

УДК 616.895.4:615.849.19-08

*И.В. Линский, Н.А. Малыгина***ДИНАМИКА ЦВЕТОПРЕДПОЧТЕНИЯ (ПО ДАННЫМ ТЕСТА ЛЮШЕРА) ЭНДОГЕННЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ**

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»

Ключевые слова: эндогенное депрессивное расстройство, суицидальное поведение, лазеротерапия

Депрессия может появляться в любом возрасте, пик распространенности приходится на зрелый трудоспособный возраст между 25 и 44 годами, что повышает социальную значимость данной проблемы.

Работа выполнялась на базе женского психиатрического отделения областной клинической больницы № 3 г. Харькова. Всего в работе было обследовано 110 больных. В процессе лечения методом лазеротерапией было выделено 2 группы больных.

В 1 группе, где проводились сеансы – 40 больных с рекуррентным депрессивным расстройством. Во 2 группе – было 40 больных с депрессивным эпизодом.

Контрольную группу составляли 30 больных с традиционным методом лечения, которым не проводилась лазеротерапия (F32, F33) и по нозологической структуре соответствовала основной группе. Результаты лечения методом лазеротерапией оценивались путем сравнения с контрольной группой, в которой лазеротерапия не проводилась. Диагноз устанавливался по совокупности данных анамнеза, клинко-психопатологического исследования в соответствии с критериями Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

К обследованию не привлекались лица с низким интеллектуальным уровнем (во избежание контекстуальных искажений при проведении психодиагностического исследования), с признаками органического поражения головного мозга различного генеза, с актуальной соматической и неврологической патологией, злоупотребляющие алкоголем или другими психоактивными веществами. Исследование психического статуса позволило разграничить больных с нарушениями психической сферы различной степени выраженности.

Был выявлен ряд особенностей цветопр

почтения, определяющих амбивалентность отношений разной степени выраженности у больных. Это выражалось в том, что цвет оценивался одновременно положительно и отрицательно, по-разному в начале и в конце обследования. Имело место резкое перемещение какого-либо цвета в начало или конец ряда при сравнении первого и второго выбора. Следует отметить, что амбивалентные тенденции в несколько раз чаще встречались у больных с суицидальными мыслями. Также на процедуру тестирования повлияли такие симптомы, как сниженная способность к концентрации внимания, сниженная самооценка и потеря уверенности к себе, идеи виновности и самоуничтожения, мрачное и пессимистическое настроение. Цветовой тест Люшера до лечения выявил такие особенности: высокую степень эмоциональной напряженности и низкий уровень работоспособности (сомневаются в целесообразности своей деятельности).

В цветовом реагировании больных проявилась непоследовательность, разноплановость, склонность к выходу за рамки или нарушению инструкций, тревожность, агитация, раздражительность, диссоциативные проявления временами доминировали над собственно тоскливым аффектом. Имело место сочетание и чередование вышеуказанных реакций с адекватными ответами.

С помощью цветового теста Люшера изучалось изменение отношения к цвету у больных с депрессивными расстройствами до и после лазеротерапии. Количественные данные обрабатывались с помощью методов математической статистики. Расчеты проводились на персональном компьютере.

Для оценки результатов цветового теста Люшера были построены гистограммы распределения каждого цвета по позициям цветового выбора до и после лечения суммарно в трех груп-

пах больных (110 человек), обозначена наиболее частая позиция для каждого цвета до и после лечения. Динамика распределения цветов по позициям до и после лечения методом лазеротерапии в основной группе представлена на рисунке 5.1-5.3.

При интерпретации результатов мы учитывали взаимное расположение цветковых пар, а также наличие и степень отвержения основных цветов и предпочтения дополнительных, т. е. признаки тревожности, фрустрированных потребностей, неблагоприятных компенсаций. Несмотря на определенный разброс значений, полученный в рассмотренных работах больных эндогенными депрессиями, их результаты говорят о следующем.

Синий цвет – символ спокойствия, удовлетворенности, нежности и привязанности до лечения занимал преимущественно 3,4 и 8 позиции, испытывает потребность в покое, в защите от внешних воздействий, стремление к устойчивому эмоциональному состоянию. После лечения он занимал 1,3,6 позиции, при этом значительно снижается его попадание на 7 и 8 позиции в основной группе, а в группе сравнения оставался на 3,7, и 8 позиции, что служит проективным подтверждением физиологического и нервного истощения, снижение сексуального влечения, перевозбуждения, потребности в защите от возбуждающих факторов.

