

5. Джойнс В. Основы транзакційного аналізу / В. Джойнс, Й. Стюарт; пер. з англ. Р. Т. Воронова. – К.: ФАДА, ЛТД, 2002. – 393с.
6. Стайнер К. Сценарии жизни людей / К. Стайнер; пер. с англ. О. П. Мальцевой. – СПб.: Питер, 2003. – 416 с.
7. Clarkson, P. Transactional analysis. Psychotherapy / P. Clarkson. – London: Tavistock, Routledge, 1991. – 230 p.
8. Cox M. The relationship between ego state structure and function: a diagrammatic formulation / M. Cox // TAJ. – 1999. – №1, Vol. 29. – P. 35–46.
9. Joines V. Personality Adaptations. A new Guide to Human Understanding in Psychotherapy and Counseling / V. Joines, I. Stewart. – Nottingham and Chapel Hill: Lifespace Publishing, 2007. – 413 p.
10. Schiff J. L. The Cathexis reader: transactional analysis of psychosis / J. Schiff. – New York: Harper and Row, 1975. – 420.
11. Schiff S. Personality development and symbiosis / S. Schiff // TAJ. – 1977. – №4, Vol. 7. – P. 215–239.

#### РЕАБИЛИТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ОСОБИСТОСТІ ПРИ ПАРАНОЇДНІЙ ШИЗОФРЕНІЇ

О.Ф. Мруг

В даній статті представлений клінічний випадок хворого на параноїдну шизофренію з точки зору транзактного аналізу. Метою даного дослідження було визначення реабілітаційного потенціалу особистості пацієнта з параноїдною формою шизофренії залежно від впливу оточуючих психосоціальних факторів за допомогою опитувальника для визначення «структурних еґо-станів» Julia Heu, опитувальника «драйверів» Mary Cox, опитувальника «особистісних адаптацій» Джойнса, анкети для визначення «кризових моментів розвитку» Jean Isily Clark. Результати дослідження дозволили встановити, що розлади при шизофренії можуть бути розглянуті як захисна реакція. Отримані результати можуть бути використані для діагностики внутрішньої картини хвороби при параноїдній формі шизофренії, а також для проведення психотерапії з метою підтримання фази ремісії та покращення якості життя пацієнтів.

**Ключові слова:** особистісна складова, реабілітаційний потенціал, транзактний аналіз, параноїдна форма шизофренії.

#### РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЛИЧНОСТИ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

О.Ф. Мруг

В данной статье представлен клинический случай больного параноидной шизофренией с точки зрения транзактного анализа. Целью данного исследования было определение реабилитационного потенциала личности больного параноидной формой шизофрении в зависимости от окружающих его психосоциальных факторов с помощью опросника для определения «структурных эго-состояний» Julia Heu, опросника «драйверов» Mary Cox, опросника «личностных адаптаций» Джойнса, анкеты для определения «кризисных моментов развития» Jean Isily Clark. Результаты исследования позволили установить, что расстройства при шизофрении могут быть рассмотрены как защитная реакция. Полученные результаты могут быть использованы для диагностики внутренней картины болезни при параноидной форме шизофрении, а также для проведения психотерапии с целью поддержания фазы ремиссии и улучшения качества жизни пациентов.

**Ключевые слова:** личностная составляющая, реабилитационный потенциал, транзактний аналіз, параноїдна форма шизофренії.

УДК 616.895.8-008.15:616-07:616-08

І.Л. Лук'янович

### ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕВАЖАЮЧОЇ ПЕРЦЕПТИВНОЇ МОДАЛЬНОСТІ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ПІВКУЛЬОВОЇ АСИМЕТРІЇ У ХВОРИХ З ПСИХОТИЧНИМИ, НЕПСИХОТИЧНИМИ, ДЕФЕКТНО-ОРГАНІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ТА В ОСІБ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ ПІД ДІЄЮ СТРЕСОГЕННИХ ЧИННИКІВ

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця  
lukianovich1@rambler.ru

**Ключові слова:**  
переважаюча  
модальність сприйняття,  
функціональна  
півкульова асиметрія  
мозку, деменція.

Проведені дослідження відображають особливості переважаної модальності сприйняття, особливості півкульової асиметрії мозку у пацієнтів з психотичними, непсихотичними та дефектно-органічними розладами, та у осіб, які перебувають під дією гострого та хронічного стресового чинника.

