Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова

14.00.18 – психиатрия

# На правах рукописи

**КАТАМНЕЗ ЛИЦ, УВОЛЕННЫХ ИЗ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Диссертация

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Марченко Андрей Александрович

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

профессор В.К.ШАМРЕЙ

Санкт-Петербург 2003 г.

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВВЕДЕНИЕ

Глава 1. О ПРОГНОЗЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ (Обзор литературы)

1.1 Пограничные психические расстройства: современное состояние проблемы

1.2 Многоосевые систематики в психиатрии

1.2.1 Основные диагностические оси многомерных психиатрических систематик

1.2.2 Прогностическая значимость психопатологических проявлений (феноменологическая диагностическая ось)

1.2.3 Уровневая диагностическая ось

1.2.4 Функциональная диагностическая ось

1.2.5 Психосоциальная диагностическая ось

Глава II. ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ, МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Характеристика контингента больных

2.2 Основные методы исследования

2.2.1 Клинико-катамнестический метод

2.2.2 Клинико-психопатологический метод

2.2.3 Уровневая оценка психического состояния

2.2.4 Функциональная оценка психического состояния

2.2.4.1 Диагностика типа приспособительного поведения

2.2.4.2 Исследование особенностей психологической адаптации

2.2.5 Оценка качества социальной адаптации

2.2.6 Статистическая обработка данных

Глава III. ДИНАМИКА ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ

3.1 Динамика пограничных психических расстройств у лиц, уволенных из Вооруженных Сил

3.2 Зависимость качества социальной адаптации от нозологической принадлежности заболевания

3.3 Зависимость качества социальной адаптации от синдромологической структуры заболевания

Глава IV. КАТАМНЕЗ БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ РАЗНОЙ ВЫРАЖЕННОСТИ

4.1 Динамика пограничных психических расстройств по данным объективной (экспертной) оценки тяжести состояния

4.2 Симптоматология пограничных психических расстройств по данным субъективной оценки состояния

4.3 Структура расстройств в катамнезе больных с различной тяжестью состояния на госпитальном этапе

4.4 Зависимость выраженности психических расстройств в катамнезе от тяжести состояния в инициальном периоде заболевания

4.5 Социальная адаптация больных с различной выраженностью расстройств в инициальном периоде болезни

Глава V. КАТАМНЕЗ БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ПРИСПОСОБИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

5.1 Экспериментально-психологические маркеры типа приспособительного поведения

5.2 Распределение больных по ТПП на разных этапах обследования

5.3 Зависимость выраженности психических расстройств от типа приспособительного поведения

5.4 Социальная адаптация больных с разными типами приспособительного поведения

5.5 Исходы пограничных психических расстройств у больных с разными типами приспособительного поведения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ВЫВОДЫ

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

ПРИЛОЖЕНИЯ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

|  |  |
| --- | --- |
| ВВК  | - военно-врачебная комиссия |
| ВС  | - Вооруженные Силы |
| ДТПП | - дезадаптивный тип приспособительного поведения |
| ЗТМ | - закрытая травма мозга |
| КК  | - коэффициент корреляции |
| КТПП | - конструктивный тип приспособительного поведения |
| МКБ  | - Международная классификация болезней |
| МО  | - Министерство обороны |
| МПЗ | - механизмы психологической защиты |
| НПА  | - тест "Нервно-психическая адаптация" |
| НТПП | - неопределенный тип приспособительного поведения |
| ОВКГ  | - окружной военный клинический госпиталь |
| ПБ  | - психиатрическая больница |
| ПНД  | - психоневрологический диспансер |
| ППР | - пограничные психические расстройства  |
| РТПП | - регрессивный тип приспособительного поведения |
| РЛ | - расстройства личности |
| СА  | - социальная адаптация |
| СОС | - тест "Субъективная оценка состояния" |
| ТПП  | - тип приспособительного поведения |
| ЧМТ | - черепно-мозговая травма |
| DSM-III-R  | - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition Revised |
| DSM-IY  | - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition |
| GAF  | - Шкала обобщенной оценки функционирования |

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность работы

Известно, что для современного этапа развития общества характерно ускорение темпов жизни во всех ее сферах (социально-экономической, научно-технической, культурной и т.д.), которое, по мнению П.К.Анохина (1975), создает предпосылки для "роста невротизации и личностных отклонений". Ежегодно отмечается увеличение количества больных с пограничными состояниями в населении, принадлежащего к различным стратификационным слоям (Корнилов А.А., 1981; Шамрей В.К., 1998), этническим группам (Семке В.Я., 1999; Hagnell O. et al., 1994), возрастным категориям, и в особенности, к подростковой субпопуляции (Чубаровский В.В., Карпова Г.Л., 2001; Gunderson E., Hourani L.L., 2001). Их распространенность достигает 60-80%, при этом многие авторы указывают на сложность диагностики и дифференциации расстройств этой группы (Богдан М.Н., 1998; Александровский Ю.А., 2000). Большинство исследователей подчеркивает социогенный патоморфоз пограничной патологии (Гиндикин В.Я., 1997; Краев В.А. и соавт., 2000) с отчетливой тенденцией к затяжному, рецидивирующему течению, соматизации и полисиндромности клинической картины (Макеев В.И., 1998; Van Reekum R. et al., 1996). При этом, лишь около 40 % больных получают медицинскую помощь (Kessler R.C. et al., 1994; Hourani LL, Yuan H., 1999), несмотря на наличие у них высокого суицидального риска (Cheng A.T. et al., 1997) и значительный процент инвалидизации (Upmark M. et al., 1999).

Подобные явления характерны и для психической заболеваемости в Вооруженных Силах, что в значительной степени обусловлено ухудшением качества призывного контингента (Куликов В.В. и соавт., 1998; Петухов Ю.Л., 2002). Деструктивные формы поведения стали чаще отмечаться в подростковом возрасте (Попов Ю.В., 2002). Почти половина молодого пополнения 1997 года употребляла до призыва спиртные напитки, причем, 12% - регулярно; 8 % - пробовали наркотики (Шамрей В.К., Лытаев А.А., 2002). У 35 % призывников выявляется резидуально-органическая церебральная патология с нарушениями в эмоциональной и поведенческой сферах (Виноградова Р.Н. и соавт., 2000). В докладе Центра экономических и политических исследований "Социальная политика в России" (1997) отмечено, что склонность к суицидным проявлениям выявляется у 7 % призывников. Продолжается падение образовательного уровня: если в 80-х годах высшее и среднее образование имело свыше 90 % молодого пополнения, то в 1995 году число таких призывников едва превысило 70 %.

Формирование пограничных психических расстройств у военнослужащих связывают с падением престижа военной службы, снижением мотивации к ней (Нечипоренко В.В., Шелепова Е.В., 1995; Florkovsky A., 1994). Развитие пограничных расстройств в период военной службы, с одной стороны, обусловлено сложностями жизненного уклада, высокой ответственностью за свою деятельность, отрывом от семьи, сменой привычного круга общения и необходимостью вступления в новый коллектив. Следует учитывать и отмечающееся в последние годы ухудшение материального обеспечения военнослужащих, не укомплектованность воинских частей личным составом, бездуховность, жестокость, насилие, ориентацию на достижение личных корыстных целей, характерные для многих современных молодежных групп (Попов Ю.В., 2002). В относительно изолированных воинских коллективах сочетание этих факторов нередко способствует формированию особенно уродливых форм, за которыми закрепилось название "неуставные взаимоотношения". Это порождает у части военнослужащих беспокойство, субъективное ощущение уязвимости и незащищенности, общую неуверенность в своем существовании. Необходимо отметить, что с этими трудностями сталкиваются 18-летние подростки.

В целом, среди заболеваний, по которым военнослужащие признавались негодными и ограниченно годными к военной службе, психические расстройства составляют 34.7 % и занимают первое место (Куликов В.В. и соавт., 1998). При этом, в структуре психических заболеваний у военнослужащих, госпитализированных в психиатрический стационар, распространенность пограничных состояний достигает 95 % (Нечипоренко В.В., Шелепова, 1995). Сопоставимые данные получены при обследовании призывников в США, где психическими и нервными болезнями страдают 6,2 % обследованного контингента, а госпитализации подлежат 7,1 % (Hourani L.L., Yuan H., 1999; Gunderson E., Hourani L.L., 2001).

Вместе с тем, имеются лишь отдельные сведения о катамнезе лиц, уволенных из Вооруженных Сил в связи с пограничными состояниями. Ряд авторов отмечают высокую степень социальной дезадаптации этих лиц после их увольнениях: более 25 % из них совершает уголовные преступления, многие злоупотребляют алкоголем и наркотическими веществами, тунеядствуют, не способны создать и поддерживать отношения в семье (Палатов С.Ю., 1999; Пережогин Л. О., 2000).

Следует отметить также, что, несмотря на почти столетнюю историю изучения прогностической значимости различных факторов (Буянов М.И., 1971), убедительных критериев прогноза, как свидетельствуют катамнестические и лонгитудинальные исследования (Лакосина Н.Д., Трунова М.М., 1994; Нечипоренко В.В., Шелепова Е.В., 1995; Seivewright N. et al. 2000; Stone M., 2000), разработать не удалось.

В качестве перспективного направления повышения валидности прогностических заключений многие авторы (Краснов В.Н., 1998; Скорик А.И., 2000; Рустанович А.В., 2000; Pavkov T.W. et al., 1989; Seligman L., 1990) указывают на необходимость внедрения многоосевых подходов к оценке состояния больных. Данная методология предполагает оценку не только клинической картины заболевания, но и выраженности расстройств, а также особенностей приспособительного поведения больных. Подобные исследования проведены в рамках изучения шизофрении (Костюк Г.П., Рустанович А.В., 2000), алкоголизма (Кутушев О.Т., 2001), аффективных расстройств (Арбузов А.Л., 2002). В области пограничной психиатрии, однако, подобных работ не проводилось.

Поэтому, целью работы явилосьизучение структуры и выраженности психических расстройств, а также качества социальной адаптации лиц, уволенных из Вооруженных Сил в связи с пограничными психическими расстройствами.

Для достижения цели были сформулированы следующие задачи:

1. Изучить зависимость показателей катамнеза от клиники психических расстройств инициального периода болезни.

2. Проанализировать динамику психического состояния и качество социальной адаптации военнослужащих с разной выраженностью расстройств на начальном этапе заболевания.

3. Оценить влияние типа приспособительного поведения больных в инициальном периоде пограничных психических расстройств на дальнейшее течение заболевания.

4. Сопоставить информативность феноменологической, уровневой и функциональной диагностических осей для прогноза состояния лиц с пограничными психическими расстройствами.

Научная новизна.

Впервые с позиций многоосевой диагностики проведено изучение соотношения психопатологической структуры, выраженности психических расстройств и особенностей приспособительного поведения в инициальном периоде пограничных психических расстройств, а также влияние этих факторов на дальнейшее течение заболевания и социальную адаптацию больных. На основании изучения катамнеза показано, что у больных, уволенных из Вооруженных Сил с пограничными состояниями, в части случаев сохраняются психопатологические расстройства, препятствующие оптимальному уровню социальной адаптации. При этом установлено, что наряду с собственно психопатологическими проявлениями инициального этапа заболевания, течение заболевания обнаруживает отчетливую зависимость от таких "непсихопатологических" параметров состояния, как выраженность (тяжесть) расстройств и структура личностных особенностей больных, определяющая тип приспособительного поведения. Изучено соотношение прогностической значимости диагностических векторов в структуре многомерной оценки психического состояния, уточнены диагностические критерии типологии приспособительного поведения.

Практическая ценность.

Результаты проведенных исследований позволяют в условиях ограниченного времени обследования (например, в практике экспертной работы) не только осуществить диагностику, но и определить прогноз психического состояния и качества социальной адаптации больных. Последнее обстоятельство имеет практическое значение при разработке комплексных медико-социальных рекомендаций по профилактике хронизации болезненных проявлений.

Проведенные исследования обосновывают целесообразность использования: шкалы "GAF" для оценки выраженности (тяжести) психических расстройств на начальном этапе пограничных психических расстройств; типологии приспособительного поведения с выделением конструктивного, регрессивного и дезадаптивного типов для характеристики адаптивного поведенческого реагирования больных с пограничными состояниями.

Использование полученных данных будет способствовать: проведению дифференцированного анализа психического состояния больных с пограничными состояниями, поступающих в психиатрические отделения военных госпиталей на обследование, лечение и освидетельствование для определения степени годности к службе в Вооруженных Силах; объективизации принятия диагностических и экспертных решений; разработке системы мероприятий по профилактике психической и социальной дезадаптации лиц, страдающих пограничными психическими расстройствами.

Апробация работы и реализация полученных результатов

Полученные данные используются в научной, педагогической и лечебной деятельности кафедры психиатрии ВМедА. Материалы диссертации доложены и обсуждены на научно-практических конференциях "Актуальные проблемы современной клинической медицины" (Подольск, 2001 г.), "Актуальные проблемы клинической и экстремальной психиатрии" (Санкт-Петербург, 2001 г.), "Война и психическое здоровье" (Санкт-Петербург, 2002 г.), "Психическое здоровье детей и подростков и проблемы зависимости от психоактивных веществ" (Орехово-Зуево, 2003), "Бехтеревские чтения" (Киров, 2003 г.).

По теме диссертационного исследования опубликовано 7 печатных работ. Материалы диссертации использованы при составлении отчета о НИР Военно-медицинской академии по теме № 2.99.259 п.12.

