92±0,23	3,26±0,25 p _T ***
Компенсация ОЦ (%)	39,24 φ ₁ **	63,57 φ _T ** φ ₁ **	21,98	35,29 φ _T *
Компенсация ДЦ (%)	60,76 φ ₁ **	36,43 φ _T ** φ ₁ **	78,02	66,18 φ _T *
Уровень компенсации ДЦ (балл)	4,62±0,23 p ₁ ***	4,08±0,21 p _T > p ₁ >	5,85±0,21	4,17±0,20 p _T ***
Смена ОЦ на ДЦ (%)	-	-	18,68	29,41 φ ₁ >
Ухудшение компенсации ДЦ (%)	-	-	52,75	25,00 φ _T **
Улучшение компенсации ДЦ (%)	-	-	8,79	13,24 φ ₁ >
Смена компенсации ДЦ на ОЦ (%)	-	-	-	-

Примечание. ПС – психосоматический, СП – соматопсихический, ОЦ – основные цвета, ДЦ – дополнительные цвета.

Таблица 4. Данные теста «Цветной рисунок человека» при гипертоническом кризе и в межкризовый период ГБ (M±m)

Показатель	Гипертонический криз		Межкризовый период	
	ПС (n=158)	СП (n=140)	ПС (n=158)	СП (n=140)
Количество ОЦ (n)	3,11±0,22 p ₁ *	2,87±0,18 p ₁ > p ₁ ***	2,43±0,20	1,68±0,15 p ₁ **
Количество ДЦ (n)	2,32±0,20 p ₁ **	3,06±0,23 p ₁ * p ₁ >	3,35±0,33	3,12±0,19 p ₁ >
Количество блоков (n)	5,17±0,32 p ₁ ***	6,56 ±0,30 p ₁ ** p ₁ >	6,81±0,31	6,50±0,28 p ₁ >
Количество пропущенных зон (n)	4,73±0,27 p ₁ >	3,78±0,26 p ₁ * p ₁ *	4,24±0,27	3,02±0,20 p ₁ ***
Компенсация ОЦ (n)	2,47±0,16 p ₁ ***	3,43±0,18 p ₁ *** p ₁ >	3,36±0,14	3,83±0,21 p ₁ >
Компенсация ДЦ (n)	2,02±0,18 p ₁ >	2,35±0,10 p ₁ * p ₁ >	2,28±0,16	2,74±0,20 p ₁ >
К-во блоков без компенсации (n)	1,85±0,23 p ₁ ***	0,41±0,10 p ₁ *** p ₁ ***	3,56±0,19	2,01±0,19 p ₁ ***
Количество блоков компенсации (n)	6,62±0,33 p ₁ >	4,28±0,32 p ₁ *** p ₁ >	7,20±0,35	4,86±0,33 p ₁ ***
Количество зон без компенсации (n)	3,14±0,31 p ₁ >	2,36±0,27 p ₁ > p ₁ >	2,59±0,23	2,73±0,16 p ₁ >

Примечание. ПС – психосоматический, СП – соматопсихический, ОЦ – основные цвета, ДЦ – дополнительные цвета.

кризов, однако динамика этого процесса различна. При психосоматическом типе вегетативных кризов отмечалось незначительное преобладание компенсации основными цветами, в сравнении с соматопсихическим. Смена на дополнительные цвета при психосоматических типах происходила на этапе гипертонических кризов. Сравнительный анализ компенсации при вегетативных кризах и в межкризовом периоде показал подавляющее ухудшение компенсации со сменой основных цветов на дополнительные при психосоматическом типе и умеренное – при соматопсихическом в межкризовый период. При ГБ в межкризовый период ухудшение компенсации, в сравнении с кризом, менее выражено, но сопровождалось ростом ее интенсивности. Ухудшение компенсации и рост ее интенсивности в межкризовый период, по сравнению с кризами, объясняется процессом роста частоты и интенсивности «патологичности» компенсации в ряду вегетативный – гипертонический кризы на фоне относительно стабильных показателей ряда в межкризовый период. При сравнении с данными межкризового периода наблюдался убывающий процесс перемещения цветов стресса межкризового периода на место компенсации при кризах в ряду вегетативный – гипертонический кризы и нарастающее перемещение цветов компенсации межкризового периода на место стресса при кризах. Используя методологический подход к интерпретации данных теста Люшера Л.Н. Собчик [8], эти результаты можно интерпретировать как смену способа поведения. Интенсивный стресс при ВСД с «патологическим» компенсаторным способом поведения не обеспечивает необходимый уровень адаптации личности, что приводит к срыву механизмов адаптации и развитию криза. Происходит смена способа поведения, он приобретает свойства «нормального» по своим характеристикам, но являющимся причиной стресса в межкризовый период. При ГБ компенсаторное поведение более стабильно и в состоянии стресса оно продолжает преимущественно использоваться личностью с увеличением его мощности и степени «патологичности» при психосоматическом типе кризов. У части больных происходит смена компенсаторного способа поведения с характеристиками «нормального». Соматопсихический тип криза сопровождается преимущественной сменой компенсаторного поведения межкризового периода на поведение с признаками «нормальной» компенсации или

уменьшением ее «патологичности». Это подобно таковому при психосоматическом типе вегетативных кризов и свидетельствует о вытеснении и снижении актуальности первичного источника стресса и замене его на актуальное и угрожающее состояние болезни [9].

