

Исследование эмоционально-личностной и поведенческой сфер лиц, страдающих эпилепсией

Караваяева Е.В., Островская А.В., Катаева Н.Г.

Research of emotional personal sphere and coping strategies of persons with epilepsy

Karavayeva Ye.V., Ostrovskaya A.V., Katayeva N.G.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Караваяева Е.В., Островская А.В., Катаева Н.Г.

Проведено исследование взаимосвязей между нарушениями эмоционально-личностной сферы лиц с височной эпилепсией и предпочитаемыми ими копинг-стратегиями, необходимость которого объясняется высоким уровнем инвалидизации, снижением качества жизни и огромными затратами на лечение и реабилитацию больных данной категории. В исследование вошли 40 человек, из них 20 больных с верифицированным диагнозом «височная эпилепсия», находящихся на лечении в неврологической клинике Сибирского государственного медицинского университета (г. Томск).

Клинико-психологический метод исследования включал исследование неврологического статуса, многофакторный личностный опросник FPI (модифицированная форма В), шкалу оценки уровня ситуационной тревожности Ч. Спилбергера и Ю. Ханина, методику исследования копинг-стратегий А. Лазаруса. Полученные в ходе настоящего исследования результаты подтверждают необходимость раннего выявления нарушений аффективного спектра у пациентов с височной эпилепсией, так как их наличие и высокий уровень приводят к изменению способов совладания со стрессом, что, в свою очередь, ведет к ограничениям в социальной сфере.

Ключевые слова: эмоционально-личностная сфера, эпилепсия, копинг-стратегии, опросник FPI, совладание со стрессом.

This work is devoted to identifying the relationship between disorders of emotional personal sphere of persons with temporal lobe epilepsy and their preferred coping strategies. The objects of the study were 40 people, including 20 patients with verified diagnosis of temporal lobe epilepsy who are treated at the neurological clinic of the Siberian State University. Clinical and psychological method of research included: the study of neurological status, multivariate Personality Inventory FPI, a scale assessing the level of situational anxiety, C. Spielberger and Y. Khanin, research methods coping strategies A. Lazarus. The results obtained in the present study results confirm the need for early detection of affective spectrum disorders in patients with temporal lobe epilepsy. Because of their availability and high levels of lead to a change in methods of coping with stress, this in turn leads to restrictions in the social sphere.

Key words: emotional-personal sphere, epilepsy, coping with stressor, FPI.

УДК 616.853-072.8

Введение

По современному определению эпилепсия является хроническим полиэтиологическим заболеванием, которое характеризуется повторными, не спровоцированными какими-либо причинами эпилептическими припадками [4, 10, 15]. Международная противэпилептическая лига и Бюро по эпилепсии определяют данное заболевание как мозговое расстройство, характеризующееся стойкой склонностью к возникновению эпилептических припадков, а также нейробиологическими,

когнитивными, психологическими и социальными последствиями этого состояния (ILAE, IBE, 2005).

Эпилепсия — одно из наиболее распространенных и тяжелых заболеваний психоневрологического профиля, которое встречается в 10 раз чаще рассеянного склероза и в 100 раз чаще болезни мотонейронов [13, 14].

Количество страдающих эпилепсией в мире составляет более 40—50 млн человек. В России около полу-миллиона больных эпилепсией, а заболеваемость составляет 54 тыс. случаев в год [8, 9]. Около 50 млн чело-

век в мире хотя бы раз в жизни испытывали приступ эпилепсии. По данным Всемирной организации здравоохранения, средняя распространенность активной эпилепсии составляет примерно 8,2 на 1 тыс. в общей популяции [13]. У 20—30% пациентов заболевание является пожизненным, при этом более 75% из 40 млн больных эпилепсией в мире не получают адекватного лечения [2, 3]. Отсутствие должной информации о данной патологии, ее распространенности, применяемых видах терапии и реабилитационных мероприятиях во многих странах обуславливает недостатки организации медицинской и психотерапевтической помощи больным [3].

Для страдающих эпилепсией и их ближайшего окружения основными являются социальные аспекты заболевания (Sutton, Beran, 1981). Его влияние на социальную активность очень разнообразно. В то время как некоторые больные эпилепсией практически не имеют никаких социальных проблем, другие испытывают серьезные сложности, вследствие которых не могут вести полноценную в социальном смысле жизнь. Принципиально значимыми социальными аспектами при эпилепсии выступают влияние данного заболевания на образование, трудоустройство, межличностные контакты, на качество жизни и, наконец, социальная стигматизация личности [1, 12].