Результаты работы применяются при проведении учебных занятий с курсантами факультетов подготовки врачей и слушателями факультета руководящего медицинского состава ВМедА, а также в практике лечебно-диагностической работы и военно-врачебной экспертизы в клинике психиатрии Военно-медицинской академии и в психиатрическом отделении 442 окружного военного клинического госпиталя.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Динамика пограничных психических расстройств и социальный прогноз военнослужащих, уволенных из Вооруженных Сил, обнаруживают зависимость от клинико-психопатологических особенностей начального периода заболевания (феноменологическая диагностическая оси), но определяются ими не в полной мере.

2. При первичной диагностике пограничных психических расстройств целесообразно, наряду с психопатологическим анализом состояния (феноменологическая ось), учитывать также выраженность расстройств (уровневая ось) и особенности приспособительного поведения больных (функционально-диагностическая ось).

3. Катамнестические показатели при невротических расстройствах определяются, преимущественно, синдромологической структурой патологии и типом приспособительного поведения в начальном периоде заболевания. При расстройствах личности прогноз обнаруживает большую зависимость от показателей по функциональной и уровневой диагностическим осям, а при органических психических расстройствах – от феноменологических характеристик заболевания и тяжести психического состояния при выписке из психиатрического стационара.

Объем и структура работы.

Диссертация состоит из пяти глав, введения, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений. Содержит 44 таблицы, 9 рисунков и 9 клинических наблюдений. Общий объем 213 страниц, из них машинописного текста – 151 страница. Список литературы включает 164 отечественных и 155 зарубежных источников.

**Глава I. О ПРОГНОЗЕ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

(Обзор литературы)

Считается, что диагностика в психиатрии призвана "не только идентифицировать то или иное состояние.., но и определить его прогноз" (Семичев С.Б., 1985), а "прогноз должен стать таким же обязательным слагаемым каждой истории болезни, как и диагноз" (Лихтерман Л. Б. и соавт., 1993). Адекватное прогнозирование состояния, по мнению М.И.Буянова (1971), невозможно без использования катамнестического метода, который является "одним из наиболее трудоемких, но в то же время одним из наиболее объективных". Как писал Ю.В.Каннабих (1929), еще Э.Крепелин придавал большое значение катамнестическому методу и неоднократно указывал, что все разговоры о кризисе нозологического направления в психиатрии прекратятся, как только будут проведены серии исследований с максимальной продолжительностью катамнеза. Вместе с тем, несмотря на почти столетнюю историю катамнестических и лонгитудинальных исследований в области пограничных расстройств (первая подобная работа была опубликована еще в 1910 г.), система представлений о пограничных психических расстройствах весьма далека от завершения.

1.1 Пограничные психические расстройства: современное состояние проблемы

Поиск универсальной модели, объясняющей причины возникновения и характер течения пограничных психических расстройств, привел к появлению разнообразных концепций, многие из которых стали неотъемлемым элементом современной культуры. Так, З.Фрейд считал (1991), что симптомы чаще формируются вследствие подавления сексуальной жизни, К.Юнг полагал (1994), что в основе ППР лежит вторжение комплексов бессознательного в сознание, О.Mowrer (1940) и H.Sullivan (1947) - что источниками неврозов являются страх перед обществом; О.Rank (1929) рассматривал невроз, как внутренний конфликт между стремлением к автономии и ее боязнью, А.Adler (2000) – как компенсацию комплекса неполноценности, В.Франкл (2000) – как последствия "экзистенциального вакуума". Карен Хорни (2000) синтезировала ранее разрозненные представления в общую теорию пограничных расстройств, как проявлений внутриличностных конфликтов. При этом, она развивала постулат Э.Кречмера о "ключевом переживании", подчеркивая, однако, приоритетное значение подавления враждебности. В отечественной психиатрии подобные исследования проводились В.Н.Мясищевым (2000), Б.С.Братусем (2000), Д.Н.Узнадзе (2000) и целым рядом других, не менее известных, ученых, в результате чего список различных концепций пополняется, практически, ежегодно. Из последних работ упомянем ставшую развитием представлений о "биологической почве" (Сухарева Г.Е., 1959) концепцию функционального барьера психической адаптации Ю.А.Александровского (2000), построенную на изучении отношений между поиском новизны, предотвращением вреда, зависимости от награды и стремлением к стабильности нейробиологическую модель патологии личности Клонингера (Cloninger C.R. 2000; Maggini C. et al., 2000), антиципационную теорию неврозов В.Д.Менделевича (2002) и т.п.

В последнее время широко обсуждается дименсиональная концепция "психопатологических континуумов" (Банников Г.С., 1998; Galynker I. et al., 1996; Lenzenweger M.F., 1999; van Velzen C.J. et al., 2000; Gordon P., 2000; Miller J.D. et al., 2001) в рамках патологии пограничного регистра, однако и данный подход не позволяет решить многие вопросы динамики пограничных состояний. Отсутствие четких критериев выраженности расстройств, недостаточная конкретность понятий "норма" и "патология", "компенсация" и "декомпенсация" и т.п., в настоящее время не позволяют использовать предлагаемый подход в клинической, и тем более экспертной практике.

До сих пор дискутируется вопрос о соотношении биологического и социального в генезе ППР (Воробьев В. Ю. и соавт., 2000). Рядом авторов подчеркивается облигатное наличие органической предиспозиции к ППР у военнослужащих (Демьянов А. В., Глазунова Т. И., 2000). Перинатальную патологию у 66 % военнослужащих с ППР, направленных на военно-врачебную экспертизу, выявляют Т.И.Туревский и соавт. (2000). Морфологические отличия подкорковых структур, в частности миндалины и гиппокампа у лиц с ППР выявили M. Driessen et al. (2000), различия в особенностях церебрального кровотока у здоровых лиц и у больных с ППР – J.Intrator et al. (1997), в нейротрансмиттерной медиации – P. Soloff (1997), в уровнях биохимических показателей – P.Svanborg et al. (2000). Наличие органической предиспозиции включает в число критериев диагностики пограничных состояний Ю.А.Александровский (2000). В исследованиях М.И.Рыбалко (2000) показано, что генетические факторы на 70 % определяют развитие ППР. К подобному выводу приходит и J.Paris (1998), а S.Torgersen et al. (2000), уточняют, что наименьшее влияние наследственность оказывает на формирование патологии эксцентричного (A) кластера расстройств личности, умеренное – на расстройства эмоционально-лабильной группы (кластер B) и максимальное – на "избегающую" (C) группу.

С другой стороны, преимущественное влияние социокультуральных факторов на динамику эпидемиологических показателей и патоморфоз психических нарушений пограничного регистра отмечает А.Г.Сафронов (1997). В работе В.В.Чубаровского и соавт. (2000) показано увеличение распространенности данных расстройств в подростковой субпопуляции более чем в 1,5 раза за последние 10 лет, что авторы объясняют изменением социально-экономической формации. Многими авторами отмечается доминирующее значение для формирования ППР микросоциального окружения, и в первую очередь, семьи (Семке В.Я., 1999; Колчев А.И., 2002). В частности, по данным А.В.Солоненко (2000), негативные внутрисемейные отношения отмечаются почти у 2/3 призывников, направленных на ВВЭ. Неблагоприятное течение пограничных состояний, обусловленное нарушением микросоциальных коммуникаций выявили А.Д.Посвянская (2000) и K.S.Kendler et al. (2001), а ведущую роль семейной детерминации поведения для адаптации подростков с ППР показали Т. Н. Кальманович и соавт. (2000). Исследования, проведенные J.W.Coid (1999), подтвердили представления о вкладе психогенных факторов в формирование антисоциального и параноидного РЛ и показали несостоятельность выводов о конституциональной предрасположенности к шизоидному, избегающему и пограничному расстройствам.

Результаты изучений различных контингентов больных в рамках изменяющихся научных доктрин и парадигм способствовали пониманию глубинных механизмов развития пограничной патологии. Однако, в целом, остались не решенными как вопросы соотношения ситуационных факторов и "невротического" (К.Хорни, 2000), психопатического (Смулевич А.Б., 2000) характера, "почвы" (Сухарева Г.Е., 1959) или "диатеза" (Лопес Ибор Х., 1981; Воробьев В.Ю. и соавт., 2000; Bryant R.A. et al., 2001). Тем не менее, с учетом мнения В.Д.Менделевича и С.Л.Соловьевой (2002) о том, что "каждому времени и месту присущ свой невроз", становится более понятным прогноз А.А. Орловской, Н.М. Жарикова и А.С. Тиганова (2001): "несмотря на то, что в течение предыдущих столетий, благодаря усилиям психиатров всех стран, были описаны, вероятно, все основные психопатологические симптомы и синдромы, в том числе культуральные феномены, можно ожидать выявления и новых форм психических расстройств, особенно в области возрастной и пограничной психической патологии, в которой находит особенно яркое отражение постоянно изменяющаяся социальная среда (под ее патологическим влиянием, вероятно, будут возникать новые формы патологического развития личности, психосоматических и других расстройств)".

Таким образом, сложность и многофакторность природы пограничных психических расстройств, недостаточная очерченность их границ, широкая распространенностью не только в психиатрической практике, но и в практике интернистов, заметный клинический социогенный патоморфоз этих расстройств, происходящий в последние годы, а также необходимость разработки на базе исследований программы сохранения психического здоровья населения страны определяют насущную потребность в продолжении изучения этой группы патологических проявлений и систематизации накопленных данных (Семке В.Я., 1999; Casey P.R., Tyrer P., 1990; Hagnell.O. et al., 1994; Lilienfeld S.O., 1998). Впрочем, до настоящего времени не существует однозначного понимания, что же следует включать в группу пограничных расстройств.

В руководстве по раннему выявлению признаков нарушения здоровья указано, что под "пограничными состояниями следует понимать такие нарушения гомеостатических и компенсаторных механизмов, которые характеризуются обратимостью биохимических, морфологических и функциональных сдвигов, предшествующих появлению выраженных симптомов и признаков заболевания" (Койстрик К.Н. и соавт., 2002)

В англоязычной литературе понятие "пограничный" наполнено совершенно отличным содержанием, нежели в отечественных источниках: представители психоаналитического направления подразумевают под ним структурный уровень психодинамического конфликта (Adler G., 1985); в биологическом направлении психиатрии – это "мягкое" течение эндогенной патологии (Akiskal H.S, 1986; Stone M.H., 1993); в эклектической (Gunderson J.G. 1987; DSM-III-R, DSM-IV), биосоциальной (Winston A.P., 2000) и когнитивной моделях (Ryle A., 1997) – специфическое расстройство личности.

В отечественной психиатрии наблюдается перманентное расширение границ этой группы расстройств как в сторону эндогений (Смулевич А.Б., 2000), так и в сторону дифференциации невыраженных, начальных форм патологии, в результате чего в военной психиатрии появились концепции транзиторного расстройства личности (Нечипоренко В.В., Шелепова Е.В., 1995), предболезненных психогенно обусловленных расстройств (Курпатов В.И., 1998), комбатантной акцентуации (Лыткин В.М., 2001), радиационной психосоматической болезни (Литвинцев С.В., Рудой И.С., 2001). Определена нозоспецифическая типология психических расстройств при воздействии патогенных экологических факторов (Давыдовский И.В., Снежневский А.В., 1965), гермообъектов (Кузнецов О.Н., Лебедев В.И., 1972), условий неактинного освещения и темноты (Яхин К.К., 1979), специфичных региональных климато-географических факторов (Артемьев И.А., 1995), и т.п.

Существующее многообразие описанных нозологических форм отразилось в полиморфизме и некоторой эклектичности их систематик. Так, А. В. Снежневский (1972) относит к области малой психиатрии болезненные состояния родственников больных шизофренией, "легкие разновидности" этой болезни, патологическое развитие личности после перенесенного шизофренического приступа, психогенные и эндогенные невротические расстройства. По мнению В.К.Смирнова (1983), к пограничным расстройствам можно отнести группу состояний, "пограничных с психической болезнью", которая включает "неврозы, психопатии, а также наркомании, алкоголизм, психосоматические болезни и группу состояний, "пограничных с психическим здоровьем…- ряд психических изменений и отклонений, не достигавших уровня невроза или психопатии". В работе В.В.Нечипоренко и соавт. (2001) в группу расстройств пограничного уровня вошли "реактивные психозы, невротические состояния, неврозы и ПТСР, интоксикационные психозы, расстройства личности, наркомании и токсикомании". Систематизацию психопатических проявлений в виде психопатических синдромов предлагал Л.К. Хохлов (1984), уровней личностных расстройств – Л.Мехилане, Ю.Саарма (1985), конституционально-типологических признаков и клинико-психопатологических особенностей – Ю.А. Александровский (2000), в виде сочетанного использования категориального и дименсионального подходов - K.Nakao et al. (1999). В работе по уточнению классификации DSM-IV и подготовке к выпуску DSM-V D.Westen и J.Shedler (2000) предлагают выделение ряда новых форм, в частности, аддиктивного расстройства личности. Напротив, о возможности упрощения современной классификации расстройств личности сообщают, M.A.Paredes и C.S.Jerez (1993), J.Paris (1997), Morey L.C. et al. (2000) и P.Tyrer и J.Alexander (2001). Предлагается кластеризация личностных аномалий, объединяющая их на основе общих свойств темперамента, уровня энергетического потенциала, а также общности патохарактерологической структуры (Смулевич А. Б., 2000). Базирующуюся на примате инстинктивной направленности типологию личностных расстройств выдвигают С.А.Овсянников и Б.Д. Цыганков (2001).