Актуальність. Організація всього психічного життя людини, в основі якого лежать базові психічні функції, пов'язана з безпосереднім відображенням сигналів, що надходять із зовнішнього світу. Перцептивний образ є цілісним відображенням предмета у всіх його просторово-часових і модальних характеристиках (Л.М. Веккер, 1974, 1976, 1981, 1998).

Дані нейропсихології вказують на те, що в корі представлені первинні (сенсорні) і вторинні (перцептивні) зони тільки трьох модальностей – окципітальна (зорова), темпоральна (слухова) і постцентральна (соматосенсорна, кінестетична). Тільки ці три конвексимальні ділянки формують третинні (парієтальні) зони, забезпечуючи репрезентативний рівень когнітивних процесів (Васильєва Н.В.).

Дослідження І.М. Сеченова, І.П. Павлова, П.К. Анохіна, Л.С. Виготського, А.Р. Лурія довели, що будь-яка дія

людини здійснюється складною функціональною системою, що розвивається і змінюється протягом життя.

Біологічний розвиток організму в онтогенезі підкоряється суворим закономірностям на всіх його стадіях. У кожній психічній функції і функціональній ланки є своя програма розвитку. Знання схем розвитку сприяє більш чіткій констатації поділу випадків органічної або функціональної недостатності мозку, варіантів його несформованості, тобто диференційованому підходу до відхилень від норми (дизонтогенезу).

Е. Кречмер сформулював дві основні закономірності: при розвитку вищих ступенів мозку нижчі не відходять вбік і не зникають, а «працюють у загальному союзі, як підлеглі інстанції під управлінням вищих»;

функції переходять знизу доверху, внаслідок чого встановлюється складна залежність між нижчим рівнем організації мозку і вищим.

Наприклад, у дитини не може сформуватися мова, якщо їй не передував процес сприйняття. Локалізація однієї і тієї ж функції змінюється в процесі дозрівання мозку і вищих психічних функцій.

При станах тривоги і напруги посилюється активність правої руки – лівої півкулі мозку (Ф.Б. Березін), коефіцієнт права/ліва збільшується у правшів при адаптації до нових умов життя (Лавров В.І., 1976).

За певних умов, а саме – при переході у статистично рідкісний функціональний стан, пов'язаний із зміним станом свідомості, може відбуватися тимчасова дезінтеграція (дисолюція) на даному етапі онтогенезу нейродинамічної системи, з поверненням її до більш ранніх рівнів організації. Подібна вікова регресія відносно функціональної асиметрії півкуль, яка має етапний перебіг в порядку, зворотному установленому при онтогенезі, належить до так званої «горизонтальної регресії» (Співак Д.Л., 1989). Фізіологічно вона виявляється як динамічна перебудова міжпівкульової асиметрії з переходом домінування до правої півкулі (повернення до I–II періодів онтогенезу).

Функціональний стан, що повертає мозок до ранніх етапів його онтогенезу, впливає на ефективність засвоєння нової інформації, активізуючи «ранню установку на навчання» (Е. Россі) сформовану в ранньому дитинстві. Людина, яка знаходиться у відповідному функціональному стані, сприймаючи інформацію, діє, як дитина раннього віку, що зустрічається з нею вперше в житті.

