

прогрессивная мышечная релаксация и дыхательная релаксация, а также сочетание этих техник аутотренинга. Эффективность терапии верифицировали статистически значимым различием между снижением общей суммы баллов по шкале депрессии Гамильтона (*HAMD-21*) в КГ и ОГ. Применялись также шкала общего клинического впечатления (*CGI*) и вопросник по депрессии Цунга. Статанализ вели с помощью критерия Стьюдента и программ *Statistica for Windows (StatSoft, Inc., 1984-1999)*.

Результаты исследования. Все исследуемые больные завершили полный курс лечения. В нашей работе были получены следующие данные, отраженные в табл. 2–4 и рис. 1 и 2.

Таблица 2

Динамика тревожно-депрессивных симптомов по шкале оценки депрессии Гамильтона в процессе лечения

Группы	В начале лечения (баллы, <i>HAMD-21</i>)	14 день терапии (баллы, <i>HAMD-21</i>)	28 день терапии (баллы, <i>HAMD-21</i>)
Основная	13,5	10,4	4,8
Контрольная	13,5	11,9	7,2*

*– достоверные различия ($p < 0,01$)

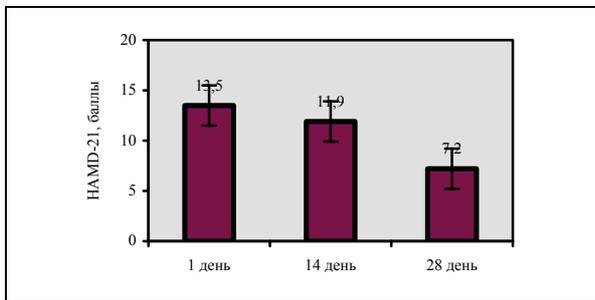


Рис. 1. Динамика среднего суммарного балла шкалы оценки депрессии Гамильтона (*HAMD-21*) с 1-й по 4-ю неделю в КГ (стандартная рефлексотерапия)

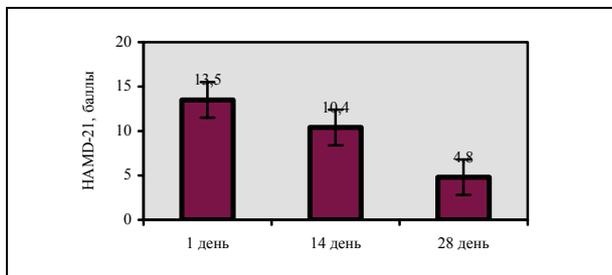


Рис. 2. Динамика среднего суммарного балла шкалы оценки депрессии Гамильтона (*HAMD-21*) с 1-й по 4-ю неделю в ОГ (стандартная рефлексотерапия и психотерапия)

На 28 день лечения выявились достоверные различия между группами по шкале оценки депрессии Гамильтона. Были получены также итоги сравнения двух групп по относительному (процентному) соотношению той или иной степени улучшения, отраженные в табл. 3 и 4. Ко 2-й неделе терапии достоверных различий между ОГ и КГ не было выявлено. Было умеренное и незначительное улучшение депрессивной симптоматики. Из-за легкой степени выраженности тревожной депрессии не наблюдались такие показатели *CGI*, как: «отсутствие улучшения» и побочные эффекты терапии – «умеренное и выраженное влияние на деятельность больного».

Таблица 3

Результаты лечения к 14-му дню, по шкале CGI

	Выраженное улучшение (01, 02 по <i>CGI</i>) к 14 дню лечения (число пациентов, %)	Умеренное улучшение (05, 06 по <i>CGI</i>)	Незначит. улучшение (09, 10 по <i>CGI</i>)
ОГ	2 (3,1%)	14 (41,2%)	18 (52,9%)
КГ	0 (0%)	11 (35,5%)	20 (64,5%)

Таблица 4

Результаты лечения к 28-му дню CGI

Группы	Выраженное улучшение (01, 02 по <i>CGI</i>) к 28 дню лечения (число пациентов, %)	Умеренное улучшение (05, 06 по <i>CGI</i>)	Незначит. улучшение (09, 10 по <i>CGI</i>)
ОГ	25 (73,5%)*	9 (26,5%)	0 (0%)*
КГ	8 (25,8%)*	12 (38,7%)	11 (35,5%)*

*– достоверные различия ($p < 0,001$)