Несмотря на исключение термина "невроз" из некоторых классификаций (Prasad A.J., 1989), по-прежнему продолжаются дискуссии по поводу места и значимости невротической патологии в современной психиатрии (Kitamura T. и соавт., 1997; Pukrop R. et al., 1998; Widiger T.A., 2000; Kopelman M.D., Fleminger S., 2002). Свой подход к систематизации этой патологии предлагает и H.Maeda (1993).

Основные критерии диагностики пограничных состояний, по мнению Ю.А.Александровского (2000), включают: 1) преобладание психопатологических проявлений невротического уровня, в первую очередь характерных эмоционально-аффективных расстройств, на всем протяжении заболевания,; 2) взаимосвязь собственно психических расстройств с вегетативными дисфункциями, нарушениями ночного сна и соматическими расстройствами; 3) ведущая роль психогенных факторов в возникновении и декомпенсации болезненных нарушений; 4) наличие, в большинстве случаев, органической предиспозиции (минимальных неврологических дисфункций мозговых систем), облегчающей развитие и декомпенсацию болезненных проявлений; 5) связь болезненных расстройств с личностно-типологическими особенностями больного; 6) сохранение больными критического отношения к своему состоянию и основным болезненным расстройствам. На основании трудов В.В. Ковалева Ю.С.Шевченко (2000) выводит следующее определение пограничных психических расстройств: это непроцессуальные состояния, обусловленные прежде всего механизмами психического дизонтогенеза (ретардация, асинхрония, возрастная дисфукция, высвобождение и фиксация онтогенетически более ранних форм нервно-психического реагирования) и имеющие определенные стереотипы динамики.

Исходя из перечисленных критериев, к пограничным состояниям обычно относят неврозы и психопатии (Краснушкин Е.К., 1960; Кербиков О.В., 1971; Фелинская Н.И., Личко А.Е., 1971; Ганнушкин П.Б., 1998). Вместе с тем, имеет место тенденция рассматривать в кругу пограничных расстройств психосоматические заболевания (Гиляровский В.А., 1954; Фрумкин Я.П., Лифшиц С.М., 1975), а также резидуально-органические неврозоподобные и психопатоподобные состояния (Ушаков Г.К., 1978; Ковалев В.В., 1981).

Существующую в отечественной психиатрии систему взглядов на проблему пограничных состояний характеризует, по мнению Д.Ю.Вельтищева и Ю.М.Гуревича (1999), следующие основные недостатки: излишняя жесткость разграничения невротических и неврозоподобных нарушений; широкое признание всего четырех "классических" форм неврозов, не исчерпывающих всего многообразия невротических расстройств; условность выделения эндогенных и психогенных заболеваний, которая абсолютизируют первичность внешнего ("психогенного") или внутреннего ("эндогенного") фактора. Несмотря на это, И. И. Сергеев (2000) считает, что, используя новую МКБ при проведении исследований по проблеме ППР, определении их прогноза и выборе терапии, следует сохранять и развивать достижения отечественной психиатрии, в том числе "признание и использование таких понятий, как "преневротические нарушения" и "невротическое, патохарактерологическое и патологическое развитие личности", так как патология личности в МКБ-10 рассматривается исключительно в статике, а расстройства, относившиеся прежде к динамике психопатий, представляют собой сборную группу психических нарушений различного генеза и классифицируются вне категории РЛ.

А.Б.Смулевич (2000) отмечает необходимость дополнения политетического подхода прототипическим в рамках "смены концептуальных подходов к клиническому анализу расстройств, относящихся к области малой психиатрии".

Развитие классификационных подходов к группировке пограничных расстройств многие авторы связывают со становлением многомерной систематики, которая учитывала бы в рамках единого этиопатогенетического базиса (Пивень Б.Н., 2000) "все множество переходных форм патологии при всей сложности разнообразных взаимовлияний личностных, средовых и ситуационных факторов" для эффективного прогнозирования течения болезни. О важности комплексной клинико-психолого-социальной оценки состояния пациента писал В.Н. Краснов (1998), подчеркивающий, что именно на ее базе возможно создание "новых, более гибких принципов диагностики т.н. пограничных психических расстройств", которая "будет служить ориентиром для полипрофессиональной… лечебно-реабилитационной работы". Именно концепция многомерного функционального диагноза, которая стала, несомненно, существенным продвижением вперед на пути приближения к всесторонней оценке психического состояния, может служить одним из перспективных подходов к разрешению данной проблемы.

**1.2 Многоосевые систематики в психиатрии**

Возникновение многоосевых подходов связывают с концепцией структурного анализа Карла Бирнбаума и многомерной диагностикой Эрнста Кречмера. Впоследствие, на рубеже 30-х годов, как отмечает А.И. Скорик (2000), тенденция к расширению диагностических представлений была реализована в формировании понятия "функционального диагноза уже, которую позже развивал Д.Е.Мелехов (1972)". К настоящему времени разработаны различные варианты функциональных диагностических систематик, и, по мнению А.И. Скорика, "функциональный диагноз есть обязательно диагноз многомерный". На необходимость многомерной оценки в катамнестических исследованиях указывает и А. Cohen et al. (2000), И.В.Герцен и Т.Т.Важенина (2001).

Существующие в настоящее время многоосевые классификации ориентированы на различные требования практической психиатрии. Выделяют, в частности, специализированные и универсальные классификации (Рустанович А.В., 2000). К числу последних можно отнести систематику, использующуюся в ПНИИ им. Бехтерева систему многомерной оценки больных (Вид В.Д., 1994), а также DSM-IV и многоосевой вариант МКБ-10.

**1.2.1 Основные диагностические оси многомерных психиатрических систематик**

Распространие многоосевых психиатрических классификаций в нашей стране в значительной степени связано с развитием концепции функционального диагноза (Воловик В.М., 1985). По мнению этого автора, данная концепция предусматривает системный анализ уровня и характера дисфункции, под которой понимается нарушение адаптивного поведения и видоспецифической (человеческой) социальной деятельности пациента при той или иной форме психической патологии. Как считают А.В.Рустанович и Б.С.Фролов (2001), функциональная диагностика служит, в первую очередь, для оценки сохранного личностного потенциала, и, следовательно, предназначена для определения типа динамики психопатологических проявлений и прогноза состояния. О необходимости учета влияния на динамику патологических процессов саногетических и патогенетических механизмов писали В.И. Курпатов (1998), С.В.Литвинцев и В.К.Шамрей (2001). Как отмечают М.М. Буркин, Ю.Е. Рыбак (1999), функциональная диагностика состоит в определении уровня "функциональной недостаточности ("социальной компетентности") в основных сферах деятельности, в установлении типа приспособляемости и выявлении факторов, обуславливающих функциональную недостаточность". Авторы предлагают в данном контексте рассматривать три ряда факторов: "болезнь (патодинамический аспект функционального диагноза), личность (психологический аспект) и социальное окружение (социальный аспект). Патодинамический аспект отражает активность болезни, фазу ее развития, характер и выраженность базисной дезинтеграции, наличие признаков дизонтогенеза, т. е. соматобиологической предпосылки формирования компенсаторно-приспособительных процессов. Психологический аспект функционального диагноза характеризует личность больного: уровень ее развития, ценностные ориентации, структуру потребностей, способы разрешения трудных и конфликтных ситуаций и предпочтительные формы психологической компенсации. Социальный аспект функционального диагноза раскрывает внешние условия адаптации, обусловленные воздействием со стороны значимого окружения (семьи, профессиональной среды, микросоциальных групп и общественных институтов)". Аналогичные диагностические оси приняты в классификации, разработанной в ПНИИ им. Бехтерева: а) ось традиционных клинических проявлений, б) ось психологических особенностей больных, в) характеристики социального функционирования и социальной адаптации (Скорик А.И., 2000).

В принятой в военной психиатрии системе многоосевой диагностики (Рустанович А.В., Фролов Б.С., 2001) предлагается выделять 1) феноменологическую ось с указанием нозологического диагноза, диагноза по МКБ-10 и ведущего синдрома; 2) уровневую диагностическую ось, базирующуюся на применении "Шкалы обобщенной оценки функционирования" (Global Assessment of Functioning Scale, "GAF"), которая используется в американской классификациии психических расстройств DSM-IV (1995) для измерения уровня поведенческих нарушений психически больных пациентов; 3) функциональную ось, которая "основывается не только на квалификации типа приспособительного поведения (поведенческого реагирования), но и на анализе индивидуально-личностных особенностей (прежде всего, психологической адаптации), а также характеристик, отражающих способность больного к целенаправленной деятельности; 4) психосоциальную диагностическую ось, предполагающую "дифференцированное рассмотрение особенностей функционирования… в различных сферах жизнедеятельности".

**1.2.2 Прогностическая значимость психопатологических проявлений (феноменологическая диагностическая ось)**

Основой подавляющего большинства современных работ по изучению теоретических и прикладных проблем пограничной психиатрии является использование клинико-психопатологического метода. Считается, что он остается "единственным общепризнанным и надежным диагностическим инструментом, основывающемся на феноменологическом анализе состояния" (Костюк Г.П., Рустанович А.В. 2000). Однако, анализ данных катамнеза как отдельных нозологических форм, так и групп патологии, приводящихся в литературе, показывает их заметную противоречивость и, скорее, поднимает новые вопросы, нежели освещает проблему прогноза различных форм ППР и их сочетаний. В частности, в катамнестическом исследовании М.А.Лебедева (1995) описывается патоморфоз пограничной патологии в виде преобладания невротических развитий и краевых психопатий над невротическими и патохарактерологическими реакциями у лиц молодого возраста. В то же время, Е.К.Неганова (2000) не обнаруживают психических расстройств в катамнезе более, чем 70 % лиц из аналогичной выборки пациентов.

По результатам катамнестического изучения невротических расстройств считается, что в целом они имеют благоприятное течение с исходом в выздоровление от 63-68% (Яковлева Е.К., Зачепицкий Р.А., 1961; Круглова Л.И., 1972; Абабков В.А., 1981; Семке В.Я., 1999) до 81% (Киселев А.С., Сочнева З.Г., 1988) наблюдений. В тоже время, ряд исследователей приводят данные о противоположном типе течения этой патологии: так, A.Binitie (1981) выявила, что практическое выздоровление имело место лишь 1/3 больных. Эндогенные расстройства в исходе патологии, первоначально рассматривавшейся, как "пограничная", выявляются авторами приблизительно в 10-20 % случаев (Круглова Л.И., 1972; Bratfos O., Haug J.O., 1966; Ernst K., Spring L., Streiff B., 1967).

В результате изучения 5-летнего катамнеза больных неврозами H.Seivewright, P.Tyrer и T.Johnson (1998) выявили благоприятный исход у 60% обследованных. Оставшиеся были либо систематически нетрудоспособны, либо инвалидизированы, при этом предикторами неблагополучного прогноза явились поздний возраст, частое развитие рецидивов, наличие личностных расстройств при поступлении, тип ведущего синдрома при поступлении и выраженность психопатологических расстройств. В тоже время, в лонгитудинальном исследовании J.G.Looney и E.K.Gunderson (1979) установлено, что неврозы по исходам, практически, не отличались от других диагностических групп. Поэтому авторы делают вывод о целесообразности пересмотра диагностических критериев этой нозологической единицы. К аналогичным выводам пришли W.Gaebel и A.Pietzcker (1984), не обнаружившие значимой разницы в характере исходов, частоте повторных госпитализаций и социальном функционировании между больными с эндогенными расстройствами и пациентами с неврозами.

При депрессивном неврозе многими авторами отмечается высокий риск рецидивирующего течения, при этом практически подавляющее большинство пациентов болеет пожизненно: средняя длительность заболевания у них составляет около 30 лет (Parker G. et al., 1988; The WPA Dysthymia Working Group. 1995; Shelton R.C. et al., 1997; Klein D.N. et al., 2000). Установлено преобладание затяжного типа течения при обсессивно-фобических и истерических расстройствах; ни особенности лечения, ни его длительность, при этом, не являются факторами, определяющими прогноз (Bouchal M., Skoda C., 1991; Seivewright N., Tyrer P., Ferguson B., Murphy S., Johnson T. 2000; Lecrubier Y., Ustun T.B., 1998; Ballenger J.C., 1998; McCusker J, et al., 2000; O'Rourke D. et al., 1996). Наличие диаметрально противоположных (от максимально благоприятных до, практически, тотальной инвалидизации) катамнестические оценки тревожных расстройств, по данных различных исследований, отмечает и А.М.Андреев (1999). Лишь невротические "неспецифические расстройства" отличались относительной кратковременностью и "мягкостью" течения (Gunderson E., Hourani L.L., 2001).

Феноменологическая картина "военных неврозов" отличается более сложной структурой, включающей выраженные аффективные и особенно поведенческие нарушения, а также отсутствием внутреннего конфликта, психологической понятностью и "примитивизмом" переживаний и внешних проявлений болезни, отчетливой зависимостью развития, течения и редукции симптоматики от ситуационно-средовых факторов (Уразов С.Х., Доровских И.В. 1998; Михайлов Б.В., Астанов Ю.Н., 2001). Однако, мнения об их исходах также весьма различны: часть авторов сообщает о быстром и стабильном выздоровление (Палатов С.Ю., 1999, Неганова Е.А., 2000), в то время, как в ряде других исследований утверждается обратное (Койстрик К.Н. и соавт., 2002; Looney J.G., Gunderson E.K., 1979; Gunderson E., Hourani L.L., 2001).