Дозрівання функціональної асиметрії півкуль є одним із вузлових моментів зміни на різних етапах онтогенезу міжцентральної відносин, який виступає в ролі провідного механізму вікового розвитку психіки (Л.С. Виготський, А.Р. Лурія). Формування функціональної асиметрії півкуль має безперечний зв'язок з віковими особливостями сприйняття і мислення, що лежать в основі формування типологічних особливостей особистості, у тому числі з розвитком індивідуально-типового когнітивного стилю (як з переважанням перцептивних стратегій, так і стратегій обробки інформації), з розвитком інтелектуального стилю (А.А. Алексєєв, Л.А. Громова), а також більш широко – з формуванням індивідуального стилю діяльності, тісно пов'язаного з типологічними властивостями нервової системи (Е.А. Клімов).

Залежно від стресового чинника, тривалості його дії, змін, що виникають у мозку внаслідок розвитку тих чи інших захворювань, дослідження модальності сприйняття, як стратегії обробки інформації, а відповідно формування форм мислення, пам'яті, поведінки висвітлено мало і в основному розглядається в психологічних дослідженнях, присвячених саме формуванню психічних функцій у дітей.

Однак, не залежно від віку, хворобливі впливи, функціональні порушення та органічні uszkodження призводять до руйнування асоціативних зв'язків, функціональних блоків, структур, що вже сформовані, до дизонтогенезу. Це має перебіг у вигляді психотичних, непсихотичних, дефектно-органічних станів, а можливість і якість відновлення якраз і буде забезпечуватись переважною перцептивною модальністю, що збереже-

на і має можливість розвитку та специфікації структур мозку, що її забезпечують і спонукають до створення або відновлення більш складних утворень.

Саме процес формування психічних порушень через порушення перцепції та можливість відновлення через збережені канали перцепції відіграє значну роль у розумінні патогенезу психічних порушень та визначенні підходів до якісного лікування.

Щоб пояснити сліпому, який не знає що таке яблуко, необхідно дати йому потримати яблуко в руках, почути його поскрипування під руками, відчутти його запах, скласти його просторову, смакову, тактильну характеристики. Поєднавши отримані відомості зі словом «яблуко», сліпий побудує тільки йому зрозумілий унікальний образ і водночас зрозуміле і для нього поняття, і для тих, хто яблуко бачить але не відчуває запаху або смаку, і для тих, хто не має проблем зі сприйняттям.

**Мета.** Дослідити зміни переважаючої перцептивної модальності та функціональної півкульової асиметрії під дією стресових та шкідливих факторів.

## Матеріали та методи дослідження

Обстежували хворих з синдромом залежності від алкоголю II стадії, стаж зловживання алкоголем 2–7 років, які перенесли стан порушення свідомості і проходили лікування після купірування цього стану в палаті інтенсивної терапії, та хворих, які перенесли гостре порушення мозкового кровообігу, хворих з тривожно-депресивними та адаптаційними порушеннями, а також здорових осіб, які перебували під дією гострого стресового чинника (студенти під час тестового оцінювання) та осіб, які перебувають під дією тривалого стресового чинника (працівники міліції).

Первинне дослідження хворих проводилось на 3–7 день перебування в стаціонарі, після купірування гострого стану. Дослідження включало методики: MMSE, батарею тестів лобної дисфункції (FAV), тест малювання годинника, САН, таблиці Шульте, діагностики домінуючої перцептивної модальності (С. Єфремцева) та півкульового переважання.

## Результати та їх обговорення

Дослідження перцептивних переваг та функціональної асиметрії півкуль у хворих та здорових осіб виявило ряд особливостей.

У порівнянні з середньопопуляційними, відбулись, залежно від тяжкості ураження, зміни у переважаючій системі сприйняття та зміни у функціональній півкульовій асиметрії мозку.

Загалом у більшості здорових дорослих осіб без особливих перцептивних переваг, пов'язаних з діяльністю чи захопленням, переважає візуальний тип сприйняття, лівопівкульове переважання у правшів, що підтвержується дослідженням низки авторів та власними.

Досліджувані здорові особи з функціональним лівопівкульовим переважанням (у 76%), оцінка переважаючої модальності яких проводилась до та після дії гострого стресового чинника, демонстрували переважання візуальної модальності.