Эпилепсия является одним из дорогостоящих неврологических заболеваний. В Европейской декларации по эпилепсии отмечено, что стоимость лечения только в странах Европы составляет более 20 млн евро ежегодно [2, 3]. В США ежегодные затраты, связанные с потерей трудоспособности и оказанием медицинской помощи при данном заболевании, составляют около 12,5 млрд долларов, причем 85% из них приходится на не прямые расходы, связанные с нарушением трудоспособности, на производстве и в быту [5].

Больные эпилепсией подвержены большему (примерно в 2—4 раза) риску умереть по сравнению с общей популяцией. По данным Международной противозепилептической лиги, риск смерти у молодых больных эпилепсией в 4 раза превышает стандартные значения в этой возрастной группе [13].

Следует заметить, что данная патология должна рассматриваться в рамках биопсихосоциального подхода [7, 8, 11, 15]. Это, несомненно, позволит обеспечить качественную всестороннюю помощь больным эпилепсией. Медикаментозная терапия позволяет купировать

приступы, но при этом остаются нерешенными проблемы психологического и социального уровня, которые, предположительно, могут усугублять течение болезни и препятствовать дальнейшей интеграции личности в обществе. Таким образом, люди, страдающие эпилепсией, нуждаются не только в медицинской помощи, но и в психологической поддержке [15]. Исследования, посвященные эмоциональным нарушениям у больных эпилепсией, малочисленны и противоречивы [7].

Одно из ведущих мест в клинике непсихотических форм эпилепсии занимают аффективные нарушения, которые нередко обнаруживают тенденцию к хронизации [7, 11]. Это подтверждает положение, что, несмотря на достигнутую ремиссию припадков, препятствием к полноценному восстановлению здоровья пациентов являются расстройства эмоциональной сферы.

Цель исследования — определить особенности эмоционально-личностной и поведенческой сфер больных височной эпилепсией (ВЭ). Авторы исходили из гипотезы, что у больных эпилепсией существует определенная взаимосвязь между особенностями эмоционально-личностной сферы и используемыми ими копинг-стратегиями. Поставлены следующие задачи: изучить особенности эмоционально-личностной сферы лиц, страдающих ВЭ; определить иерархию используемых ими копинг-стратегий, провести сравнительный анализ результатов, полученных в экспериментальной и контрольной группах.

Материал и методы

В исследование вошли 40 человек, из них 20 больных с верифицированным диагнозом «височная эпилепсия» (экспериментальная группа), находящихся на лечении в неврологической клинике Сибирского государственного медицинского университета (г. Томск). Контрольную группу составили 20 здоровых людей, в анамнезе которых не наблюдалось нарушений неврологического профиля. Использованы клинико-психологический метод, методы теоретического анализа и математической статистики. Клинико-психологический метод включал исследование неврологического статуса, многофакторный личностный опросник FPI (модифицированная форма В), шкалу оценки уровня ситуационной тревожности Ч. Спилбергера и Ю. Ханина, методику исследования копинг-стратегий А. Лазаруса.

Для статистической обработки информации был использован пакет прикладных программ Stat Soft Statistic 7.0 с применением непараметрических методов (*U*-критерий Манна—Уитни для независимых выборок, коэффициент ранговой корреляции *r* Спирмена).

В таблицах результаты представлены в виде $M \pm m$, где *M* — среднее арифметическое значение, *m* — ошибка среднего. Различия считали значимыми при уровне $p < 0,05$.

Результаты

При сравнительном анализе данных опросника FPI экспериментальной и контрольной групп были получены статистически значимые различия ($p < 0,05$): повышение показателей по шкалам невротичности, депрессивности, раздражительности, застенчивости и эмоциональной лабильности у больных ВЭ, снижение показателей по шкале общительности. Выявлены тенденции к повышению показателей по шкале спонтанной агрессивности и снижению по шкале уравновешенности (табл. 1).