Зеленый цвет - символизирует настойчивость, самоуверенность, упрямство, самоуважение до лечения достаточно равномерно распределяется по 3,4,5 и 6 позициям, часто встречается на 8 позиции. После лечения зеленый цвет преимущественно занимал 2 и 3 позиции, распределение (2) цвета сдвигается на первые 4 позиции ряда в основной группе, а в контрольной группе занимал 4 и 5 позиции.

Красный цвет – символизирует силу воли, активность, агрессивность, наступательность, властность, сексуальность и до лечения занимал 5 и 6 позиции. Выбор позиций испытуемых говорит об ощущении слабости и апатии. В сложившейся ситуации видят угрозу и опасность. Возмущается при мысли, что не в состоянии достичь своих целей, и страдает от ощущения бессилия что-либо с этим поделать. После лечения красный цвет в контрольной группе занимал 1, 2, 4, позиции – желание вести активный образ жизни, стремление иметь достаточно жизненных благ. В контрольной группе красный цвет был на 3, 4, 5 позициях.

Желтый цвет – символизирует активность,

стремление к общению, любознательность, оригинальность, веселость, честолюбие, до лечения занимал 5, 8 позиции - несбывшиеся надежды и ожидания вызывают неуверенность и опасения, страх разочарований. После лечения желтый цвет в основной группе переместился на 1 и 4 позиции – испытывали потребность в перемене обстановки, изменении существующих обстоятельств. Стремление к тому, чтобы любая деятельность доставляла удовольствие. В контрольной группе желтый цвет был на 2 и 5 позиции.

Фиолетовый цвет - это смесь красного и синего. Фиолетовый цвет пытается создать единый сплав из противоположностей, т.е. из красного цвета, как импульсного покорителя, и синего цвета, как нежной самоотверженности, а поэтому – это выражение идентификации. Тот, кто отдает предпочтение фиолетовому цвету, тот хотел бы магических взаимоотношений. Фиолетовый цвет – это сенсбилизация, магическо-эротическое отождествление. До и после лечения чаще занимал 4 и 5 места как в основной так и в контрольной группах - чувствительность и сентиментальность к воздействию со стороны окружающих, тонко чувствуют окружающих и нуждаются в таком же отношении.

Коричневый цвет – представляет собой чувственное восприятие, поэтому положение коричневого дает представление об отношении к жизненным физическим ощущениям. до и после лечения имел стойкое преимущество на 3 и 4 позиции – больной чувствует себя тревожно и неуверенно, постоянно испытывает дискомфорт, нуждается в ощущении большей безопасности и в более теплой обстановке. Находился коричневого цвета до лечения на 2, 3, 4 позициях. После лечения лазеротерапии сместился на 6,7,8 позиции, а группе сравнения был на 4,7 и 8 местах.

Черный цвет – это самый темный цвет. В черном цвете завершается концентрическое направление темных цветов вплоть до конечной точки. Черный – это абсолютная граница, где кончается жизнь. Поэтому черный цвет выражает идею «ничего». Черный передает накопление, оборону и вытеснение воздействий раздражителей, поэтому черный цвет означает отказ. Тот, кто выбирает черный на первое место – восстает против своей судьбы. Черный цвет преобладал на 1,3 и 4 позициях до лечения. После лечения черный цвет занимал 5,6,7,8 места в основной группе и 4,5,6 места в контрольной группе.

Серый цвет - не является ни цветным, ни светлым, ни темным. Он абсолютно не раздражает и

не имеет никакой психической тенденции. Серый цвет – это нейтральность как субъекта, так и объекта, как изнутри, так и снаружи; это ни напряжение, ни расслабленность. Чаще смещение серого цвета было к началу ряда: отгороженность, эскапизм, инертность, ананкастность, почти аутистическая интравертированность, потребность в комфортной изоляции и покое, занимал 2 и 3 позиции до лечения. Смещение (0) цвета в конец ряда у больных контрольной и основной группах сопровождалось повышением настроения.

Тест Люшера является классической проективной техникой, позволяя вскрывать латентные, неосознаваемые, вытесняемые, диссимилируемые тенденции, которые не всегда проявляются в клинической беседе или при анкетировании.

Из результатов изучения ведущих тенденций цветопредпочтения у находившихся под наблюдением больных следует, что световой выбор в значительной степени зависит от синдромального варианта депрессии, который определяет специфику аффективного статуса больных, состояние их мотивационно-потребностной сферы, особенностей эмоционального реагирования. Исходя из этого, был проведен анализ тенденций цветопредпочтения по признаку доминирующего синдрома: астено-депрессивному, депрессивно-ипохондрическому, тревожно-депрессивному, астено-вегетативному, тревожно-фобическому. Данные о динамике распределения цветов по позициям до и после лечения методом лазеротерапии в основной группе представлены в таблицах 1, 2.