Після дії стресового чинника на 1–2 бали знижувалася бальна вираженість по всіх модальностях у 92%

досліджуваних, у 8% спостерігалось збільшення балів по візуальній та кінестетичній модальностях на 1 бал. У 17% відбулась зміна переважаючої модальності на нижчу за рівнем. У всіх досліджуваних зберігалась функціональна лівопівкульова перевага із зменшенням темпу виконання завдань, що відповідає межах норми.

У досліджуваних, що перебували під дією хронічного стресового чинника, які пройшли поглиблене психологічне та психіатричне обстеження при професійному підборі, функціональна лівопівкульова перевага модальності сприйняття спостерігалась у 81,6%; перевага візуальної модальності спостерігалась у 29,7% досліджуваних із зниженням бальної вираженості (переважно середньої – 8 балів), у 37,8% – виявлена аудіальна та кінестетична переважаюча модальність середньої вираженості – 8 балів, та змішаних форм виявлено 23,6%.

У хворих з легкими когнітивними порушеннями та деменцією внаслідок тривалого зловживання алкогольними напоями формування переважаючої системи сприйняття виявлялось поверненням до раніше сформованих і простіших переважаючих систем сприйняття: кінестетичної, аудіальної, візуальної, із загальним зниженням вираженості в балах оцінки перцептивної модальності (середній показник 3–4 бали, що відповідає низькому балу переважаючої модальності), відбувалось збільшення кількості осіб із змішаною перевагою модальності та збільшення кількості осіб з правопівкульовим функціональним переважанням (45% досліджуваних).

Це підтверджує думки дослідників про перехід хворих до інших, раніше сформованих функціональних станів, як у сприйнятті і відтворенні інформації, так і у формуванні систем її аналізу за рахунок раніше сформованих і більш простих систем.

У хворих через функціональну незрілість та руйнацію асоціативних зв'язків виникали астения, когнітивні порушення, депресія, тобто виникали явища ретардації психічних процесів.

Інтоксикаційні порушення в системі сприйняття та міжпівкульовій функціональній асиметрії відрізнялись від порушень, що виникали у хворих, які перенесли транзиторне порушення мозкового кровообігу.

При проведенні лікувальних та реабілітаційних заходів у хворих відбувались позитивні кількісні та якісні зміни, що виражались в позитивних відповідях на твердження опитувальника, як в кількісному (більша кількість позитивних тверджень стосовно однієї модальності: кінестетичної, аудіальної, візуальної), так і в якісному (збільшення кількості тверджень і перевага більш

пізно розвинутої модальності аудіальної, візуальної над кінестетичною) вираженнях.

Хворі з динамічними порушеннями мозкового кровообігу мали когнітивні порушення на рівні від легкого до дементного, однак бальна вираженість кожного типу модальності в середньому залишалась на рівні середньої (9–11 балів), з кількісним зниженням у видах модальності залежно від глибини когнітивного дефіциту.

Відновлення у хворих з динамічними порушеннями мозкового кровообігу відбувалось з переважанням візуальної модальності (+2,4%) над кінестетичною (+2,1%) та аудіальною (+1,6%), на відміну від хворих з інтоксикаційними порушеннями, у яких відновлення прогресувало у кінестетичній модальності.

Ретестування через 2 тижні, місяць, три місяці, підтверджують, що описані зміни корелювали з позитивною динамікою зменшення когнітивного дефіциту у хворих та покращенням самопочуття, що визначалися методиками MMSE, батареєю тестів лобної дисфункції (FAV), тестом малювання годинника, САН, таблицями Шульте.

Хворі з тривожно-депресивними та адаптаційними порушеннями виявляли значну перевагу кінестетичної модальності, середньовираженої (9 балів) – у 45% досліджуваних. Особи з перевагою візуальної модальності сприйняття склали 25% середньовираженої (9 балів), 10% склали особи з перевагою ближче до середньо вираженої (7,9 балів) аудіальної модальності, та 20% склали особи із змішаних модальностей. Міжпівкульова функціональна асиметрія у цих осіб діагностувалась за рахунок лівопівкульового переважання у 58%.