Обнаруженные нарушения в эмоционально-личностной сфере могут быть связаны с реакцией пациента на заболевание и обусловлены неудовлетворением значимых для личности потребностей. Состояние депривации, которое испытывают больные височной эпилепсией, способно приводить к изменению в системе ценностей, в соответствии с которыми больные выстраивают свою дальнейшую жизнь. Чувство отчаяния и отчуждения может привести к агрессивным тенденциям в межличностных отношениях либо к полному уходу от контактов. Возникает предположение, что регистрируемые отклонения в эмоционально-личностной сфере, вызванные эпилепсией, со временем могут оказывать влияние на течение самой болезни и усугублять качество жизни пациентов.

При обработке данных по методике выявления копинг-стратегий А. Лазаруса методами математической статистики были выявлены статистически значимые различия между экспериментальной и контрольной группами (при $p < 0,05$) по шкалам дистанцирования, планирования решения и положительной переоценки (табл. 2).

Таблица 1

Показатели по шкалам опросника FPI в экспериментальной и контрольной группах ($M \pm m$)

Шкала опросника FPI	Группа		Уровень значимости
	экспериментальная	контрольная	
Невротичность	7,30 ± 0,26*	5,15 ± 0,20	$U = 37; p = 0,00$
Спонтанная агрессивность	5,90 ± 0,64	4,65 ± 0,35	$U = 142; p = 0,11$
Депрессивность	6,30 ± 0,36*	4,45 ± 0,23	$U = 77,5; p = 0,00$
Раздражительность	6,40 ± 0,41*	5,40 ± 0,31	$U = 129,5; p = 0,05$
Общительность	4,00 ± 0,42*	5,35 ± 0,43	$U = 115; p = 0,01$
Уравновешенность	5,05 ± 0,51	6,20 ± 0,36	$U = 145,5; p = 0,13$
Реактивная агрессивность	6,00 ± 0,39	6,45 ± 0,35	$U = 157,5; p = 0,24$
Застенчивость	7,35 ± 0,33*	4,50 ± 0,24	$U = 26,5; p = 0,00$
Открытость	7,10 ± 0,53	7,05 ± 0,43	$U = 184; p = 0,65$
Экстраверсия-интроверсия	4,85 ± 0,39	5,35 ± 0,34	$U = 148; p = 0,14$
Эмоциональная лабильность	6,10 ± 0,52*	4,15 ± 0,35	$U = 102; p = 0,00$
Маскулинность-фемининность	5,15 ± 0,37	4,55 ± 0,37	$U = 139; p = 0,09$

* Здесь и в табл. 2, 3 достоверные различия при сравнении с контрольной группой.

Таблица 2

Средние значения по шкалам опросника А. Лазаруса в экспериментальной и контрольной группах ($M \pm m$)

Шкала опросника	Группа		Уровень значимости
	экспериментальная	контрольная	
Конфронтативность	0,56 ± 0,03	0,49 ± 0,03	$U = 149; p = 0,15$
Дистанцирование	0,56 ± 0,02*	0,44 ± 0,03	$U = 113; p = 0,01$
Самоконтроль	0,52 ± 0,02	0,54 ± 0,02	$U = 182,5; p = 0,60$
Социальная поддержка	0,65 ± 0,03	0,68 ± 0,01	$U = 189,5; p = 0,76$
Принятие ответственности	0,64 ± 0,03	0,60 ± 0,02	$U = 173; p = 0,44$
Бегство (уход от проблемы)	0,56 ± 0,04	0,54 ± 0,04	$U = 184,5; p = 0,67$

Планирование решения	$0,57 \pm 0,03^*$	$0,66 \pm 0,03$	$U = 131,5; p = 0,05$
Положительная переоценка	$0,40 \pm 0,03^*$	$0,62 \pm 0,02$	$U = 28,5; p = 0,00$

Обсуждение

С учетом полученных результатов можно сделать вывод, что одинаково часто как здоровые люди, так и больные ВЭ прибегают к конфронтативному копингу, стратегиям самоконтроля, социальной поддержки, принятия ответственности и бегства. Однако чаще они используют копинг-стратегию дистанцирования и реже, чем здоровые, прибегают при решении проблем к планированию и положительной переоценке ситуации. То есть больные височной эпилепсией чаще отдают предпочтение неконструктивным способам решения стрессовых ситуаций и реже конструктивным, адаптивным или эффективным способом совладания со стрессом в отличие от здоровых людей.

Таким образом, для больных ВЭ характерны конфликтность, агрессивные тенденции при решении проблемных ситуаций, а также активность в утверждении своей позиции. При этом демонстрируются попытки отделиться и проигнорировать решение проблем, которые ведут к нарушениям в различных сферах жизни, а если такие нарушения уже имеются, то к их усугублению. При этом они не стремятся сознательно анализировать и изменять ситуацию или искать положительную оценку сложившимся обстоятельствам.