К 4-й неделе терапии были выявлены достоверные различия в эффективности лечения между ОГ и КГ, кроме показателя «умеренного улучшения» депрессивной симптоматики. «Выраженное улучшение» наблюдалось у 73,5% пациентов в ОГ и только в 25,8% случаев в КГ. Особенно заметны были изменения в пунктах *HAMD-21*, регистрирующих диссомнические (бессонница, невыспанность) и аффективные (собственно гипотимические) симптомы. И, напротив, «незначительное улучшение» (пункты 09, 10 по *CGI*) выявилось у 35,5% пациентов в КГ, тогда как в ОГ больные с такой невыраженной динамикой терапии отсутствовали. Полученные данные коррелировали с результатами оперативной самооценки самочувствия, активности, настроения (САН) было характерно повышение всех показателей шкалы САН, но в большей степени – «самочувствия» и «настроения».

Результаты исследования свидетельствуют о достоверно большей эффективности стандартной рефлексотерапии в сочетании с краткосрочной интегративной психотерапией в ОГ по сравнению с КГ (только рефлексотерапия) при лечении депрессивных расстройств легкой степени (невротического уровня).

Нелекарственные методы лечения обладают хорошей переносимостью, минимумом побочных эффектов, доступностью с практической и финансовой точки зрения и могут быть использованы в практическом здравоохранении как средство повышения адаптивных возможностей человека для восстановления здоровья и достижения генетически детерминированной продолжительности жизни. Хорошая переносимость их позволяет рекомендовать при сопутствующей соматической патологии.

Литература

1. Агасаров Л.Г. // Рефлексотерапия.– 2004.– №1 (8).– С. 3.
2. Антропов Ю.Ф. Невротическая депрессия у детей и подростков.– М.: Медпрактика, 2001.
3. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами.– М.: Речь, 2000.
4. Зилов В.Г. // Мат-лы XI Междун. симп. эколого-физиологические проблемы адаптации.– М., 2003.– С. 203–204.
5. Зилов В.Г., Шевцов С.А. // ВНМТ.– 2002.– №3.– С. 76–77.
6. Циркин С.Ю. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста.– СПб.: Питер, 2004.
7. Смугевич А.Б. Депрессии в общей медицинской практике.– М.: МИА, 2001.
8. Шапкин В.И. Рефлексотерапия.– М.: Геотар-Мед, 2001

УДК 616-006; 618.14

ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИАЦИЙ РАКА МАТКИ С ГРУППАМИ КРОВИ У ЖЕНЩИН ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Н.С. ГОСТЕЕВА, В.А. ЖЕЛТИКОВ*

Маркерами предрасположенности развития заболеваний могут выступать различные генетические, иммунные, морфологические и другие признаки, тесно ассоциирующиеся с нозологическими формами или их группами [3]. В ряде исследований [2] показано наличие ассоциаций групп крови систем АВО и резус с различными патологиями. Однако недостаточно изученными

* Тульский государственный педуниверситет им. Л.Н. Толстого

остаются вопросы взаимосвязи групп крови с новообразованиями в репродуктивной сфере у женщин. Вместе с тем степень экспрессии многих факторов риска заболеваний обусловлена не только генетическими особенностями организма, но и экологическими условиями среды обитания [1]. В связи с этим мы провели анализ ассоциаций рака тела матки (РТМ) с группами крови систем АВО и резусом у женщин Тульской области. Опытным материалом были данные обследования 100 пациенток, страдающих РТМ и наблюдавшихся в Тульском областном онкологическом диспансере с 1999 по 2002 год. В обследуемый контингент включались истории болезни лиц, проживающих в разных районах Тульской области с диагнозом РТМ, подтвержденным результатами гистологического исследования биопсийного материала. Выборку больных разделили на 3 группы. 1-я группа – жители экологически неблагоприятных юго-восточных районов Тульской области (экозона «Юг» – 28 чел.). 2-я группа включала женщин из благополучных северо-западных районов области (экозона «Север» – 32 чел.). 3-я группа состояла из женщин урбанизированного центра – г. Тулы (экозона «Тула» – 40 чел.). Для возрастной градации использована общепринятая классификация возрастных периодов: 1-й период зрелого возраста (21–35 лет); 2-ой период зрелости (36–55 лет); пожилой возраст (55–74 года); старческий возраст (>74 лет). Выявление ассоциаций РТМ с группами крови осуществляли по методике Вульфа [2] и путем определения коэффициентов (К) относительного повышенного риска. Оценку достоверности различий по распределению иммунных фенотипов между категориями «больные» и «здоровые» проводили с помощью критерия Пирсона – χ^2 .