Процес відновлення когнітивних функцій відбувався досить повільно, залежно від переважаючої модальності до захворювання, глибини та специфічності ураження, тотальності ураження мозку, та потребувало оцінки стану невропатологом, психологом, психіатром.

## Висновки

У всіх досліджуваних спостерігались зміни модальності сприйняття, як в кількісному так і в якісному складі, під дією різних чинників.

Переважаюча перцептивна модальність є динамічною системою і відображає загальний стан функціонування психічних процесів, перебіг когнітивних процесів, методів переробки інформації.

Чим тяжчою була дія на мозок вражаючого фактора, тим більшою була інверсія якості переважаючої модальності із зменшенням бальної вираженості всіх систем перцептивної модальності.

Таблиця. Зміни переважаючої модальності в осіб під дією стресових чинників та через невротичні порушення, інтоксикаційні впливи, транзиторні порушення мозкового кровообігу, вираженість функціонального міжпівкульового переважання (%)

	Середня бальна вираженість модальності			% переважаючої модальності			ФПА, %
	Візуальна	Аудіальна	Кінестетична	Візуальна	Аудіальна	Кінестетична	p≥
Студенти	8,46	7,9	8,56	37	17	27	76
Співробітники МВС	8,3	8,5	8,6	29,7	37,8	23,6	81,6
Неврози	9	7,9	9	25	10	45	58
Алкогольна проблема	2,68	3,56	3,75	18,7	25	31,2	55
Динамічне порушення мозкового кровообігу	9,1	9,1	11	30	8	50	

Втручання, що змінює перевагу перцептивної модальності сприйняття, має перебіг з переважним збільшенням кінестетичної модальності і зменшенням аудіальної та візуальної.

Зміни перцептивної модальності корелюють зі змінами функціональної асиметрії мозку і сумісно відображають адаптивні механізми, що задіяні в процесі відновлення.

Визначення переважаючої перцептивної модальності дозволяє контролювати процес відновлення хворих з когнітивними порушеннями.

Стан функціональної півкульової асиметрії та зміна вираженості модальності можуть слугувати ознакою дезадаптивної дії стресових чинників та змін у стані здоров'я особи під впливом шкідливих факторів та дозволяє встановити направленість психотерапевтичного процесу.

Простота та доступність методик є перевагою даного способу контролю за станом відновлення у хворих, не потребує додаткових знань, може легко перевірятись в бесіді з лікарем амбулаторної практики і слугувати оцінювальною шкалою відновлювального процесу.

#### ОСОБЕННОСТИ ПРЕОБЛАДАЮЩЕЙ ПЕРЦЕПТИВНОЙ МОДАЛЬНОСТИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С ПСИХОТИЧЕСКИМИ, НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ, ДЕФЕКТНО-ОРГАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И У ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ СТРЕССОГЕННЫХ ФАКТОРОВ

И.Л. Лукьянович

Проведенные исследования отражают особенности преобладающей модальности восприятия, особенности полушарной асимметрии мозга у пациентов с психотическими, непсихотическими и дефектно-органическими расстройствами, и у лиц, находящихся под действием острого и хронического стрессового фактора

**Ключевые слова:** преобладающая модальность восприятия, деменция, функциональная полушарная асимметрия

#### FEATURES OF DOMINANT PERCEPTUAL MODALITIES AND FUNCTIONAL HEMISPHERIC ASYMMETRY IN PATIENTS WITH PSYCHOTIC, NON-PSYCHOTIC, DEFECT-ORGANIC DISORDERS AND PERSONS UNDER THE INFLUENCE OF STRESS FACTORS

I. Lukyanovich

The study reflects the peculiarities of perception prevailing modality, features of hemispheric asymmetry of the brain in patients with psychotic, non-psychotic and defect-organic disorders and persons under the influence of acute and chronic stressors.