Сравнительный анализ двух выборок показал, что для больных эпилепсией свойственно значительное повышение показателей ситуационной тревожности в сравнении со здоровыми лицами (табл. 3). Выявленные различия статистически значимы.

Таблица 3

Результаты сравнительного анализа данных ситуационной тревожности экспериментальной и контрольной групп ($M \pm m$)

Экспериментальная группа	Контрольная группа	Уровень значимости
$3,14 \pm 0,08^*$	$2,83 \pm 0,04$	$U = 108,5; p = 0,01$

Результаты настоящего исследования находят свое подтверждение в других работах, которые отмечают высокую частоту тревожного расстройства при эпилепсии. Данное нарушение может быть обусловлено страхом повторных приступов, опасениями за свою жизнь и физическое здоровье, а также переживаниями, связанными с ограничением функционирования в обществе. При реабилитации больных ВЭ необходимо

учитывать уровень выраженности тревоги, так как данное нарушение может отрицательно влиять на качество жизни пациентов и приводить к депрессивным и суицидальным тенденциям.

Следующим этапом эксперимента был анализ корреляционных связей между показателями личностных особенностей и копинг-стратегиями. По результатам опросников FPI и А. Лазаруса были получены статистически достоверные положительные корреляционные связи между показателями эмоциональной лабильности и конфронтативным копингом ($r = 0,63; p = 0,002$), а также эмоциональной лабильностью и стратегией самоконтроля ($r = 0,62; p = 0,003$). Следовательно, чем выше у больных уровень эмоциональной лабильности, тем выше вероятность использования конфронтативного копинга и стратегии самоконтроля. Также была выявлена достоверная отрицательная корреляционная связь между эмоциональной лабильностью и стратегией положительной переоценки ($r = -0,52; p = 0,01$), что указывает на то, что чем выше у пациентов с ВЭ уровень эмоциональной лабильности, тем меньше они прибегают к стратегии положительной переоценки.

Установлены положительные корреляционные связи между уровнем невротичности и копинг-стратегией «дистанцирование» ($r = 0,64; p = 0,002$), застенчивостью и дистанцированием ($r = 0,47; p = 0,03$), уровнем депрессивности и стратегией самоконтроля ($r = 0,54; p = 0,01$). Следовательно, чем выше невротичность и застенчивость, тем больше стремление избегать и отстраняться от проблемной ситуации, а также чем выше уровень депрессивности, тем больше стремление контролировать свои эмоции и действия и анализировать сложившуюся ситуацию. Наибольшее количество положительных корреляционных связей обнаружено у показателя опросника FPI «раздражительность» с показателями копинг-стратегий «дистанцирование» ($r = 0,63; p = 0,002$), «самоконтроль» ($r = 0,63; p = 0,002$), «социальная поддержка» ($r = 0,57; p = 0,008$). То есть при возрастании раздражительности больные височной эпилепсией стремятся как можно быстрее отстраниться от проблемы, усиливают контроль над собой, но при этом стремятся к поиску помощи и поддержки в социуме.

Кроме указанных достоверных связей между показателями двух опросников FPI и копинг-стратегий А. Лазаруса статистическая обработка данных продемонстрировала наличие корреляционных связей между показателями эмоционально-личностной сферы лиц, страдающих ВЭ. Выявлены положительные корреляционные связи между показателями эмоциональной лабильности и уровнем невротичности ($r = 0,8$; $p = 0,00$), уровнем спонтанной агрессивности ($r = 0,68$; $p = 0,00$), депрессивностью ($r = 0,91$; $p = 0,00$), раздражительностью ($r = 0,92$; $p = 0,00$), реактивной агрессивностью ($r = 0,6$; $p = 0,005$) и открытостью ($r = 0,76$; $p = 0,00$). Можно сделать вывод, что выраженная неустойчивость эмоционального состояния приводит к увеличению уровня невротичности, усилению спонтанной и импульсивной агрессивной реакции, высоким показателям депрессивности и высоким оценкам аффективного реагирования, а также создает предпосылки к установлению доверительных отношений во взаимодействии с окружающими людьми при высоком уровне самокритичности.