Изучение показало, что среди женщин, страдающих РТМ преобладали лица пожилого возраста. Сравнительно меньше доля пожилых, больных РТМ, была в экозоне «Юг» (57,14%), а 87,50% – в экозоне «Север». Средний возраст женщин, страдающих РТМ, в экозоне Тула составил 60,6±2,72 лет, в экозоне «Север» 62,4±3,04 лет и в экозоне «Юг» 58,6±2,34 лет. Достоверных различий по этому признаку у больных сравниваемых экзон не установлено. В то же время средний возраст больных с В(III) группой крови в экозоне «Север» (63,5±3,29 лет) оказался достоверно старше чем у больных с О(I) группой (56,5±1,94). А в экозоне «Юг» и в целом по области больные с АВ (IV) группой (средний возраст 53,0±0,0 лет) были достоверно моложе чем у больных с О (I) группой крови (58,8±2,45 лет; и 59,5±1,88 лет соответственно). В целом по области средний возраст больных РТМ с А(II) (58,3±2,44 лет) и В(III) (62,9±2,57 лет) группами крови был достоверно старше чем у больных с АВ(IV) группой (53,0±0,0 лет). РТМ у женщин, имеющих АВ(IV) группу крови, развивается по возрасту существенно раньше (в среднем на 7,2 лет), чем у женщин с другими группами системы АВО.

Было показано, что РТМ у женщин больше (P<0,001) ассоциировал с 0(I) группой по сравнению с А(II) и В(III) группами крови (табл.). При этом такая ассоциация была более выражена с В(III) группой крови по сравнению с А(II) группой (P<0,001). У женщин в экозоне «Тула» не было выявлено взаимосвязи РТМ с

к развитию РТМ достоверно выше оказалась у женщин с 0(I) группой крови и тенденциозно выше у женщин, имеющих резус-положительную принадлежность. В экозоне «Север» достоверно выше ассоциация РТМ наблюдалась у женщин с В(III) группой, чем с 0(I) группой крови (P<0,05).

Тенденциозно больше ассоциация РТМ была у женщин с А(II), чем с 0(I) группой крови. Ассоциация РТМ в экозоне «Север» была тенденциозно выше у женщин с В (III) группой крови по сравнению с А(II) и достоверно выше с В (III) группой по сравнению с АВ (I V) группой (P<0,05). С АВ(I V) группой крови ассоциаций РТМ у женщин в экозоне «Север» не установлено. В этой экозоне достоверно выше была ассоциация РТМ с резус-положительным фенотипом (P<0,05). Из этого следует, что наиболее предрасположенными к развитию РТМ в экозоне «Север» являются женщины с В(III) группой крови, а также лица, имеющие резус-положительную принадлежность.

В экозоне «Юг» у женщин наблюдалась лишь тенденциозно большая ассоциация РТМ с 0(I) группой крови по сравнению с А(II), В(III) и АВ(IV) группами. Не было установлено достоверных различий в ассоциациях РТМ с А(II), В(III) и АВ(IV) группами крови. В экозоне «Юг» выявлена лишь тенденциозно больше ассоциация РТМ с резус-отрицательным фенотипом. В экозоне «Юг» у женщин отсутствует достоверно выраженная ассоциация РТМ с какой либо из групп крови систем АВО и резус-фактором.

В целом среди больных женщин Тульской области, страдающих РТМ, ассоциация этой патологии достоверно преобладала с 0(I) группой по сравнению с В(III), А(II) и АВ(IV) группами крови (P<0,01; P<0,05). Достоверно больше эта патология ассоциировалась у женщин с А(II) группой крови, чем с АВ(IV) группой (P<0,01). Также достоверно выше была такая ассоциация у женщин с В(III) группой крови по сравнению с А(II) и АВ(IV) группами. При этом наблюдалась лишь тенденциозно выше ассоциация названной патологии у женщин с резус-положительным фенотипом.

Формирование предрасположенности развития РТМ в большей степени характерно для женщин Тульской области, имеющих 0(I) или В(III) группы крови и резус-положительный фенотип. Не формируется такой предрасположенности у женщин с АВ(IV) группой крови. Однако для прогнозирования развития неоплазии у женщин необходимым является учет конкретных экологических условий среды обитания. В урбанизированном центре г. Туле преимущественная вероятность формирования предрасположенности к развитию РТМ имеется у женщин с 0(I) группой крови, а в экологически благополучной экозоне «Север» – с В(III) группой. В сравнительно неблагоприятной экозоне «Юг» такая предрасположенность практически равновероятна у женщин с любой группой крови систем АВО и резусом. В то же время в экозоне «Север» предрасположенность достоверно выше к развитию РТМ формируется у женщин, имеющих резус-положительную принадлежность. В экозоне «Тула» лишь тенденциозно выше такая предрасположенность формируется у резус-положительных, а в экозоне «Юг» – у резус-отрицательных фенотипов.