Значительное число исследователей свидетельствует о патоморфозе современных неврозов: наряду с большей их соматизацией, полисиндромностью, расплывчатостью клинической симптоматики (неврастенические явления с элементами фобий и навязчивостей в сочетании с истерическими проявлениями и т.п.), отмечается увеличение числа больных с депрессивными, фобическими расстройствами, нервной анорексией (Точилов В.А., 1992; Краев В.А., Мусохранов А.Ю., Дубровская М.К., 2000). Выявлена отчетливая тенденция к затяжному течению болезни (Гиндикин В.Я., 1997; Семке В.Я., 1999). При этом, "классические" феноменологические проявления часто остаются на "втором плане", являясь "фоновым" уровнем функционирования, в то время как в центре внимания в 50-85 % оказываются ранее не характерные синдромы (Чабан О.С., 2002). При этом, "личность утрачивает свойственные ей ранее формы поведения и взаимоотношения с окружающими, что обусловлено нарастающей недифференцированной аффективностью" (Лакосина Н.Д., Трунова М.М., 1994).

На необходимость катамнестической верификации диагноза "психопатия" указывали еще A.Welner et al. (1974), P.R.Slaveny и Mc Hugh P.H. (1974). Действительно, ошибочность диагноза расстройства личности отмечается в 27.5 – 44 % случаев (Нечипоренко В.В., Шелепова Е.В., 1995). По данным А.А. Портнова и соавт. (1987), впрочем, этот диагноз не изменялся лишь в 15.9 % случаев, причем, процент диагностических ошибок тем выше, чем в более раннем возрасте установлен диагноз. Контрольные обследования показывают, что диагноз расстройства личности не подтверждается в 70 %, а психогений – в 60 % случаев (Куликов В.В. и соавт., 1998).

Одно из наиболее масштабных катамнестических исследований расстройств личности было проведено R.Tölle (1966). Им показано, что примерно 1/3 патологических личностей остаются таковыми на всю жизнь, но 2/3 пациентов могут достаточно хорошо компенсироваться и обычно выпадают из поля зрения психиатров. Автор указывает, что у одних больных компенсация наступала потому, что патологические черты их психики с годами сглаживались, у других компенсаторно развивались такие "уравновешивающие" черты, как аккуратность и педантичность, адаптация третьих была обусловлена ослаблением интерперсональных и социальных коммуникаций и развитием своеобразной изоляции. Впрочем, клинические варианты психопатий значительно отличались по исходам. Так, состояние депрессивных личностей с течением времени существенно не изменялось, равно как и у большинства (4/5) истерических личностей, а сензитивные психопаты, напротив, довольно успешно компенсировались и выявляли достаточно стабильную социальную адаптацию. У больных с агрессивными и эксплозивными тенденциями выраженность патологических черт личности была весьма стабильной при некотором усилении психопатологических проявлений с наступлением инволюционного периода. Астеническая форма психопатии меньше других поддавалась лечению и ее прогноз был хуже, а при неустойчивой психопатии, наоборот, с годами состояние больных значительно улучшилось.

Несмотря на наличие работ о возможности быстрой компенсации расстройств личности (Wilberg T. et al., 1998), многие авторы подчеркивают неоднозначность приведенных выше результатов. Так, часть исследователей (Нечипоренко В.В., Шелепова Е.В., 1995; Шелудько И.Н., 1989; Яненко И.М., 1989; Бесчасный А.А., 1992; Hell D., 1978) отмечают устойчивую компенсацию при неустойчивой психопатии и психопатиях тормозимого круга, в то время, как Б.П.Калачев и соавт. (1978) и Т.Н. Дмитриева (1995) при неустойчивом расстройстве наблюдали обратные результаты. T.Gude и P.Vaglum (2001) вообще не выявили различий в показателях катамнеза при различных клинических вариантах расстройств личности. Впрочем, большинство авторов подчеркивают неблагоприятный прогноз при эмоционально-лабильном расстройстве личности и, в особенности, - при пограничном (Stone M., 1993). Сглаживание психопатических черт с возрастом отмечают П.Б.Ганнушкин (1933), О.В.Кербиков (1971), B.J. Cohen et al. (1994). Трансформация психопатий в психотическое состояние по данным O.Bratfos'а (1970) наступает лишь несколько чаще, чем у здоровых лиц. Об этом же свидетельствуют исследования М.О.Гуревича (1940), И.Л.Кулева (1964), М.И. Буянова (1971).

Катамнестические исследования последствий органического поражения ГМ и, в частности, последствий черепно-мозговой травмы проводились еще классиками психиатрии. В трудах С.С. Корсакова (1901), Э. Крепелина (1912), В.А. Гиляровского (1946) отмечено, что непосредственные результаты лечения острого периода ЧМТ хорошие, но в отдалённом периоде обнаруживаются астено-вегетативные, психопатоподобные и другие расстройства. По данным катамнестических исследований описаны регредиентный, ремиттирующе-прогредиентный и прогредиентный типы течения травматической болезни головного мозга, причем, регредиентное течение клинических проявлений отдаленных последствий ЧМТ при коротком сроке катамнеза, а ремиттирующе-прогредиентное и прогредиентное - при длительном катамнестическом исследовании (Корнилов А.А., 1981).

Неблагоприятная динамика травматической болезни головного мозга (от астенического к апатическому состоянию) описана Д.Е. Мелеховым (1972). Механизм прогредиентного течения ЧМТ в отдалённом периоде Д.Е.Мелехов связывал с сугубо органическими, церебральными факторами – гидроцефалией, вазопатией. В отдалённом периоде ЧМТ отмечался астенический тип психопатизации с раздражительностью, застреваемостью внимания, ипохондричностью, ригидностью, ограничением круга интересов. Эти проявления были положены в основу старого понятия "травматический невроз". Прогрессирующий характер подобной патологии отмечала Г.Е.Сухарева (1959), а В.Н. Судаковым (1989) описаны различные варианты патологического развития личности в отдаленном периоде ЧМТ.

Несмотря на наличие единичных работ, свидетельствующих о преобладании благоприятных исходов патологии резидуально-органического генеза (Бесчасный А.А., 1992; Пушков В.В., 1998; Braverman S.E. et al., 1999), в большинстве современных катамнестических исследований показан весьма неблагоприятный прогноз для этой категории пациентов (Макеев В.И. , 1998; Палатов С.Ю., 1998;. Centers for Disease Control and Prevention, 1997; Sundance P., Cope N., 1998; Hanks R.A. et al., 1999; Sander A.M. et al., 2001; Millis S.R. et al., 2001; Taylor H.G. et al., 2002). На роль преморбидной личности в развитии этих патологических нарушений указывают М.М.Одинак, С.В.Литвинцев и Вознюк И.А. (1996), отмечающие, что "длительно протекающее заболевание постепенно "обрастает" полиморфной невротической симптоматикой, которая усугубляет и потенциирует со своей стороны имеющиеся неврологические симптомы, превращаясь в стойкие патологические комплексы.., хотя их развитие и клиническое формирование могут быть обусловлены не только соматическими факторами, связанными с ЧМТ и ее последствиями, но и с конституционально-личностными особенностями больных, их индивидуальной реакцией на травматическую болезнь, ее психологический и социальный резонанс". К аналогичному выводу приходят M.R. Hibbard et al. (2000), выявившие наличие коморбидных личностных расстройств у 66 % лиц с отдаленными последствиями ЗТМ.

По-прежнему остаются дискутабельными вопросы взаимосвязи между различными формами пограничной патологии, в частности, между непсихотическими органическими и невротическими расстройствами. Значительное число отечественных исследователей, преимущественно стоящих на позициях "нейрофизиологической платформы" (Вейн А.М. и соавт., 1997; Александровский Ю.А., 2000; Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2002), подчеркивают значение органического компонента в генезе и, следовательно, клинике и динамике неврозов, в то время как представители, психодинамического направления категорически отрицают подобный "биологизаторский" подход (Соколова Е.Т., 1989).

Актуальными остаются и исследования взаимосвязи РЛ и неврозов, так как по выражению S.Taylor, W.J. Livesley (1988) "существует целый ряд клинических образований, формирующихся в связи со стрессорными воздействиями, которые не могут рассматриваться вне контекста расстройств личности". По мнению А.Б.Смулевича (2000), в формировании психогений и невротических состояний расстройства личности выступают не только как фактор предрасположения. Они активно взаимодействуют с позитивными симптомокомплексами в качестве осевых расстройств – реакции в пределах ресурсов личности, реакции с выявлением факультативных личностных свойств и т.п. В целом, часть авторов считают пограничные состояния дименсиональными проявлениями различной выраженности одного типа расстройств (Marteinsdottir I. et al, 2001), другие – обнаруживают вероятностные корреляции между РЛ и синдромологией невротических расстройств (Sanderson W.C. et al., 1994), третьи - не выявляют никакой взаимосвязи (Андреев А.М., 1999; Иванов С.В., Андреев А.М., 2000; Rodrigues T.A. et al., 1995; Okasha A. et al., 1996). Однако, все исследователи сходятся во мнении, что, независимо от типа коморбидности, взаимное сочетание утяжеляет прогноз (Калачев Б.П. и соавт., 1978; Stone М.H, 1993; Tyrer P. et al., 1993; Skodol A.E. et al., 1995). Многие авторы указывают на предпочтительность сочетания определенных форм и единство их этиопатогенетических механизмов, в частности, тревожных и депрессивных расстройств (Skodol A.E. et al., 1995; Ballenger J.C., 1998; Lecrubier Y., Ustan T.B., 1998; Wunderlich U., Bronisch T., Wittchen H.U., 1998), подчеркивая негативную значимость такого сочетания в условиях военной службы (Gunderson E., Hourani L.L., 2001). Описано патопластическое влияние расстройств личности на течение тревожных расстройств (Fava G.A. et al. 1994; Haw C. et al., 2001), выявлена неблагоприятная динамика коморбидных депрессивных и личностных расстройств с выраженной тенденцией к аутоагрессивному поведению (Parker G. Et al., 1988; Andrews G. et al., 1995; Duggan C.F. et al., 1990; Zoccolillo M., 1992; Brodaty H. еt al., 1993; Quinton D. et al., 1995; Cheng A.T. et al., 1997), соматоформной и личностной патологии (Stern J. еt al., 1993), последствий органического поражения головного мозга и депрессии (Viguier D. еt al., 2001). Эти исследования свидетельствуют о сохраняющейся тенденция к поиску характерных соотношений расстройств пограничного регистра, и следовательно, к выделению "прототипов", основывающиеся на "базисных признаках" (Виггинс О., Шварц М., Норко М., 1989), из которых все остальные были бы по К.Ясперсу (1963) "сущностно выводимы".

Противоречивость приведенных литературных данных свидетельствует о необходимости использования иных, нефеноменологических, методов оценки психического состояния, так как диагностика, основанная лишь на нозологической методологии, не всегда может дать достоверный индивидуальный прогноз, поскольку базируется лишь на статистически вероятностных значениях.

**1.2.3 Уровневая диагностическая ось**

Необходимость количественной оценки психического состояния больных для возможности сравнения течения заболевания при сходных феноменологических проявлениях привела к созданию ряда уровневых шкал. Так, в последних пересмотрах американских систематик психических расстройств (DSM-III-R, 1987; DSM-IY, 1995), введена самостоятельная диагностическая ось (V ось), которая характеризует выраженность (уровень) психических нарушений. Шкала "Обобщенной оценки функционирования" (Global Assessment оf Functioning Scale, "GAF"), используемая в этих классификациях (Y диагностическая ось), рассматривается как независимая по отношению к клиническим шкалам (1-й и 2-й). Оценка психического состояния пациентов по этой оси осуществляется на основе применения модифицированной методики "GAS" ("Интегральная оценочная шкала"), при разработке которой (Endicott J. et al., 1976) были сохранены основные методологические принципы и структура "Шкалы оценки здоровья – болезни" (HSRS), предложенной L.Luborsky (1962). По результатам обобщения многолетнего опыта использования шкалы "HSRS" была подтверждена ее валидность и показано, что "данные "HSRS" коррелируют со степенью адекватности личностного функционирования, выраженностью симптомов, качеством межличностных взаимодействий, а также успешно используются для оценки и предикции эффективности терапии" (Luborsky L., Bachrach H., 1974; Luborsky L., Diguer L., Luborsky E. et al., 1993). Преимуществом "обобщенного измерения" выраженности психических расстройств J.Endicott с соавт. (1976) считают "возможность интегрирования множества психопатологических проявлений в единый, клинически значимый, индекс тяжести заболевания", причем, такая оценка состояния, по их данным, во многих случаях является "более чувствительной, ... чем изучение отдельных психопатологических феноменов".

Следует, впрочем, отметить, что еще относительно недавно в отечественной практике военно-медицинских исследований шкала "GAF", практически, не использовалась, несмотря на признание прогностической значимости подобной оценки состояния больных (Снедков Е.В. и соавт., 1995).

Высокую прогностическую валидность уровневой диагностики при невротических расстройствах подчеркивает значительное число исследователей (Jones S.H. et al., 1995; Ezquiaga E. et al., 1998; Seivewright H. et al., 1998). При этом, отмечается высокая информативность показателей, характеризующих выраженность психических расстройств на момент выписки из стационара (Vetter P., Koller O., 1996). Аналогичные данные получены при изучении расстройств личности (Black D.W. et al., 1997) и органической патологии (Тиганов А.С., 1999; Бесчасный А.А., 2000).