Одновременно были установлены положительные корреляционные связи между уровнем реактивной агрессивности и депрессивности ($r = 0,74$; $p = 0,00$) и раздражительностью ($r = 0,57$; $p = 0,007$): чем выше оценки агрессивного отношения к социальному окружению с выраженным стремлением доминировать, тем выше показатели депрессивности и раздражительности. При этом выявленная отрицательная корреляционная связь между спонтанной агрессивностью и общительностью ($r = -0,53$; $p = 0,01$) указывает лишь на то, что высокий уровень агрессивного отношения к социальному окружению снижает оценки по шкале общительности. Подобного рода тенденции в поведении больных височной эпилепсией могут объяснять затруднения и низкий уровень эффективности при реабилитации пациентов.

Корреляционный анализ показателей опросника копинг-стратегий А. Лазаруса установил достоверные положительные корреляционные связи между стратегиями социальной поддержки и принятием ответственности ($r = 0,58$; $p = 0,006$), между социальной поддержкой и бегством ($r = 0,68$; $p = 0,00$). Можно предположить, чем чаще больные височной эпилепсией прибегают к поиску поддержки в социуме, тем чаще они осознают проблему и начинают активный поиск ее решения. Но это является лишь одним вариантом развития ситуации, так как высокий уровень поиска социальной поддержки может приводить к абсолютно

противоположным результатам. А именно: пациенты, находя поддержку в социуме, не всегда готовы решать проблемную ситуацию, иногда наиболее выгодным для них является уход (избегание) от проблемы. Данный способ совладания со стрессом определяется как неконструктивный, так как предполагает избыточное использование алкоголя, еды и курения для улучшения собственного самочувствия. Вероятно, это может объяснять тот факт, что примерно 30% больных эпилепсией, проходящих лечение в стационаре, страдают алкоголизмом.

Заключение

Полученные в ходе настоящего исследования результаты подтверждают необходимость раннего выявления нарушений аффективного спектра у пациентов с височной эпилепсией, так как их наличие и высокий уровень приводят к изменению способов совладания со стрессом, что, в свою очередь, ведет к ограничениям в социальной сфере.

Таким образом, подтверждается крайняя необходимость участия клинических психологов в диагностике и реабилитации лиц, страдающих височной эпилепсией. Важно отметить, что помощь пациентам с данным заболеванием должна оказываться своевременно и совместно специалистами как неврологического профиля, так и клиническими психологами и социальными работниками, что позволит достичь высокого уровня эффективности лечения и улучшить качество жизни больных.

Результаты проведенного клинико-психологического исследования лиц, страдающих височной эпилепсией, позволили сделать следующие выводы:

1. Для больных ВЭ свойственны нарушения эмоционально-личностной сферы, о чем свидетельствует профиль личности пациентов. В данном профиле на первый план выступают высокие показатели по шкалам невротичности, застенчивости, открытости, депрессивности, спонтанной и реактивной агрессивности. Наименее свойственно данной категории больных проявлять социальную активность. Более половины из них (55%) имеют высокий уровень ситуационной тревожности.

2. Анализ результатов опросника А. Лазаруса показал, что в иерархии копинг-стратегий, которыми пользуются пациенты с ВЭ, наибольшее предпочтение отдается стратегиям социальной поддержки, принятия ответственности, самоконтроля и ухода от проблем-

ной ситуации. На последнем месте стоит стратегия положительной переоценки.

3. Сравнительный анализ экспериментальной и контрольной групп показал, что существуют достоверные статистические различия по шкалам невротичности, депрессивности, раздражительности, общительности, застенчивости и эмоциональной лабильности. Для лиц, страдающих ВЭ, характерен более высокий уровень невротичности, депрессивности, раздражительности и эмоциональной лабильности и низкий уровень общительности, чем для здоровых людей. Определены статистически значимые различия в выборе копинг-стратегий между больными и здоровыми. Наиболее часто больные прибегали к стратегии дистанцирования и реже, чем здоровые, использовали стратегии планирования решения и положительную переоценку ситуации. Анализ уровня ситуационной тревожности в группе больных ВЭ и здоровых людей показал наличие статистически значимых различий. Для пациентов с ВЭ наиболее характерно проявление высокого уровня ситуационной тревожности.