Таблица

Значения коэффициентов ассоциации РТМ с группами крови АВО и резус-фактором у женщин Тульской области

Сравниваемые группы крови	Экозона «Тула»		Экозона «Север»		Экозона «Юг»		Тульская область				
	К	Р	К	Р	К	Р	К	Р			
О/А	7.01	<0,001	А/О	1.57	>0,05	О/А	1.53	>0,05	О/А	1.95	<0,01
О/В	2.15	<0,001	В/О	2.49	<0,05	О/В	1.16	>0,05	О/В	1.10	<0,05
О/АВ	1:0	<0,001	О/АВ	1:0	>0,05	О/АВ	1.27	>0,05	О/АВ	5.14	<0,01
В/А	3.26	<0,01	В/А	1.59	>0,05	В/А	1.32	>0,05	В/А	1.96	<0,02
А/АВ	1:0	<0,01	А/АВ	1:0	>0,05	АВ/А	1.36	>0,05	А/АВ	2.64	<0,01
В/АВ	1:0	>0,05	В/АВ	1:0	<0,02	АВ/В	1.03	>0,05	В/АВ	4.64	<0,05
Rh/rh	1.50	>0,05	Rh/rh	1:0	<0,05	rh/Rh	2.01	>0,05	Rh/rh	1.65	>0,05

АВ(IV) группой крови. Изучение взаимосвязи этой патологии и с резусом принадлежности показало, что тенденциозно у женщин г. Тулы просматривается ассоциация РТМ с резус-положительным фенотипом. В экозоне «Тула» предрасположен-

ности к развитию РТМ достоверно выше оказалась у женщин с 0(I) группой крови и тенденциозно выше у женщин, имеющих резус-положительную принадлежность. В экозоне «Север» достоверно выше ассоциация РТМ наблюдалась у женщин с В(III) группой, чем с 0(I) группой крови (P<0,05). Тенденциозно больше ассоциация РТМ была у женщин с А(II), чем с 0(I) группой крови. Ассоциация РТМ в экозоне «Север» была тенденциозно выше у женщин с В (III) группой крови по сравнению с А(II) и достоверно выше с В (III) группой по сравнению с АВ (I V) группой (P<0,05). С АВ(I V) группой крови ассоциаций РТМ у женщин в экозоне «Север» не установлено. В этой экозоне достоверно выше была ассоциация РТМ с резус-положительным фенотипом (P<0,05). Из этого следует, что наиболее предрасположенными к развитию РТМ в экозоне «Север» являются женщины с В(III) группой крови, а также лица, имеющие резус-положительную принадлежность. В экозоне «Юг» у женщин наблюдалась лишь тенденциозно большая ассоциация РТМ с 0(I) группой крови по сравнению с А(II), В(III) и АВ(IV) группами. Не было установлено достоверных различий в ассоциациях РТМ с А(II), В(III) и АВ(IV) группами крови. В экозоне «Юг» выявлена лишь тенденциозно больше ассоциация РТМ с резус-отрицательным фенотипом. В экозоне «Юг» у женщин отсутствует достоверно выраженная ассоциация РТМ с какой либо из групп крови систем АВО и резус-фактором. В целом среди больных женщин Тульской области, страдающих РТМ, ассоциация этой патологии достоверно преобладала с 0(I) группой по сравнению с В(III), А(II) и АВ(IV) группами крови (P<0,01; P<0,05). Достоверно больше эта патология ассоциировалась у женщин с А(II) группой крови, чем с АВ(IV) группой (P<0,01). Также достоверно выше была такая ассоциация у женщин с В(III) группой крови по сравнению с А(II) и АВ(IV) группами. При этом наблюдалась лишь тенденциозно выше ассоциация названной патологии у женщин с резус-положительным фенотипом. Формирование предрасположенности развития РТМ в большей степени характерно для женщин Тульской области, имеющих 0(I) или В(III) группы крови и резус-положительный фенотип. Не формируется такой предрасположенности у женщин с АВ(IV) группой крови. Однако для прогнозирования развития неоплазии у женщин необходимым является учет конкретных экологических условий среды обитания. В урбанизированном центре г. Туле преимущественная вероятность формирования предрасположенности к развитию РТМ имеется у женщин с 0(I) группой крови, а в экологически благополучной экозоне «Север» – с В(III) группой. В сравнительно неблагоприятной экозоне «Юг» такая предрасположенность практически равновероятна у женщин с любой группой крови систем АВО и резусом. В то же время в экозоне «Север» предрасположенность достоверно выше к развитию РТМ формируется у женщин, имеющих резус-положительную принадлежность. В экозоне «Тула» лишь тенденциозно выше такая предрасположенность формируется у резус-положительных, а в экозоне «Юг» – у резус-отрицательных фенотипов. Сравнение данных возрастного развития РТМ и ассоциаций этой патологии с группами крови показало наличие некоторого противоречия, заключающегося в том, что, с одной стороны, была установлена популяционная устойчивость к развитию РТМ у женщин с АВ (IV) группой крови, определенная нами на основе отсутствия взаимосвязи этой патологии с названной группой. С другой – имело место более раннее развитие РТМ у женщин с АВ (IV) группой крови по сравнению с лицами, предрасположенными к этому заболеванию, то есть имеющими 0(I) или В(III) группы крови. Такое противоречие может быть объяснимо силой воздействия провоцирующих канцерогенных факторов, которые при значительной величине могут превосходить относительную устойчивость организма к развитию злокачественных новообразований, обусловленную