Таблица 1

Уровень латентной тревоги (А – «индекс тревоги») и напряжения (КВБ - коэффициент Шипоша) в зависимости от доминирующего синдрома до лечения лазеротерапии

Синдром	Показатели	Основная группа		Контрольная группа
		ДЭ	РДЭ	
Астено-депрессивный	А	5,50±0,75	5,00±0,68	5,00±0,68
	КВБ	2,33±0,31	2,33±0,31	2,45±0,32
Депрессивно-ипохондрический	А	4,00±0,51	4,00±0,51	4,00±0,51
	КВБ	2,55±0,31	2,55±0,31	2,55±0,31
Тревожно-депрессивный	А	6,00±0,70	6,00±0,70	6,00±0,70
	КВБ	2,14±0,24	2,14±0,24	2,14±0,24
Астено-вегетативный	А	5,00±0,53	5,00±0,53	5,00±0,53
	КВБ	2,33±0,24	2,33±0,24	2,33±0,24
Тревожно-фобический	А	6,00±0,58	6,00±0,58	6,00±0,58
	КВБ	2,45±0,22	2,45±0,22	2,45±0,22
В среднем	А	5,00±0,45	5,20±0,47	5,10±0,46
	КВБ	2,36±0,19	2,34±0,19	2,35±0,19

Примечание: достоверных различий между основной и контрольной группами нет.

Чаще у больных с депрессивно-ипохондрической симптоматикой и большой давностью процесса при первом тестировании на первые три позиции попадали 6, 5, 0 цвета. У данной группы больных после лечения на первые три позиции попадали 1, 2 и 0 цвета, что говорило о купировании депрессивно-ипохондрической симптоматики.

Больные, у которых клинически и по оценочным шкалам отмечалось повышение активности, улучшение когнитивных функций (контакт, структура речи) изменялся

характер цветового выбора: на первые три позиции попадали 3, 4, 2 цвета, которые при первом тестировании чаще занимали 5, 6, 8 позиции.

Применение восьмицветового теста Люшера позволило установить, что уровень латентной тревоги и напряжения в основной группе после лазеротерапии при повторном тестировании приближались к показателям нормы - А=1 и КВБ=0,2. В контрольной группе уровень латентной тревоги напряжения был выше - А=2, КВБ=1,5.

Уровень латентной тревоги (А – «индекс тревоги») и напряжения (КВБ - коэффициент Шипоша) в зависимости от доминирующего синдрома после лечения лазеротерапии

Синдром	Показатели	Основная группа		Контрольная группа
		ДЭ	РДЭ	
Астено-депрессивный	А	1,37±0,14 ¹⁾	1,87±0,16 ¹⁾	2,73±0,27
	КВБ	0,92±0,09 ¹⁾	1,21±0,11 ¹⁾	1,45±0,14
Депрессивно-ипохондрический	А	1,27±0,13 ¹⁾	1,60±0,14 ¹⁾	3,80±0,38
	КВБ	0,73±0,07 ¹⁾	0,89±0,08 ¹⁾	1,83±0,18
Тревожно-депрессивный	А	1,17±0,12 ¹⁾	1,36±0,12 ¹⁾	2,33±0,23
	КВБ	0,78±0,08 ¹⁾	0,87±0,07 ¹⁾	1,34±0,13
Астено-вегетативный	А	2,13±0,21 ¹⁾	2,28±0,19 ¹⁾	1,07±0,11
	КВБ	0,31±0,03 ¹⁾	0,31±0,03 ¹⁾	1,53±0,15
Тревожно-фобический	А	0,97±0,10 ¹⁾	0,93±0,08 ¹⁾	1,93±0,19
	КВБ	0,18±0,02 ¹⁾	0,16±0,01 ¹⁾	1,35±0,14
В среднем	А	1,40±0,13 ¹⁾	1,42±0,11 ¹⁾	2,00±0,18
	КВБ	0,50±0,04 ¹⁾	0,49±0,05 ¹⁾	1,36±0,11

Примечание: ¹⁾ – различия с контрольной группой достоверны (p < 0,05)

В результате анализа распределения цветов по позициям до и после лечения методом лазеротерапии было выявлено различие цветового выбора между основной и контрольной группами: достоверное (p < 0,05) изменение характера цветового выбора: перемещение 0, 6, 7 цветов в конец ряда, что говорит о снижении тревожности, напряженности, улучшения эмоционального состояния, снижение амбивалентных тенден-

ций у больных основной группы. Больные, предпочитавшие 0, 5, 6, 7, цвета на первых четырех позициях, что говорит о сохранении депрессивной симптоматики (высокую степень эмоциональной напряженности и низкий уровень работоспособности, сомневаются в целесообразности своей деятельности) составляли контрольную группу данного исследования, в которой не проводилась лазеротерапия.