4. Корреляционный анализ показал наличие большого количества статистически достоверных связей. Наиболее важными оказались корреляции между особенностями личности больных эпилепсией и используемыми ими копинг-стратегиями. Выявлена положительная корреляционная связь между уровнем эмоциональной лабильности и конфронтативной копинг-стратегией и эмоциональной лабильностью и стратегией самоконтроля. Анализ данных установил статистически достоверную отрицательную корреляцию между уровнем эмоциональной лабильности и стратегией положительной переоценки. Определены положительные корреляции между показателями невротичности и стратегией дистанцирования, а также застенчивостью и дистанцированием. Отрицательная корреляция обнаружена между спонтанной агрессивностью и общительностью.

Таким образом, гипотеза, сформулированная в начале работы, нашла свое подтверждение в ходе исследования. Установлена взаимосвязь между особенностями эмоционально-личностной сферы лиц, страдающих ВЭ, и используемыми копинг-стратегиями.

Полученные в ходе исследования результаты необходимо учитывать при организации психологической интервенции больных ВЭ. Реабилитационные мероприятия у данного контингента должны проводиться совместно специалистами разных направлений — специалистами неврологического профиля, клиническими психологами и социальными работниками, что позволит повысить качество медицинской помощи и положительно скажется на качестве жизни больных височной эпилепсией.

Литература

1. Бегги Э., Монтичелли М.Л. Диагностика и лечение эпилепсий у детей. М.: Можайск-Терра, 1997. 656 с.
2. Гехт А.Б., Мильчакова Л.Е., Чурилин Ю.Ю. и др. Эпидемиология эпилепсии в России // Эпилепсия: прил. к журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2006. № 1. С. 3—7.
3. Гехт А.Б., Шпрах В.В., Кабаков Р.А., Голованова И.В. Эпилепсия в Восточной Сибири [Электронный ресурс] // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2004. № 6. Режим доступа: www.mediasphera.ru.
4. Дзяк Л.А., Зенков Л.Р., Кириченко А.Г. Эпилепсия. Киев: Книга-плюс, 2001. С. 168.
5. Добрынина Л.А., Калашикова Л.А. Фармакотерапия эпилепсии у взрослых // Неврология и психиатрия. 2003. № 25. С. 15—21. Европейская декларация по эпилепсии от 25 октября 1998 г.
6. Железнова Е.В., Максимова Э.Л. Непсихотические психические расстройства при эпилепсии // Неврология и психиатрия. 2005. № 25. С. 9—15.
7. Зенков Л.Р. Лечение эпилепсии. М.: Ремедиум, 2001. 168 с.
8. Зенков Л.Р. Клиническая эпилептология (с элементами нейрофизиологии). М.: Мед. информ. агентство, 2002. 416 с.
9. Карлов В.А. Эпилептическая энцефалопатия // Журн. неврологии и психиатрии. 2006. № 2. С. 4—12.
10. Лебедева А.В. Особенности депрессии у пациентов с эпилепсией // Рус. мед. журн. Неврология и психиатрия. 2007. № 10. С. 21—28.
11. Максимова Э.Л. Психопатология при эпилепсии // Современная психиатрия. Эпилепсия (спец. выпуск). 1999. Т. 7, № 5. С. 4—9.
12. Морозов П.В. Вальпроат в лечении эпилепсии [Электронный ресурс] // Психиатрия и психофармакотерапия. 2004. Т. 6, № 1. Режим доступа: www.consilium-medicum.com
13. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Избранные главы [Электронный ресурс]. Режим доступа: www.bookap.by.ru
14. Яковлева Ю.А. Формирование психических нарушений при эпилепсии // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. 2007. Т. 4, № 2. С. 12—18.

Поступила в редакцию 16.12.2010 г.

Утверждена к печати 21.02.2011 г.

Сведения об авторах

Е.В. Каравая — старший преподаватель кафедры клинической психологии и психотерапии СибГМУ (г. Томск).

Караева Е.В., Островская А.В., Катаева Н.Г.

Исследование эмоционально-личностной и поведенческой сфер...

Н.Г. Катаева — д-р мед. наук, профессор кафедры неврологии и нейрохирургии СибГМУ (г. Томск).

А.В. Островская — клинич. психолог кафедры клинической психологии, психотерапии и социальной работы СибГМУ (г. Томск).

Для корреспонденции

Караева Елена Вениаминовна, e-mail: karavaev38@mail.ru

Катаева Надежда Григорьевна, тел./факс: (382-2) 53-20-50; e-mail: nadi-51@yandex.ru