генетическими параметрами иммунного статуса, ассоциирующими с группами крови.

Развитие РТМ возможно у женщин Тульской области с различной групповой принадлежностью крови, однако в зависимости от постоянного места жительства и экологических условий среды обитания преимущественное формирование предрасположенности к этой патологии происходит у лиц с 0(I) или В(III) группами крови и резус-положительным фактором.

Полученные сведения имеют существенное значение для практического здравоохранения при разработке адресных мер профилактики злокачественных новообразований репродуктивной сферы у женщин Тульской области.

Литература

1. Агаджанян Н. А. и др. Экологические проблемы эпидемиологии. – М.: Просветитель, 2003. – 208 с.
2. Желтиков А.А. Экологическое состояние и заболеваемость населения Тульской области. – М.–Тула: Изд-во ТГПУ им. Л.Н. Толстого, 1999. – 91с.
3. Иткес А.В. и др. //Гистологическая наука в России в начале XXI века: итоги, задачи, перспективы: Тез. докл. Всерос. Конф. 22–24 окт. 2003. – М.: Изд-во РУДН, 2003. – С. 31–33.

УДК 612.821

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СТРЕССА ПО ДАННЫМ ПСИХОФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДИК

А.И. ВОРОТНИКОВА, Т.А. ЗАБРОДИНА, А.С. СОРОКИН*

Несмотря на множество теоретических и экспериментальных работ, многозвеньевые механизмы стресс-реакций и особенности их течения не раскрыты до конца. Стремление описать эти реакции по состоянию эндокринных желез и по уровню гормонов в плазме крови не достигало цели, т.к. этот уровень динамически изменяется не только в соответствии с уровнем продукции гормонов, но и в связи с уровнем их потребления органами-мишенями. А если учесть, что наряду со стресс-реализующей в реакцию включается еще и многокомпонентная, до конца не изученная стресс-лимитирующая система, получение новых данных становится проблематичным. Мы избрали методику психофизического эксперимента, позволяющую по работе сенсорных систем и при учете внесенсорных факторов оценить реакцию с позиций целостного организма.

Нами обследованы 20 больных частного стоматологического кабинета г. Щекино. Отбор больных перед первичным приемом у стоматолога проводился психологом на основе признаков эмоционального стресса, вызванного предстоящим ожиданием и переживанием боли в результате стоматологического вмешательства. Эти же больные были обследованы по тем же методикам через 3 дня после окончания лечения. Тестирование проходило с помощью созданной нами и запатентованной методики [1] в компьютерном варианте. В качестве стимульного материала на экране в течение 5 с предъявляются два горизонтально ориентированных отрезка прямых, которые обследуемый должен различать по длине. В 1/2 случаев отрезки были одинаковой длины (пустые пробы), в половине различались на 10% (сигнальные пробы). Последовательность предъявления равных и неравных пар линий и их расположение на экране компьютера была произвольной. Исследование предшествовала 10-минутная тренировка.