Key words: prevailing modality of perception, functional hemispheric asymmetry of the brain, dementia

УДК 616.8-085.2/3

В.С. Мельник

### СИСТЕМА ЗГОРТАННЯ КРОВІ ТА ДИНАМІКА КОГНІТИВНОГО ДЕФІЦИТУ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ  
melnykv@ukr.net

**Мета.** Вивчити вплив показників системи згортання крові на динаміку когнітивного дефіциту у хворих з ішемічним інсультом.

**Матеріал та методи.** У дослідження увійшли 72 хворих з нефатальним ішемічним інсультом: 38 (52,8%) жінок та 34 (47,2%) чоловіки, середній вік (70,8±10,7) роки. Дослідження вищих психічних функцій проводили скринінговим методом за допомогою шкали MMSE. Також оцінювали основні біохімічні параметри гемостазу при поступленні в стаціонар. Результати. У хворих з ішемічним інсультом реєструвалась підвищена активність системи згортання крові, що проявлялось появою РФМК та вірогідним збільшенням вмісту протромбінового пулу, порівняно з контрольними значеннями. На 14 добу захворювання у пацієнтів з достовірно нижчими вихідними рівнями фібриногену та РФМК, а також нижчою активністю X фактора згортання крові спостерігали краще відновлення когнітивних функцій. Зв'язку між рівнем когнітивних функцій на 14 добу захворювання та вихідним вмістом протромбінового пулу, тромбіновим, протромбіновим та активованим частковим тромбoplastиним часом не встановлено.

**Висновки.** Для більшості хворих на ішемічний інсульт характерним є висока активність системи згортання крові, яка в подальшому негативно впливає на відновлення когнітивних функцій.

#### Ключові слова:

ішемічний інсульт, система згортання крові, когнітивні функції.

Відомо, що пацієнти, які перенесли ішемічний інсульт, мають високий ризик розвитку інвалідизації внаслідок

залишкового рухового дефіциту. Значно менше уваги приділяється післяінсультній когнітивній дисфункції,

### Список використаної літератури

1. Белгородский Л. С. Периодизация психического развития с точки зрения онтогенеза функциональной асимметрии. В сб.: Современные проблемы физиологии и медицины / Л. С. Белгородский, Д. А. Еникеев. – Уфа: Башкирский Гос. мед. университет, 1997. – 129 с.
2. Богданов О. В. Физиологические основы процессов восстановления функций мозга и реабилитации организма / О. В. Богданов. – СПб., 2000. – 60 с.
3. Васильева Н. В. Научно-практическая конференция «Ананьевские чтения – 99»: тезисы конференции; збірка: Ананьевские чтения / под ред. А. А. Крылова. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 1999. – С. 23–24. 3
4. Веккер Л. М. Психические процессы / Л. М. Веккер. – Т. 1. – Л., 1974.
5. Выготский Л. С. Воображение и творчество в детском возрасте. – Л. С. Выготский. – М., 1967.
6. Диагностика доминирующей перцептивной модальности / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. С. Ефремцева / Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М., 2002. – С. 237–238.
7. Киспаева Т. К вопросу о когнитивной реабилитации пациентов, перенесших острый церебральный инсульт / Т. Киспаева // Лечащий врач. – 2010. – № 10.
8. О соотношении структурных и статистических характеристик образов восприятия разной степени константности / Л. М. Веккер, А. В. Бровар, Н. М. Владимирирова, И. А. Михайлова // Вопросы психологии. – 1971. – № 1. – С. 28–35.
9. Смирнов В. М. Физиология сенсорных систем и высшая нервная деятельность: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В. М. Смирнов, С. М. Будылина. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 304 с.
10. Холл М. НЛП-мастер. Полный сертификационный курс. Высшая магия НЛП / М. Холл, Б. Боденхаммер; пер. Н. Миронова. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003.
11. Хомская Е. Д. Нейропсихология. 4-е издание. – СПб.: Питер, 2005. – 496 с.