Изучение уровневых характеристик состояния позволяет объективизировать и унифицировать исследования динамики психических расстройств (Chiesa M., Fonagy P., 2000; Abrams R.C. et al., 2001). С этих позиций представляются интересными сведения об усугублении тяжести расстройств при невротической патологии (Шерман М.А., 2000), об особенностях возрастной динамики при расстройствах личности, проявляющихся количественным нарастанием психопатических черт и сопровождающихся, в то же время, сглаживанием, стиранием характерных особенностей, смягчением инициальной симптоматики (Распономарева О. В., 2002). В лонгитюдинальных исследованиях H.Seivewright, P.Tyrer и T.Johnson (2002) отмечено нарастание выраженности психопатологической симптоматики при расстройствах личности кластеров "А" и "С" и смягчение патологических черт при расстройствах кластера "В". Вместе с тем, следует подчеркнуть некоторую неудовлетворенность клиницистов существующими подходами к уровневой диагностике, с чем, в частности, связано продолжение исследований по симплификации существующих диагностических шкал, в первую очередь, при патологии личности (Попов Ю.В., 1994; Tyrer P., Johnson T., 1996). В связи с этим, большое внимание уделяется и разработке методологии уровневой диагностики на основе субъективной оценки состояния. Рядом исследователей показано диагностическое и прогностическое значение сопоставления субъективной оценки выраженности расстройств с показателями экспертной диагностики тяжести психического состояния (Арбузов А.Л., 2002; Gaebel W., Pietzcker A., 1984). К наиболее удобным и валидным инструментам относится разработанный сотрудниками Психоневрологического института им. В.М.Бехтерева опросник "Нервно-психическая адаптация" (Гурвич И.Н., 1992), который ориентирован на уровневую оценку состояния больных, а также тест "Субъективная оценка состояния" (Рустанович А.В., Фролов Б.С., 2001) и опросник выраженности психопатологической симптоматики (Тарабрина Н.В., 2001; Derogatis L.R., 1994). Их использование в клинической практике позволяет, по мнению А.В.Рустановича (1997), в значительной степени устранить субъективизацию в изучении состояния больных.

Уровневая оценка психического состояния применяется, наряду с клиническим методом, в практике военной и экстремальной психиатрии, а также в системе массовых психопрофилактических обследований. Во многих исследованиях подчеркивается приоритетный характер уровневой диагностики в этих целях, хотя и отмечается необходимость совершенствования как концептуального, так и методологического аппарата ее проведения. В настоящее время предложены разнообразные способы оценки выраженности расстройств, базирующиеся на использовании клинико-психопатологического, экспериментально-психологического, электрофизиологического методов, однако, их информативность и значение в системе диагностических подходов остаются недостаточно изученными. Значительно реже, несмотря на наличие соответствующих шкал в некоторых классификациях, уровневый подход применяется в практике клинической психиатрии. Однако в этой сфере он ограничивается, преимущественно, рамками уровневой дихотомии "невротический – психотический", дополняемой иногда "психопатическим" уровнем (Семке В.Я., 1999). Впрочем, с введением в действие классификаций МКБ-10 и DSM-IV и подобная схема признается авторами данных систематик неправомерной, что, по нашему мнению, несколько осложняет выбор терапевтической тактики в отношении конкретного больного.

**1.2.4 Функциональная диагностическая ось**

Изучению личностных особенностей, влияющих на динамику психических расстройств, посвящено значительное количество работ (Bouchal M, Skoda C., 1991; Kurtz J.E. et al, 1998). По данным многих исследований, наибольшей дименсиональной стабильностью, и, следовательно, существенным влиянием на формирование и течение ППР, обладают когнитивные черты, в частности, так называемые первичные умственные способности (Schaie K. W., Parham J. A., 1976), и свойства, связанные с типом высшей нервной деятельности (Thomae H., 1979): темперамент, экстраверсию-интроверсию и эмоциональную реактивность. В частности, в работе Д.Ю.Вельтищева и Ю.М.Гуревича (1999) предлагается условно выделять два основных полюса характеристик личностной эмоциональности, которые, по мнению авторов, предрасполагают к хроническому течению невротических расстройств. Многие исследователи подчеркивает также ведущее влияние тревожности (Семке В.Я., 1999; Ball S.A., Schottenfeld R.S., 1997), нейротизма (Семке В.Я., 1999; Hirschfeld R.M. et al., 1986; Duggan C.F. et al., 1991; Samuels J. et al., 2000; Abrams R.C. et al., 2001; Hayden E.P., Klein D.N., 2001), ригидности (Семке В.Я., 1999; Корнилов A.A., Вельтищев Д.Ю., Гуревич Ю.М., 2000), локуса контроля (Бодалев А.А., Столин В.А., 2000; Goldstein L.H. et al., 2000), интра- и экстраверсии (Conley J.J., 1984), сочетания выраженности инстинктов и стеничности (Овсянников С.А., Цыганков, 2001) и т.п. в прогностической типологии отдельных форм пограничной патологии.

Впрочем, как показал анализ литературных данных, ни одна характеристика в отдельности не обладает надежной прогностической ценностью. Например, в различных работах по исследованию локуса контроля, авторы приходят к противоположным заключениям о значимости этой характеристики для прогноза течения психических расстройств (Бажин Е.Ф. и соавт., 1984; Hooke G.R., Page A.C., 2002). Вследствие подобных противоречий, несмотря на наличие определенных корреляционных связей между исследуемыми параметрами и течением пограничных расстройств, внимание исследователей было сосредоточено на поиске интегральных показателей с высокой прогностической валидностью. В настоящее временя в качестве подобной характеристики в методологии функционального диагноза может служить концепция "типа приспособительного поведения" (Воловик В.М., 1985). Ее автором предлагается включение в функциональную диагностику оценки типа приспособительных реакций и компенсаторных возможностей больного. В работе Б.Г. Бутомы и Т.А. Аристовой (2000) тип приспособительного поведения определяется как "генетически детерминированный, биографически сложившийся и модифицированный болезнью способ взаимодействия с действительностью", причем он, по мнению Н.С.Шейниной и А.П. Коцюбинского (2000), в первую очередь "отражается на адаптации пациента".

Однако, определение типа приспособительного поведения до сих пор стоит на клинико-описательных позициях и, как отмечают Г.П.Костюк и А.В. Рустанович (2000), "сведения об использовании этой концепции не только в практической деятельности врачей, но и в научных исследованиях остаются единичными". В связи с этим, наиболее важным направлением в данной области исследований "представляется разработка более стандартизированных и формализованных критериев их выделения", так как "категориальное содержание этого понятия представляется незавершенным". Несмотря на высокую прогностическую значимость типа приспособительного поведения (Захаров Н.Б., Рябов В.М., 2000; Хорошавина О.В., Чудиновских А.Г., 2001; Мухортова О.П., Чудиновских А.Г., 2001; Hirschberg W., 1999), подобные работы являются скорее исключением, нежели правилом в клинической практике.

Вместе с тем отметим, что еще Д.Е.Мелехов (1972) подчеркивал роль преморбидной личности в прогнозе психических расстройств, и в частности, при патологии резидуально-органического генеза: заболевают люди с плохой наследственностью и воспитанием, изначально неприспособленные, не умеющие решать свои проблемы, а травма мозга "лишь толчок". По данным изучения отдаленных последствий ЧМТ этот автор показал единство биологического и социального для успешной адаптации больных: для устойчивой компенсации первостепенное значение имеют сформированная в преморбидный период установка на труд, чувство долга. Это проявляется формированием у человека "социально-приемлемого поведения даже при неполной клинической компенсации или асоциального поведения, если личность до болезни была неполноценной, в чём-то ущербной, с дефектом в сфере морали". Лица активные, энергичные, с чувством долга после ЧМТ систематически лечатся, следуют режиму и, как правило, возвращаются к прежнему квалифицированному труду.

При рассмотрении основных категорий функциональной диагностической оси нельзя также не заметить семантической близости понятий "тип приспособительного поведения" и "копинг-поведение". Под копинг-стратегиями подразумевают актуальные ответы на воспринимаемую угрозу, способ управления стрессором, базирующийся на копинг-ресурсах, т.е на характеристиках личности и социальной среды, облегчающих или делающих возможной успешную адаптацию к жизненным стрессам (Семке В.Я., 1999; Busjahn A. et al., 1999). Наиболее распространенными являются модели, связанные с исследованиями психологического стресса (Heim E., 1988; Lazarus R., 1983; Perrer M., 1992; Servant D., 1998). В этом контексте копинг определяется как стратегия действий, предпринимаемых человеком в ситуациях психологической угрозы, в частности, в условиях приспособления к болезни как угрозе физическому, личностному и социальному благополучию. К настоящему времени описан ряд психологических, психопатологических и поведенческих коррелятов различных копинг-стратегий. Так, R.Schwarzer (1994) установил, что позитивные копинг-стратегии прямо коррелируют с оптимизмом, адекватной самооценкой, интернальностью и мотивацией к достижению, а обратно – с невротизмом, уровнем депрессии и тревоги. Подчеркивается, что динамика копинг-стратегий в значительной мере определяет динамику поведения в психотравмирующей ситуации: от избегания в начальном периоде до последующего поиска вариантов реализации ее разрешения (Stewart S.M., Schwarzer R., 1996). Эти данные согласуются с результатами исследования M.Huss и U.Lehmkuhl (1996), в котором показана различная эффективность использования отдельных типов копинг-стратегий в различные периоды ответных реакций на стрессогенные ситуации.

Изучение особенностей копинг-поведения позволило определить степень его влияния на динамику ППР. В частности, показана взаимосвязь копинга избегания, с одной стороны, и формирования и стабилизации пограничных состояний, с другой (Hoffart A. et al., 1993; Vollrath M. et al., 1998; Johnsen B.H. et al., 1998; Goldstein L.H. et al., 2000; Ruchkin V.V. et al., 2000; Seiffge-Krenke I., 2000; Schnyder U. et al., 2001). Установлено, что при значительной выраженности психопатологических проявлений, и в первую очередь, тревожной и депрессивной симптоматики, в поведении больных доминирует копинг-стратегии избегания (Hughes I. et al., 1999). С другой стороны, высокая напряженность использования копинг-стратегий обусловливает значительную выраженность тревожно-депрессивных проявлений (Pinto C. et al., 2000). Отмечается, что копинг-стратегия поиска эмоциональной поддержки направлена, преимущественно, на совладание с тревогой, а проблемно-ориентированный копинг определяет ценностно-смысловую ориентацию пациента в процессе совладания с проблемой (Недошивин А.О. и соавт., 2000; Jerusalem M., Schwarzer R., 1989). Однако, по мнению В.Я.Семке (1999), разработка прогностической значимости доминирующих копинг-стратегий в рамках изучения ППР еще далека от завершения.

Вместе с тем, в современных исследованиях значительное внимание уделяется изучению пассивных механизмов совладания со стрессогенными факторами, и в первую очередь – функционированию психологической защиты (Ташлыков В.А., 1981; Schneider W. et al., 2000). По мнению Л.И. Вассермана (1999) "современное понимание этиопатогенеза нарушений психической адаптации… предполагает адекватное использование диагностики… индивидуальных механизмов переработки стресса и психологической защиты", поскольку "отношение к фрустрирующей ситуации, несомненно, определяет стратегию адаптивного или дезадаптивного поведения больных в настоящем и будущем". В работе Н.Б. Захарова и В.М. Рябова (2000) подчеркивается роль механизмов психологической защиты в адаптационных процессах, определяющих тенденции и способы поведения личности. Рядом исследователей выявлено, что общее функционирование индивида обусловлено эффективностью зрелых форм механизмов психологической защиты (Soldz S., Vaillant G.E., 1998; Бернардо С.Х., 2000). Установлена генетическая связь между напряженностью использования механизмов психологической защиты и выраженностью тревожных и депрессивных расстройств (Muris P. et al., 1998; Hughes I., Budd R., Greenaway S., 1999), подчеркивается важная прогностическая роль механизмов психологической защиты в динамике ППР (Hoglend P., Perry J.C., 1998; Leichsenring F., 1999). Достоверно демонстрируется наличие зависимости симптоматологии пограничных расстройств от типов психологической защиты, при этом низкие уровни тревоги определялись преобладанием примитивных МПЗ (отрицания и вытеснения) в структуре защитного реагирования (Werhun C.D., Cox B.J., 1999). Подобные аномалии функционирования психологической защиты, в частности, проявлялись в более высокой частоте суицидов у больных с преобладанием отрицания, и более низкой – при замещении (Amir M. et al., 1999). Используя концепцию "прототипов" в лонгитудинальном исследовании, P.Cramer (1999) установил доминирование отрицания и проекции при пограничном, нарциссическом и эксплозивном синдромах в рамках расстройств личности. К подобным выводам пришли также R.Plutchik et al. (1979), Л.И.Вассерман и соавт. (1999). В катамнестических исследованиях больных с расстройствами личности показана большая частота незрелых форм психологической защиты у психопатических личностей (Devens M., Erickson M.T., 1998; Cramer P., 1999; Leichsenring F., 1999).