I.V. Linskiy, N.A. Malykhina

ДИНАМИКА КОЛЬОРОВИХ УПОДОБАНЬ (ЗА ДАНИМИ ТЕСТУ ЛЮШЕРА) ЕНДОГЕННИХ ДЕПРЕСІВНИХ РОЗЛАДІВ, ЯКІ СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ СУЇЦИДАЛЬНОЮ ПОВЕДІНКОЮ, З ЗАСТОСУВАННЯМ ЛАЗЕРОТЕРАПІЇ

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

Дано теоретичне узагальнення кольорових уподобань за даними тесту Люшера у динаміки у 110 хворих ендogenous депресивними розладами з суїцидальною поведінкою під впливом комплексного лікування з застосуванням антидепресантів і лазеротерапії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 3 (30). — С. 42-46).

I.V. Linskiy N.A. Malykhina

TDYNAMICS OF PREFERENCE OF COLORS SOFTWARE TO INFORMATION OF TEST OF LYUSHERA) ENDOGENOUS DEPRESSED DISORDERS WITH SUICIDAL CONDUCT UNDER ACT OF HOLIATRY WITH THE USE OF PHOTORADIOTHERAPY

GU «Institute of neurology, to psychiatry and narcology of NAMN of Ukraine»

The analysis of feature of preference of colors is conducted from data of test of Lyushera in a dynamics at 110 patients by the endogenous depressed disorders with a suicidal conduct under act of holiatry with the use of photoradiotherapy. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 3 (30). — P. 42-46).

Литература

1. Боро, М. П. Досвід організації роботи з особами з суїцидальним ризиком і схильних до самоушкодження [Текст] / М. П. Боро, С. Я. Боро // Український вісник психоневрології. — 2008. — Т. 16, вип. 1 (54). — С. 70-72.
2. Богданов, Н. Н. К дискуссии о принципах физиотерапии [Текст] / Н. Н. Богданов, В. В. Ежов // Мед. реабилитация, курорт, физиотер. — 1997. — № 2. — С. 58–62.
3. Варенкина, И. С. Лазеротерапия в комплексном лечении психических больных [Текст] / И. С. Варенкина, А. В. Картелишев, М. В. Игельник // Клини. и социальн. психиатрия. — 1994. — № 4. — С. 125–130.
4. Денисенко, М. М. Клинико – психопатологические предикторы суицидального поведения у больных экзогенными и эндогенными депрессиями [Текст] / М. М. Денисенко // Таврический журнал психиатрии. — 2010. — В. 14 № 4 53). — С. 13–18.
5. Клебанов, Г. И. Влияние низкоинтенсивного лазерного излучения на функциональный потенциал лейкоцитов [Текст] / Г. И. Клебанов, Ю. О. Теселкин, И. В. Бабенкова, Т. Ю. Башкуева // Бюлл. Эксп. Биол. мед.- 1997. — Т. 123. — № 4. — С. 395–398.
6. Лікування ендогенних депресивних розладів методом лазеротерапії: методичні рекомендації / [Н. О. Марута, А. М. Бачериков, Н. А. Малихіна та ін.] — Х. : Міністерство охорони здоров'я України АМН України, 2011. — 17 с.
7. Марута, Н. А. Новые возможности терапии депрессивных расстройств [Текст] / Н. А. Марута // Здоров'я України. — 2008. — № 7/1 (додатковий). — 5 с.
8. Основные принципы применения лазерных систем в медицине [Текст] / И.А. Михайлова, Г.В. Папаян, Н.Б. Золотова, Т.Г. Гришачева. — М., 2007.
9. Пат. 38117 Україна, МПК А61N 5/067 (2008.01). Спосіб лазеротерапії [Текст] / П. В. Волошин, М. О. Марута, А. М. Бачериков та інш. // Опубл. 25.12.08, Бюл. № 24. — 5 с.
10. Сонник, Г. Т. Психіатрія : [Текст] підручник / Г. Т. Сонник, О. К. Напрєєнко, А. М. Скрипніков. — К. : Здоров'я, 2006. — 432 с.

Поступила в редакцію 17.09.2012