Результаты варианта «цветной человек» теста «Цветовой рисунок человека», которые интерпретировались как проекции стресса, показали, что при кризах раскраска контуров тела проводилась преимущественно цветами стресса по Люшеру. В ряду вегетативный – гипертонический кризы отмечено нарастание частоты использования цветов компенсации совместно с цветами стресса, что отражало противоречия в способе поведения, обнаруженные в анамнезе. В отличие от теста Люшера, тест «Цветной рисунок человека» дает большую свободу выражения градаций как факторов стресса, так и компенсации. С одной стороны, стрессом выступала психофизическая нагрузка с отрицательным отношением к ней больного, что выражалось цветами стресса. С другой стороны, существовал «патологический» способ компенсации, который включал в себя стремление выполнить данную нагрузку и выступал фактором стресса. Цвета стресса при вегетативном кризе распределялись преимущественно диффузно, при гипертоническом – зонально. В варианте «цветные одежды», который интерпретировали как проекции компенсации, выявленные зоны стресса раскрашивались цветами компенсации. Наблюдалось убывание частоты использования цветов стресса по Люшеру из первого варианта теста в ряду вегетативный – гипертонический кризы, что рассматривалось как углубление «патологичности» компенсаторного поведения. Зоны цветов стресса и компенсации в обоих вариантах теста всегда разделялись четкими границами (блоки напряжения) или свободными от раскраски участками тела. Это расценено как наличие внутренних противоречий, различного происхождения и направленности, многокомпонентности как факторов стресса, так и механизмов компенсации.

Факторный анализ данных при кризах и в межкризовый период подтвердил варианты изменения способа поведения и их зависимость от типа клинического течения (табл. 5) в виде 4 факторов для каждой нозологии.

Это 2 варианта: 1) с нормализацией при кризах, который набором признаков описывает смену «па-

Таблица 5. Факторная нагрузка

Фактор	Факторная нагрузка
ПС вариант с нормализацией при ВК	23,781
ПС вариант с ростом «патологичности» при ВК	22,126
СП вариант с нормализацией при ВК	19,253
СП вариант с ростом «патологичности» при ВК	14,138
ПС вариант с нормализацией при ГК	25,125
ПС вариант с ростом «патологичности» при ГК	23,265
СП вариант с нормализацией при ГК	19,423
СП вариант с ростом «патологичности» при ГК	15,216

Примечание. ПС – психосоматический, СП – соматопсихический.

тологического», неадекватного способа поведения в межкризовый период на способ реагирования, обладающий признаками «нормального» или со значительно меньшим уровнем «патологичности»; 2) с ростом «патологичности» при кризах, включающего в себя показатели, отражающие увеличение степени «патологичности», или смену на «патологический» «нормального» способа поведения в межкризовый период.

Выводы

Установлено, что характеристики способа поведения личности во время кризов (способ реагирования) отличаются от таковых в межкризовом периоде. При пароксизмальных проявлениях он может приобретать: 1) свойства «нормального» или снижать степень «патологичности»; 2) меняться на «патологический» или увели-

чивать степень «патологичности» в сравнении с периодом перманентных проявлений. В ряду ВСД и гипертоническая болезнь происходит уменьшение «нормальности» и увеличение «патологичности». Источники стресса при кризах ВСД и в межкризовом периоде как правило, идентичны; при гипертонической болезни источником стресса начинает выступать компенсаторное поведение межкризового периода. Компенсаторное поведение более адекватно при соматопсихическом варианте течения во время вегетативных кризов и при всех проявлениях гипертонической болезни, в сравнении с межкризовым периодом.