Впрочем, отношение исследователей к диагностической и прогностической ценности МПЗ также неоднозначно. Так, R.T.Mulder et al. (1999) опровергает наличие какой-либо определенной взаимосвязи между пограничными расстройствами и защитным функционированием. По данным других авторов существует прямая зависимость с высокой прогностической валидностью между уровнями психологической защиты и выраженностью психических расстройств по шкале "GAF" (Blais M.A. et al., 1996; Hoglend P., Perry J.C., 1998). Большинством исследователей признана также иерархическая организация МПЗ (DSM-IV, 1995; Ахмедов Т.И., Жидко М.Е., 2000). Выявлены некоторые биохимические корреляты защитного функционирования, в частности, показано, что высокая напряженность МПЗ приводит к истощению опиоидной системы, и, следовательно, к высокому риску развития аффективных расстройств (Kline J.P. et al., 1998). Впрочем, следует отметить и мнение Е.С. Романовой (2001), которая отмечает, что "отсутствие, по крайней мере, в отечественной научной литературе, развитого и структурированного понятия о защитных механизмах признается практически всеми исследователями".

Данные, полученные в приведенных исследованиях, подтверждают, таким образом, целесообразность изучения функциональных характеристик состояния, и прежде всего, ТПП, для построения прогностических заключений при пограничных состояниях. Тем не менее, в практической психиатрии такой подход применяется в настоящее время достаточно редко.

**1.2.5 Психосоциальная диагностическая ось**

Систематизация научных данных о факторах, предрасполагающих к формированию и хронизации пограничных психических расстройств, позволила ряду авторов отметить значимость социальных условий и особенностей микросреды для разных категорий больных. По мнению Ю.П.Лисицина (1995), именно эти факторы на 85-90 % определяют динамику патологических проявлений, в то время, как уровень оказания медицинской помощи влияет на состояние здоровья лишь на 10-15 %. В свете этих данных значительное внимание уделяется изучению социальной адаптации больных пограничными состояниями. Социальный аспект многомерного диагноза, исходя из анализа литературных источников, должен раскрывать внешние условия адаптации, обусловленные воздействием со стороны значимого окружения: семьи, профессиональной среды, микросоциальных групп и общественных институтов (Воловик В. М., 1985; Семичев С.Б., 1985; Рустанович А.В, 1997; Скорик А.И., 2000; Cohen A., Eastman N., 2000 и т.д.). Несмотря на ряд работ, в которых утверждается независимость социального функционирования и психиатрического диагноза (Becker M., 1998), в многочисленных исследованиях показано значение психосоциальных факторов как в этиологическом контексте – в качестве условий, способствующих развитию и стабилизации патологии пограничного уровня, так и в качестве прогностических факторов, в значительной степени определяющих дальнейшее течение заболевания. В частности, установлена приоритетная прогностическая роль социального окружения и средовых условий в формировании суцидального поведения (Koivumaa-Honkanen H. et al., 2001), посттравматических стрессовых расстройств (Westen D., Harnden-Fischer J., 2001), расстройств тревожного регистра (D. Servant, 1998; Newbury-Birch D., Kamali F., 2001), показано их влияние на течение и исходы патологии депрессивного спектра (Ezquiaga E. et al., 1998). По мнению В.В.Чубаровского и Г.Л.Карповой (2001), именно социальными факторами объясняется превалирование невротических расстройств среди подростков выпускных классов школы, а личностных – у учащихся ПТУ. По данным А.А.Корнилова (1981), большинство больных с патологическим развитием личности после ЧМТ ещё до травмы отличались невысоким интеллектом с узким кругом интересов и низким образовательным цензом.

В ряде катамнестических исследований показано, что неблагоприятные исходы пограничных состояний, в том числе и частота инвалидизации, в большей степени зависят от неблагополучной семейной обстановки, асоциального круга общения и т.п., чем от диагноза (Steinhausen H.C. et al., 1998; Upmark M. et al., 1999). Подчеркивается значение образовательного ценза и качества семейных отношений в числе факторов, определяющих прогноз ППР (Андреев А.М., 1999; Семке В.Я., 1999; Герцен И.В., Важенина Т.Т., 2001).

Однако, вследствие отсутствия единого диагностического аппарата для оценки качества социального функционирования, влияние показателей социальной адаптации больных на течение пограничных расстройств изучено недостаточно. Данное положение в наибольшей степени относится к невротическим расстройствам. Часть авторов выявляет существенное влияние указанных показателей на динамику неврозов (Козловская Л.И., 2002; Vetter P., Koller O., 1996; Seivewright N. et al., 2000; Schnyder U. et al., 2001), другие подобной связи не обнаруживают (Bell V. et al., 1986; Hirschfeld R.M., 1986; Scheibe G., Albus M., 1996). Не выявляют влияния психосоциальных факторов на течение резидуально-органической патологии J.E.Max et al. (2000), в то время как V.A.Anderson et al., (2001) отмечает их приоритетное значение для последующей адаптации больных. Лишь в исследованиях личностных расстройств отмечается относитльное единодушие авторов в оценке влияния социальных факторов на динамику этой патологии (Палатов С.Ю., 1999; Viinamaki H. et al., 1996; Coid J. et al., 1999).

Изучение катамнестических показателей социальной адаптации у больных ППР позволило выявить их специфику у отдельных категорий больных. Так, у лиц с невротическими расстройствами подчеркивается преимущественное нарушение семейных и межличностных отношений при удовлетворительном качестве адаптации в профессиональной сфере (Jans T. et al., 2001). Большинством исследователей отмечается преобладание дезадаптации в трудовой деятельности у больных с расстройствами личности (Пережогин Л.О, 2000; Распономарева О.В., 2002; Chiesa M., Fonagy P., 2000). При этом, T.Gude и P.Vaglum (2001) не выявляют существенных различий в качестве социальной адаптации больных при патологии личности разных кластеров. В исследовании А. Бесчастного (1992) показана более высокая степень адаптации у лиц с органическими психопатоподобными расстройствами по сравнению с больными психопатиями. Относительно высокие показатели приспособления в социуме лиц с органическими расстройствами отмечают A.M.Sander et al. (2001), S.R.Millis et al. (2001). Однако, по данным R.A.Hanks et al. (1999), P.Sundance и N.Cope (1998), D.Hoofien et al. (2001), H.G.Taylor et al. (2002) отмечается неудовлетворительная степень приспособления этих больных в большинстве сфер жизни. Наконец, многими исследователями отмечается относительно высокое качество профессиональной адаптации (Braverman S.E. et al., 1999), но низкий уровень образовательного ценза (Ewing-Cobbs L. et al., 1998) и качества межличностных отношений (Zencius A.H., Wesolowski M.D., 1999). Следует, впрочем, заметить, что указанные различия мнений о характере адаптации больных ППР во многом определяется как уровнем развития психиатрической помощи (Семке В.Я., 1999), так особенностями проведения исследования: более высокие показатели социальной адаптации приводят авторы, изучавшие эффективность предлагаемых ими методов лечения или реабилитации больных.

Обобщение результатов проанализированных научных публикаций свидетельствует, что даже такой общепризнанный в психиатрии диагностический инструмент, как клинический психиатрический метод не является достаточно надежным. При первичной диагностике пограничных психических расстройств его использование дает возможность распознавания психопатологических проявлений заболевания, формулировки синдромологического и симптоматологического диагнозов, проведения дифференциальной диагностики с другими психическими расстройствами. Однако, во многих исследованиях последних лет показано, что только клинико-психопатологический метод и базирующаяся на нем феноменологическая оценка состояния, не раскрывают полностью сохранный потенциал или степень декомпенсации личностных возможностей; недостаточно характеризуют выраженность расстройств, их влияние на социальное функционирование больных, и поэтому не могут рассматриваться как единственный прогностический критерий эффективности терапии, течения и исхода заболевания. Разработку новых критериев большинство авторов связывают с совершенствованием, в первую очередь, функционального и уровневого диагностических подходов в психиатрии.

**ГЛАВА II. ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ, МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Исследование проводилось в два этапа. На I этапе (2000 – 2001 гг.) осуществлялся анализ данных медицинской документации: архивных историй болезни, свидетельств о болезни клиники психиатрии ВМедА, психиатрического отделения 442 ОВКГ и районных военных комиссариатов Санкт-Петербурга, а также карт амбулаторного наблюдения за больными, состоящими на учете в психоневрологических диспансерах города. На II этапе (2001 – 2002 гг.) проводилось клиническое и клинико-катамнестическое обследование больных, отобранных на I этапе.

Материалом работы явились результаты изучения катамнеза больных, уволенных из Вооруженных Сил с диагнозами, традиционно рассматривающимися в отечественной психиатрии, как расстройства пограничного регистра (невротические расстройства, расстройства личности, а также неврозо- и психопатоподобные состояния органического генеза).

**2.1 Характеристика контингента больных**

В ходе проведения работы изучен катамнез 116 человек, которые в период 1990 – 2000 гг. были уволены из Вооруженных Сил в связи с психическим заболеванием, а на момент увольнения проходили службу по призыву. Все обследованные – лица мужского пола, средний возраст которых на момент увольнения составил 19.9 + 1.7 лет, а на момент обследования – 25.2 + 3.9 лет. Таким образом, обследованию подверглись молодые лица, у которых с начала заболевания прошло от 2 до 14 лет (в среднем – 5.7 + 0.7 лет).

Диагностические заключения выносились в психиатрических стационарах МО РФ на основании Приказов МО 1987 г. № 260 и 1995 г. № 315 в соответствии с традиционной этиопатогенетической классификацией психических расстройств. Включение больных в ту или иную группу осуществлялось на основании диагноза, по поводу которого военнослужащий был уволен из ВС. В табл. 1 приводятся сведения о распределении больных по нозологическим формам и ведущему синдрому. Последний выделялся на основе анализа клинической картины заболевания.

Как следует из этих данных, у обследованных больных наиболее часто диагностировались невротические и личностные расстройства (по 41.4 % от общего числа обследованных), органическая патология отмечалась значительно реже (в 17.2 % случаев). В то же время, анализ синдромологической структуры расстройств показывает, что если среди расстройств невротического круга доминировал астено-депрессивный синдром (43.6 %), то при личностной патологии преобладали эмоционально-волевые нарушения (64.6%). Истеро-депрессивный синдром встречался с одинаковой частотой (25.0 %). Истерический синдром преобладал в клинической картине обеих групп расстройств в незначительном числе случаев: 2.1 % при неврозах и 6.3 % – при патологии личности.

Психические расстройства органического генеза проявлялись, преимущественно, астено-депрессивным синдромом (40.0 %) и эмоционально-волевыми нарушениями (30 %). Депрессивный, тревожно-депрессивный и истеро-депрессивный синдромы отмечены в равном числе наблюдений (по 10.0 %).

Диагностические заключения на момент увольнения приводились в соответствие с классификацией психических и поведенческих расстройств МКБ-10. Перекодировка осуществлялась на основании таблиц примерного соответствия кодов и диагностических категорий раздела V МКБ-9 и раздела F МКБ-10, рекомендуемых А.А.Чуркиным и А.Н. Мартюшовым (1999).

Необходимо отметить, что у 2 человек (4.2 %), уволенных с расстройствами невротического спектра, в диагнозе фигурировали указания на наличие психического инфантилизма, а у 28 (58.3 %) – акцентуаций характера. Характерологические девиации отмечены также в диагностических заключениях у 4 (19.0%) человек с патохарактерологическими реакциями и у 2 (14.3%) – с пограничными расстройствами органического генеза. Это свидетельствует о том, что у значительной части обследованных больных выявлялись ППР смешанной, мозаичной структуры.

**2.2 Основные методы исследования**

При построении плана исследования мы руководствовались, наряду с принятой на в Вооруженных Силах РФ методикой многоосевой оценки психического состояния больного, указаниями Ю.А.Александровского (2000), считающего, что "в пограничной психиатрии представляется наиболее оптимальным использование психодиагностических методик для: а) определения индивидуально-типологической принадлежности больного, б) поуровневого изучения его личностных свойств и особенностей состояния с учетом мотивационных искажений и защитных тенденций в ситуации обследования, в) оценки степени выраженности различных тенденций, определяющих степень адаптированности личности и уровень дезинтеграции".

На I этапе основным методом исследования был клинико-катамнестический. Катамнестическое изучение больных позволяет, по мнению ряда авторов (Амбрумова А.Г., 1962; Калачев Б.П. и соавт., 1978), ретроспективно восстановить картину заболевания и выделить существенные прогностические признаки.

На II этапе работы основными методами исследования были клинический, с помощью которого оценивали психический статус (феноменологическая диагностическая ось), выраженность расстройств (уровневая диагностическая ось), качество социальной адаптации (психосоциальная диагностическая ось), а также экпериментально-психологический, призванный уточнить особенности личностного функционирования больных (функциональная диагностическая ось).

Сведения о пациентах заносились в "Карту катамнестического исследования" (прил. 1), включающую, помимо паспортных данных, анамнестические сведения о преморбидных факторах риска развития пограничных состояний (Александровский Ю.А., 2000), феноменологическую и уровневую оценки психического состояния, характеристику социального функционирования и оценку приспособительного поведения (адаптивного реагирования) в периоды, предшествующий призыву на военную службу, на момент выписки из психиатрического стационара и на момент катамнестического обследования.

**2.2.1 Клинико-катамнестический метод**

В результате анализа клиники психических расстройств выносилось заключение о нозологической принадлежности и синдромальной структуре расстройств, послуживших причиной увольнения военнослужащего из рядов ВС. Выделялись варианты депрессивного синдрома (депрессивный, астено-депрессивный, тревожно-фобический, истеро-депрессивный), а также истерический, ипохондрический, обсессивный синдромы и синдром эмоционально-волевой неустойчивости (Гиндикин В.Я., 1997).

**2.2.2 Клинико-психопатологический метод**

На II этапе работы с помощью клинического метода в амбулаторных условиях были обследованы 116 больных, о каждом из которых имелись катамнестические сведения, полученные на первом этапе исследования.