Результаты исследования оценивались по следующим критериям: вероятность обнаружения (Роб), то есть неравенство линий по длине было обнаружено; вероятность ложной тревоги (Рлт), то есть принятия равных линий за неравные; обобщенный показатель чувствительности (d), характеризующий точность различения стимулов, рассчитываемый по таблицам на основе показателей Роб и Рлт; время реакции (Твр), то есть время, прошедшее от появления линии на экране до принятия испытуемым решения о длине линий; динамика критерия принятия решения (К), позволяющая оценить участие внесенсорных факторов в этом процессе. Расчет критерия ведется по формуле

$K = \frac{R_{лт}}{R_{проп}} + R_{лт}$, учитывающей показатель ложной тревоги и показатель $R_{проп}$, то есть вероятность пропущенного сигнала в ситуации, когда ответа испытуемого на сигнал не было. Мы оценивали параметры процесса решения сенсорной задачи в опытной (перед лечением у стоматолога) и контрольной (после окончания лечения) сериях (табл. 1).

Таблица 1

Психофизические показатели до и после лечения (усредненные данные n=20)

До лечения					После лечения					ΔК
d	t	Роб	Рлт	К	d	t	Роб	Рлт	К	
1,54	1,68	0,8	0,24	0,59	1	1,19	0,8	0,14	0,41	0,18

Из табл. 1 видно, что среднее время реакции после лечения снизилось на 0,49 с. Эта динамика закономерно отражала эмоциональное состояние пациента до и после лечения у стоматолога. Различия по этому показателю статистически достоверны на 1% уровне значимости. Показатель К, обозначаемый как критерий принятия решения, также снижался. Уровень достоверности тот же. Значения показателя чувствительности d после лечения зубов возрастали. Эти различия тоже достоверны. На значения этого показателя оказывал влияние, в первую очередь, более высокий показатель вероятности ложной тревоги в состоянии эмоционального напряжения, в то время как вероятность обнаружения осталась практически на одном уровне до и после лечения зубов.

При более детальном анализе динамики обобщенного показателя чувствительности d можно выделить три группы испытуемых. В наибольшей группе – 12 испытуемых – под влиянием стресса увеличивается вероятность ложной тревоги, вероятность обнаружения не меняется и соответственно обобщенный показатель чувствительности d снижается (табл. 2). Во второй группе 4 испытуемых – под влиянием стресса обобщенный показатель чувствительности не только не снижается, а возрастает за счет значительного увеличения вероятности обнаружения, даже несмотря на некоторый подъем вероятности ложной тревоги.

Третья группа – 4 испытуемых – обнаружили в условиях

Таблица 2

Внутригрупповая динамика психофизических показателей до и после лечения

	До лечения					После лечения					ΔК
	d	t	Роб	Рлт	К	d	t	Роб	Рлт	К	
Гр.1 n=12	1,72	1,68	0,82	0,21	0,55	2,22	1,19	0,81	0,09	0,32	0,23
Гр.2 n=4	2,02	1,64	0,89	0,20	0,62	1,84	1,21	0,79	0,15	0,41	0,21
Гр.3 n=4	0,69	1,71	0,63	0,36	0,50	1,68	1,13	0,85	0,26	0,63	0,13

стресса снижение вероятности обнаружения и рост вероятности ложной тревоги, что привело к резкому снижению обобщенного показателя чувствительности d. Таким образом, подавляющее большинство испытуемых (60%) в данной произвольной выборке характеризовалось средней стрессоустойчивостью. Оставшиеся две равные группы (по 20% испытуемых в каждой) характеризовались высокой и низкой стрессоустойчивостью.

Эти особенности стрессорной реакции надо учитывать при профессиональном отборе на те работы, осуществление которых связано с эмоциональным напряжением. В медицинском аспекте стресс-реакция отражает конституциональные особенности человека, является индикатором типов реагирования и позволяет прогнозировать круг болезней, развитие которых наиболее вероятно при данном типе реакции. Этот вопрос освещался нами в работах [2–4]. В рамках этого исследования следует отметить, что группа 1 соответствует псорическому типу реагирования с его повышенной ложной тревогой и недостаточной силой реакции. Группа 2, характеризующаяся мобилизацией ресурсов, – это сикотический тип реагирования, избыточный в своей основе при развитии любой патологии. Группа 3 характеризуется разрушительными тенденциями лютического типа реагирования с резким падением чувствительности в ответ на действие раздражителя. На подобное же распределение типов реагирования в условиях патологии обратил внимание Ф.С. Ганеман [[5], который отметил преобладание псорического типа реагирования среди обращающихся больных. Эмоциональный стресс увеличивает

* ТГПУ