Список использованной литературы

1. Бройтигам В. Психосоматическая медицина. / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. – СПб.: Питер, 2009. – 376 с.
2. В. М. Загуровський. Особистісне реагування в структурі пароксизмальних і перманентних проявів психосоматичних порушень серцево-судинної системи / В. М. Загуровський. – Харківська медична академія післядипломної освіти.
3. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение / под ред. А. М. Вейна. – М.: Медицинское информационное агентство, 2011. – 752 с.
4. Загуровский В. М. Болезнь как острый или хронический стрессор / В. М. Загуровский, В. В. Никонов // Неотложная медицинская помощь. Сборник статей Харьковской городской клинической больницы скорой неотложной медицинской помощи. – Харьков: Основа. – 2002. – В. 5. – С. 170–173.
5. Курпатов А. В. Психосоматика / А. В. Курпатов, Г. Г. Аверьянов. – СПб.: Олма Медиа Групп, 2007. – 478 с.
6. Психодиагностика и психокоррекция / под ред. А. А. Александрова. – СПб.: Питер, 2008. – 384 с.
7. Салдан Г. Н. Роль стрессорной реакции в клинической картине неотложных состояний / Г. Н. Салдан, В. М. Загуровский // Медицина неотложных состояний. – 2013. – № 2 (49). – С. 62–64.
8. Собчик Л. Н. МЦВ – метод цветных выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера / Л. Н. Собчик. – СПб.: Речь, 2002. – 112 с.
9. Судаков К. В. Системная организация психической деятельности // Психологический журнал. – 2013. – Т. 34. – № 5. – С. 72–81.

ОСОБИСТІСНЕ РЕАГУВАННЯ В СТРУКТУРІ ПАРОКСИЗМАЛЬНИХ І ПЕРМАНЕНТНИХ ПРОЯВІВ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

В.М. Загуровський

Метою дослідження було вивчення особистісного реагування при пароксизмальних і перманентних проявах психосоматичних порушень на прикладі патології серцево-судинної системи. Обстежено 302 хворих з вегетосудинною дистонією й 298 – з гіпертонічною хворобою I–II ст. у перебігу яких виникли вегетативні й гіпертонічні кризи. Було використано структуроване клінічне інтерв'ю; спостереження, тест Люшера (за Л.Н. Собчик, 2001) і «Кольоровий малюнок людини» (В.М. Загуровський, 2007). Факторний аналіз даних кризів і міжкризового періоду виявив 2 варіанти зміни способу поведінки і їх залежність від типу перебігу у вигляді 4 факторів для кожної нозології: 1) з нормалізацією при кризах, набором ознак, що характеризують зміну «патологічного» способу поведінки в міжкризовий період на спосіб реагування, що має ознаки «нормального» або значно менший рівень «патологічності»; 2) з ростом «патологічності» при кризах збільшення ступеня «патологічності» або зміну «нормального» на «патологічний» способу поведінки в міжкризовий період. Характеристики способів поведінки особистості під час кризів (спосіб реагування) відрізняються від таких у міжкризовий період. При пароксизмальних проявах він може: 1) набувати властивостей «нормального» або знижувати ступінь «патологічності»; 2) мінятися на «патологічний» або збільшувати ступінь «патологічності» у порівнянні з періодом перманентних проявів. У ряді ВСД і гіпертонічна хвороба відбувається зменшення «нормальності» і збільшення «патологічності». Джерела стресу при кризах ВСД і в міжкризовому періоді як правило ідентичні; при гіпертонічній хворобі джерелом стресу є компенсаторна поведінка міжкризового періоду. Компенсація більш адекватна при соматопсихічному варіанті перебігу під час вегетативних кризів і при обох варіантах гіпертонічної хвороби.

Ключові слова: стрес, компенсація, спосіб поведінки, спосіб реагування, кризи.

PERSONAL RESPONSE IN THE STRUCTURE OF PAROXYSMAL AND PERMANENT MANIFESTATIONS OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM

V. Zagurovskiy

The aim of this study was to investigate the personal reaction with paroxysmal and permanent manifestations of psychosomatic disorders by the example of the pathology of the cardiovascular system. It was examined 302 patients with vegetative-vascular dystonia and 298 with hypertension stage I–II, during which the vegetative and hypertensive crises arose. The structured clinical interview; observation, Luscher's test (by L.N. Sobchik, 2001) and «Colored drawing of a man» (V.M. Zagurovskiy, 2007) were used there. Factor analysis of these crises and the intercrisis period showed 2 types of the behavior change and their dependence on the type in the form of 4 factors for each nosology: 1) with normalization in crises, a set of features characterizing the change of the «pathological» behavior in intercrisis period by the way of response, having the features of a «normal» or a significantly lower level of «pathological»; 2) with the growth of «pathological» in crises, containing indicators of increase the degree of «pathological» or change the «normal» to «pathological» behavior in intercrisis period. Characteristics of methods of a person's behavior during crises (response) differ from those in intercrisis period. In paroxysmal manifestations it can acquire: 1) properties of «normal» or to reduce the degree of «pathological»; 2) to change in the «pathological» or increase the degree of «pathological» in comparison with the period of permanent displays. There is a reduction of «normality» and increase «pathological» in a series of VVD and hypertension. Sources of stress for crises in VVD and intercourse period, as a rule, are identical; in hypertension compensatory behavior of intercrisis period is a source of stress. Compensation is more adequate in somatopsychic type during vegetative crisis and in both cases of hypertension.

Key words: stress, compensation, a way of behavior, a way of responding, crises.