В соответствии с общепринятыми диагностическими критериями выносилось заключение о наличии психопатологических расстройств и их нозологической принадлежности. Вместе с тем, проводился трехмерный динамический анализ с позиций, предложенных В.В.Нечипоренко и Е.В.Шелеповой, (1995): динамика социальных условий (семья, быт, труд и т.п.), биологическая динамика (возраст, возрастные кризы и т.п.) и клиническая динамика, имеющая в своей основе 2 составляющих – ситуационную и конституциональную.

С целью стандартизации диагностических заключений применялись специализированные опросники, призванные унифицировать методические подходы к оценке психического статуса. В качестве таких диагностических инструментов нами были выбраны следующие методики:

1. Симптоматический опросник (Symptom-Checklist) SCL-90-R

SCL-90-R – многомерный диагностический инструмент, разработанный для скрининговой оценки психопатологических симптомов преимущественно в амбулаторной практике (Derogatis L.R., 1977; 1999; Тарабрина Н.В., 2001). Он относится к одному из часто используемых клинических опросников и применяется не только для определения симптоматологии психических расстройств, но и для оценки степени их выраженности. Список вопросов SCL-90-R состоит из 90 пунктов, содержащих утверждения, описывающие различные поведенческие и психические отклонения. Пробандам предлагается оценить, насколько их беспокоили указанные симптомы в течение последних семи дней по шкале выраженности признака от полного его отсутствия (0 баллов) до крайней степени выраженности (4 балла). Из 90 пунктов SCL-90-R контрольными вопросами для оценки достоверности ответов являются 7, а 83 образуют девять следующих шкал: соматизации, обсессивно-компульсивных расстройств, межличностной сензитивности, депрессии, тревожности, враждебности, фобической тревожности, паранойяльных симптомов, психотизма.

По мнению многих авторов, данный опросник отличают простота проведения процедуры тестирования и достаточно высокая валидность получаемых результатов (Исаева Е.Р., Зуйкова Н.В., 2002; Clark A., Friedman M.J., 1983; Brophy C.J. et al., 1988; Carpenter K.M., Hittner J.B., 1995; Hessel А. et al., 2001).

2. Личностный диагностический опросник PDQ-4 (Hyler S.E. et al., 1987), предназначенный для унифицированной диагностики расстройств личности в соответствии с критериями DSM-III-R. Опросник состоит из 99 пунктов, при ответе на которые пробанду предлагается оценить не только их наличие или отсутствие, но и длительность существования, сферы жизнедеятельности, в которых они преимущественно проявляются (дома, на работе, в неформальных коллективах и иных сферах), а также наличие или отсутствия дисстрессирующего фактора.

3. Структурированный международный диагностический опросник CIDI 2.01 (1995) - полностью стандартизированное интервью, предназначенное для оценки психических расстройств согласно определениям и критериям МКБ-10 и DSM-IV и разработанное в рамках совместного проекта ВОЗ и Национального института здоровья США. Это одно из наиболее широко используемых структурированных интервью, которое включает диагностические модули для распознавания соматоформных, тревожных, депрессивных расстройств, болезней зависимости, маниакальных состояний, шизофрении, расстройств пищевого поведения и патологии интеллекта. Однако, в нашем исследовании использовались лишь часть из них, в частности первые четыре блока, так как именно они требовались для более точной верификации диагностических заключений о состоянии обследуемых.

4. В качестве вспомогательного метода использовался также "Тест нервно-психической адаптации" (Гурвич И.Н., 1992), из пунктов которого эмпирическим путем были сформированы следующие кластеры: астенических расстройств, эмоциональной лабильности, тревожно-фобических расстройств, депрессии, вегетативных расстройств и нарушений межличностных коммуникаций. Оценивалась относительная выраженность проявлений по каждому кластеру.

**2.2.3 Уровневая оценка психического состояния**

Заключение об уровне (выраженности, тяжести) психических расстройств формулировалось на основании экспертной (врачебной) оценки. Уровневая диагностика осуществлялась с помощью "Шкалы обобщенной оценки функционирования" (Global Assessment of Functioning Scale, "GAF"), приведенной в приложении 2 (Рустанович А.В., Фролов Б.С., 2001), используемой в классификациях психических расстройств DSM-IIIR (1987) и DSM-IV (1995) для измерения уровня поведенческой активности больных с психическими нарушениями. Тяжесть психического состояния оценивали ретроспективно на период госпитального лечения в соответствии с рекомендуемыми критериями от 1 (максимальная выраженность расстройств) до 100 (полное благополучие) баллов на основании сведений о психическом статусе больных.Учитывался наиболее низкий уровень функционирования пациента на момент госпитализации, перед выпиской и на момент катамнестического исследования. Например, больному с "отчетливыми суицидальными приготовлениями", послужившими одной из причин направления в психиатрический стационар присваивали индекс в промежутке 11-20. При необходимости использовали промежуточные значения (45, 58, 63 и т.д.). Оценка выносилась на основании анализа именно актуального психического состояния, без учета данных о последующем течении, предшествующей диагностике, этиологии расстройств, проводимом лечении и других факторах. Результаты врачебной оценки выраженности психических нарушений сопоставлялись с данными субъективной характеристики состояния. Для этого применялся разработанный сотрудниками Психоневрологического научно-исследовательского института им. В.М.Бехтерева специально для проведения уровневой диагностики "Тест нервно-психической адаптации" (Гурвич И.Н., 1992), позволяющий распределить обследуемых лиц на 5 групп психического здоровья: от "оптимальной адаптации" до "вероятно болезненного состояния". Кроме того, больным предлагалось заполнить разработанную на кафедре психиатрии ВМедА (Рустанович А.В., Фролов Б.С., 2001) карту "Субъективная оценка состояния" (прил. 3). При обработке результатов обследования за наиболее неблагоприятные варианты выбора ("очень низкая" работоспособность, "пессимистические" планы на будущее и т.п.) начислялось 4 балла, при оптимальном выборе - 0 баллов. Сумма баллов рассматривалась как интегральный показатель субъективной оценки выраженности нарушений. Для уровневой оценки выраженности клинических проявлений использовались также описанные выше опросники SCL-90 и PDQ-4.

**2.2.4 Функциональная оценка психического состояния**

Принцип системности проведения функционально-диагностических исследований в психиатрической клинике предполагает необходимость изучения особенностей адаптивного реагирования на различных (поведенческом, личностно-психологическом, психофизиологическом и биологическом) уровнях (Воловик В.М., 1985). Поэтому используемые методы должны обеспечивать целостную оценку функционирования (адаптивного реагирования) личности и организма. В связи с этим применявшиеся методы функциональной оценки психического состояния были ориентированы на:

- распознавание типа приспособительного поведения, который рассматривается как "основная диагностическая категория в функциональной диагностике психического заболевания" (Воловик В.М., 1985) и отражает специфику поведенческого реагирования больных;

- изучение таких характеристик психологической адаптации личности (уровень субъективного контроля, тревожность, механизмы психологической защиты и копинг-стратегии), которые, как следует из обзора литературы, оказываются наиболее значимыми для формирования поведенческих стереотипов.

**2.2.4.1 Диагностика типа приспособительного поведения**

Заключение о типе приспособительного поведения (ТПП) выносилось всем больным на основании критериев диагностики, предложенных В.М.Воловиком (1985). Выделялись следующие основные ТПП: конструктивный, регрессивный, дезадаптивный и – при сочетании признаков указанных выше типов – неопределенный.

Данные феноменологические оценки состояния (нозологической и синдромальной диагностики), а также результаты экспериментально-психологического обследования больных при формулировании функционального диагноза не учитывались.

Функционально-диагностическое заключение выносилось на момент поступления, выписки и катамнестического обследования, так как, по мнению А.В. Рустановича (2000), "тип поведенческого реагирования, являющийся одной из характеристик состояния больного, безусловно, претерпевает значительные видоизменения" не только в процессе лечения, но и в течение дальнейшей жизни человека под влиянием социально-средовых факторов. Функциональная оценка, наряду с распознаванием ТПП, дополнялась рядом характеристик особенностей психологической адаптации личности.

**2.2.4.2 Исследование особенностей психологической адаптации**

К числу важнейших характеристик личности, оказывающих регулирующее влияние на поведение человека, относятся, как следует из обзора литературных данных, уровень субъективного контроля (интернальность) и уровень тревожности.

Для оценки интернальности в нашей стране используется разработанная в 1984 году Е.Ф.Бажиным с соавт. "Методика определения уровня субъективного контроля" ("УСК"). Данный тест является серией специально отобраных вопросов, содержание которых связано с тем, в какой степени человек ощущает себя активным субъектом собственной деятельности, а в какой – пассивным объектом действия других людей и внешних обстоятельств. Опросник содержит 44 утверждения, причём, половина из них сформулированы таким образом, что положительный ответ на них дадут люди с интернальным УСК, а другая половина сформулирована так, что положительный ответ на неё дадут люди с экстернальным УСК. Равное количество пунктов опросника описывают эмоционально позитивные и эмоционально негативные ситуации, равное количество пунктов сформулировано в первом и третьем лице. Опросник измеряет соотношение интернальность – экстернальность по 7 шкалам: общей интернальности (Ио), интернальности в области достижений (Ид), неудач (Ин), здоровья (Из), семейных (Ис), производственных (Ип) и межличностых отношений (Им). Наличие 5.5 и более стэнов по каждой из этих шкал свидетельствует об интернальном типе локус-контроля, менее 5.5 - об экстернальном.

Для оценки уровня реактивной и личностной тревожности использовался широко распространенный в нашей стране опросник Спилбергера-Ханина (Ханин Ю.Л., 1976). В соответствии с общепринятыми критериями, низкий уровень тревожности по каждой из шкал диагностировался при сумме баллов 30 и менее, высокий - 45 и более.

В связи с тем, что "современное понимание этиопатогенеза нарушений психической адаптации… предполагает адекватное использование методов психологической диагностики… скрытых эмоциональных нарушений,.. индивидуальных механизмов переработки стресса и психологической защиты" (Вассерман Л.И., 1999), нами было проведено исследование активных и пассивных механизмов совладания со стрессом. Одним из методических подходов для решения данной задачи, по мнению Н.А. Сироты и В.М. Ялтонского (1994) является "базирующийся на теоретических основах трансакциональной когнитивной терапии стресса и копинга Р. Лазаруса тест "Индикатор копинг-стратегий"". Авторы показали его релевантность в качестве диагностического инструмента для определения типичных моделей копинг-поведения, как активных и осознанных личностных паттернов реагирования на дисстрессирующую ситуацию. Опросник состоит из 33 пунктов, при ответе на которые испытуемому необходимо выбрать свойственные ему стереотипы поведения в проблемной ситуации. По результатам обработки выносится заключение о выраженности трех копинг-стратегий: копинга, направленного на активное разрешение проблемы, копинга, направленного на поиск социальной поддержки и копинга избегания.

Для определения механизмов психологической защиты (МПЗ) применялась методика LSI (Life Style Index), разработанная в 1979 году на основе психоэволюционной теории R.Plutchik и структурной теории личности H.Kellerman, которую, по мнению Л.И Вассермана (1999), "следует признать наиболее удачным диагностическим средством, позволяющим диагностировать всю систему МПЗ, выявить как ведущие, основные механизмы, так и оценить степень напряженности каждого защитного механизма".

Использовавшийся вариант опросника состоял из 97 вопросов, ориентированных на оценку 8 видов МПЗ: отрицание, вытеснение, замещение, компенсацию, реактивные образования, проекцию, интеллектуализацию и регрессию. Каждому из этих 8 МПЗ соответствовует от 10 до 14 утверждений, описывающих личностные реакции индивида, возникающих в различных ситуациях. Ответы на эти утверждения фиксировались на бланке по типу "верно-неверно" и затем подсчитывалось количество баллов по каждому виду МПЗ. "Сырые" оценки затем переводились в процентили и на специальном профильном бланке строился профиль защитной структуры индивида.

Результаты применения указанных экспериментально-психологических методик сопоставлялись как с данными клинической оценки состояния, так и с результатами использования других методов.

**2.2.5 Оценка качества социальной адаптации**

Уровень социальной адаптации определяли, в соответствии со специально разработанными критериями (Рустанович А.В., Фролов Б.С., 2001), в основных сферах жизнедеятельности, к которым большинство авторов (Коцюбинский А.П. с соавт., 1991; Попов Ю.В., 1994) относят профессиональную, семью и межличностные отношения, быт и досуг, особенности индивидуальных и общественных ценностей.

По каждому из указанных направлений уровень адаптации оценивался по пятибалльной шкале. Из-за существенных колебаний степени дезадаптации одного и того же человека в разных сферах жизнедеятельности рассчитывался также интегральный показатель уровня социальной адаптации.

Таким образом, для оценки исходов изучались структура окончательных диагнозов, выраженность расстройств и показатели социальной адаптации на момент катамнестического исследования. В качестве характеристик катамнеза использовали также такие показатели, как вид диспансерного учета и частота повторных госпитализаций.

Сводные данные о количестве лиц, обследованных с помощью указанных методов приводятся в табл. 2.

**2.2.6 Статистическая обработка данных**

Статистическая обработка результатов клинических исследований выполнена с использованием пакета прикладных программ "Microsoft Excel ХР" и "Statistica 5.0 for Windows" на ЭВМ типа IBM PC/AT. Средне-групповые значения, дисперсия результатов исследований, минимальные и максимальные значения показателей вычислялись в процедуре "Basic Statistics" программы "Statistica 5.0 for Windows". Использовались показатели дескриптивной статистики. Достоверность различий между результатами исследования различных групп оценивалась по t-критерию Крускала-Уоллиса (процедура "Two-Sample Analysis"), U-критерию Манна–Уитни, тесту ANOVA. Различия считали достоверными при р<0,05. При построении прогностических заключений для группировки анализируемых признаков в кластеры проводился факторный анализ с применением различных процедур вращения данных ("Varimax", "Quartimax" и т.д.).

Таблица 2 Количество лиц, обследованных различными диагностическими методами

|  |  |
| --- | --- |
| Применяемые методы исследования | Количество обследованных |
| Клинико-психопатологический | 116 |
| Клинико-катамнестический | 116 |
| CIDI – 1.1 | 116 |
| GAF | 116 |
| SCL-90-R | 50 |
| НПА | 50 |
| СОС | 50 |
| ТПП | 116 |
| Индикатор копинг-стратегий | 50 |
| Индекс жизненного стиля | 50 |
| PDQ-4 | 50 |
| Опросник Спилбергера-Ханина | 50 |

**ГЛАВА III. ДИНАМИКА ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ**

При вынесении заключения о наличии психического расстройства пограничного регистра, военнослужащие, в большинстве случаев, увольняются из ВС. Вместе с тем, нозологический диагноз, как следует из сведений, представленных в литературном обзоре, зачастую не является фактором, однозначно определяющим исход заболевания. Поскольку же в дальнейшем, как правило, эти больные не попадают в поле зрения не только военных психиатров, но и психиатров районных психоневрологических диспансеров, в настоящей главе проанализированы течение заболевания и качество социальной адаптации больных после их увольнения из армии с разными диагнозами пограничного регистра.

**3.1 Динамика пограничных психических расстройств у лиц, уволенных из Вооруженных Сил**

Одним из основных критериев точности диагностики служит катамнестическая верификация диагностического заключения, в связи с чем нами, в первую очередь, была проанализирована структура окончательных диагнозов больных. Как следует из данных, представленных в табл. 3, психопатологические проявления в катамнезе, соответствующие критериям определенных психических расстройств, отмечены у 59.5 % обследованных лиц (69 человек). При этом, достоверно (р<0.05 по критерию Фишера) большее количество практически выздоровевших лиц наблюдалось в группах больных с невротической и личностной патологией (45.8 % и 43.8 % соответственно). У пациентов с органическими расстройствами практическое выздоровление отмечалось лишь в 20 % случаев.

В группе из 69 человек с выявленной в катамнезе психической патологией, преобладали расстройства личности, диагностированные почти у четвертой части обследованных (24.1 %). Невротические и связанные со стрессом расстройства, органические расстройства пограничного уровня и патология психотического регистра встречались реже и отмечены, примерно, в равном числе случаев (11.2 %, 11.2 % и 10.3 % соответственно). Незначительную долю составили больные с аддиктивной патологией (2.6 %).

В группе лиц, уволенных с невротическими расстройствами, окончательный диагноз был изменен у 26 человек (58.3 %). При этом, лишь в 9 случаях (18.8 %) диагностическое заключение при катамнестическом обследовании соответствовало расстройствам невротического круга. Несколько чаще у них были диагностированы расстройства личности – 11 человек (22.9 %). Патология психотического регистра, как и аддиктивные расстройства, были установлены у 6.3 % больных: 2 случая шизофрении, 1 – биполярного аффективного расстройства, 2 – опиатной наркомании и 1 – алкоголизма.

У больных, уволенных с диагнозом расстройства личности, вариабельность диагностических заключений (в катамнезе) оказались менее выраженной: патология личности была выявлена в 37.5 % случаев, а остальные психопатологические проявления встречались в значительно реже (невротические состояния диагностированы в 6.3 % случаев, расстройства психотического регистра – в 10.4 %). В одном случае установлен органический генез психопатоподобных расстройств (2.1 %).

В группе больных с органическими психическими расстройствами диагнозы изменялись реже всего: из 16 человек с сохраняющейся в катамнезе патологией у всех имеются указания на органический генез расстройств, в том числе психотического регистра (20.0 %).

Структура психических расстройств в катамнезе лиц, уволенных из Вооруженных Сил с пограничными расстройствами (в соответствии с критериями МКБ-10) представлена в табл. 4. Анализ этих данных свидетельствует, что формулировка окончательных диагнозов по данной систематике, в целом, соответствует рассмотренной выше, что подтверждает общность различных классификаций применительно к пограничной психиатрии.

Таблица 4 Распределение психических расстройств в катамнезе больных по классификации МКБ-10

|  |  |
| --- | --- |
| Диагностические разделы МКБ-10 | Расстройства на момент увольнения |
| Невротические  | Личностные  | Органические  | Всего |
|  | Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| F0 | 0 | 0 | 1 | 2.1\* | 16 | 80.0 | 17 | 14.7 |
| F1 | 3 | 6.3 | 1 | 2.1 | 0 | 0 | 4 | 3.4 |
| F2 | 2 | 4.2 | 5 | 10.4 | 0 | 0 | 7 | 6.0 |
| F3 | 2 | 4.2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1.7 |
| F4 | 8 | 16.7 | 3 | 6.3 | 0 | 0 | 11 | 9.5 |
| F6 | 11 | 22.9 | 17 | 35.4 | 0 | 0 | 28 | 24.1 |
| Z54 (Здоров) | 22 | 45.8\* | 21 | 43.6\* | 4 | 20.0 | 47 | 40.5 |
| Всего: | 48 | 100 | 48 | 100 | 20 | 100 | 116 | 100 |

\* - достоверность различий с группой органических психических расстройств p<0.05

При последующем анализе было установлено, что у значительной части обследованного контингента выявлялась сопутствующая психиатрическая патология, сведения о которой приводятся в табл. 5. Эти данные показывают, что почти у трети больных с пограничными расстройствами была отмечена аддиктивная патология, прежде всего, злоупотребление алкоголем. Синдром зависимости выявлялся существенно реже (2.1 %). При этом, если распространенность аддиктивной патологии в группе больных невротического и психопатического кругов была одинаковой (по 22.9 %), то у лиц с органическими расстройствами подобная коморбидность выявлена в 60 % случаев.

Таблица 5 Коморбидные расстройства у обследованных больных

|  |  |
| --- | --- |
| Сопутствующийдиагноз в катамнезе  | Диагноз при выписке из стационара  |
| Невротическиерасстройства | Личностныерасстройства  | Органические психическиерасстройства | Всего |
|  | Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| F10.1 | 10 | 20.8 | 10 | 20.8 | 8 | 40.0 | 28 | 24.1 |
| F11.1 | 1 | 2.1 | 0 | 0 | 2 | 10.0 | 3 | 2.6 |
| F11.2 | 0 | 0 | 1 | 2.1 | 2 | 10.0 | 3 | 2.6 |
| Всего | 11 | 22.9\* | 11 | 22.9\* | 12 | 60.0 | 34 | 29.3 |

\* - достоверность различий с группой органических психических расстройств p<0.05

Показатели диспансерного учета обследованного контингента больных приведены в табл. 6 и на рисунке 1. Как следует из приведенных данных, только четвертая часть больных состоит под наблюдением психиатров. При этом, если лица с невротическими расстройствами в анамнезе состоят на учете в ПНД в 12.5 % случаев, то в группе лиц с расстройствами личности данный показатель в три (39.5 %), а с органической патологией (30.0 %) более, чем в 2 раза выше.

Таблица 6 Распределение больных по видам диспансерного учета

|  |  |
| --- | --- |
| Вид диспансерногоучета  | Диагноз при выписке из стационара |
| Невротическиерасстройства | Личностныерасстройства | Органическиепсихическиерасстройства | Всего |
| Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| Диспансерный | 1 | 2.1 | 6 | 12.5 | 2 | 10.0 | 9 | 7.8 |
| Консультативный | 5 | 10.4 | 13 | 27.1 | 4 | 20.0 | 22 | 19.0 |
| Всего: | 6 | 12.5 | 19 | 39.5 | 6 | 30.0 | 31 | 26.7 |

Рис.1. Показатели диспансерного учета больных

Повторные госпитализации после увольнения из Вооруженных Сил у обследованных больных встречались лишь в единичных случаях (рис. 2). Так, из числа больных, уволенных с невротическими расстройствами, в дальнейшем были госпитализированы 4 человека (8.3 %): 2 – с шизофренией, 1 – с ипохондрическим расстройством и 1 – с декомпенсацией эмоционально-неустойчивой психопатии. Лица с патологией личности в анамнезе повторно госпитализировались в 6 случаях (12.5 %): 3 – с шизофренией, 2 – с острым шизофреноподобным расстройством, и 1 – с демонстративным суицидальным поведением на фоне истерической психопатии, а больные с психическими расстройствами органического генеза – в двух случаях (10.0 %) по поводу органического бредового расстройства.

Рис. 2. Частота повторных госпитализаций в катамнезе больных с пограничными психическими расстройствами

По данным изучения синдромологической структуры пограничных психических расстройств на момент увольнения установлено, что она отличалась значительной полиморфностью, нестабильностью, сочетанием различных вариантов эмоциональных, вегетативных и волевых нарушений. В связи с этим мы выделяли лишь основные симптомокомлексы, сгруппировав их в синдромы, данные о которых представлены в табл. 7. Анализ этих сведений показывает, что у больных при увольнении из Вооруженных Сил преобладали астено-депрессивный, истеро-депрессивный синдром и синдром эмоционально-волевой неустойчивости (25.9 %, 22.4 % и 31.9 %, соответственно) и значительно реже отмечались депрессивный, тревожно-фобический и истерический синдромы (8.6 %, 7.8 % и 3.4 %, соответственно)

При сравнительном рассмотрении представленности синдромов в катамнезе установлено, что распространенность синдрома эмоционально-волевых нарушений осталась максимальной (23.3 %), в то время как астено-депрессивный синдром не выявлялся вовсе.

Распространенность истерического и тревожно-фобического синдромов практически не изменилась (2.6 % и 8.6 %, соответственно). Депрессивный и истеро-депрессивный наблюдались значительно реже (1.7 % и 5.1 %, соответственно). Вместе с тем отмечено формирование, хоть и в незначительном числе случаев, ранее не выявлявшихся синдромов: ипохондрического (3.4 %), обсессивного (2.6 %), галлюцинаторно-бредовых и аффективно-бредовых синдромов (10.3 %) и синдромов зависимости (1.7 %).

Следует отметить значительную трансформацию синдромологической структуры расстройств в динамике. Сопоставление психопатологических проявлений на момент увольнения и при катамнестическом обследовании показало, что наиболее динамичным состояние оказалось при депрессивном и астено-депрессивном синдромах, которые в 100 % случаев либо редуцировались, либо сменялись иным синдромом. Подобная же тенденция отмечена и у истерического и истеро-депрессивного синдромов, которые претерпевали изменения в большинстве случаев. При тревожно-депрессивном синдроме аналогичные проявления выявлены несколько реже (88.8 %). Синдром эмоционально-волевой неустойчивости оказался наиболее стабильным в динамике: его структура практически не изменилась в 45.9 % случаев.

Полная редукция симптоматики (практическое выздоровление) при депрессивном и истеро-депрессивном синдромах отмечена более, чем в половине случаев (80.0 % и 53.8 %, соответственно). При преобладании в клинической картине инициального периода заболевания истерической симптоматики и синдрома эмоционально-волевой неустойчивости подобная динамика встречалась значительно реже (в 25.0 % и 32.4 %, соответственно). При астено-депрессивном синдроме выздоровление отмечено в 40.0 % наблюдений.

Приведенные данные свидетельствуют, что в динамике пограничных психических расстройств у военнослужащих отмечается тенденция к нарастанию полиморфности синдромологической структуры выявляемой патологии: наряду с эмоциональными и вегетативными нарушениями появляются и более специфичные синдромы (ипохондрический, галлюцинаторно-бредовые, синдромы зависимости и т.п.), отражающие этапы структурирования и нозологической дифференциации психопатологических проявлений. При этом, синдромология начального периода болезни имеет прогностическую значимость: вероятность благоприятного исхода значительно выше при расстройствах депрессивного круга, чем, например, при наличии эмоционально-волевых нарушений.

Соотношение нозологической и синдромологической структуры диагнозов представлено в табл. 1 и 8. Анализ этих данных показывает, что на инициальном этапе у больных с невротическими расстройствами чаще отмечались различные варианты депрессивного синдрома, встречавшемся более, чем в 90 % случаев. При расстройствах личности клиническая картина определялась преимущественно синдромом эмоционально-волевой неустойчивости (64.6 %) и истеро-депрессивным синдромом (25.0%), а при органической патологии – астено-депрессивным синдромом (40.0%) и синдромом ЭВН (30.0 %).

Таблица 8 Синдромальная структура психических расстройств

|  |  |
| --- | --- |
| Варианты синдромовв катамнезе | Диагноз при выписке из стационара |
| Невротические расстройства | Личностныерасстройства | Органические психические расстройства | Всего |
| Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| Депрессивный | 2 | 4.2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1.7 |
| Тревожно-фобический | 5 | 10.4 | 3 | 6.3 | 2 | 10.0 | 10 | 10.3 |
| Истеро-депрессивный | 2 | 4.2 | 2 | 4.2 | 2 | 10.0 | 6 | 6.0 |
| Истерический | 1 | 2.1 | 2 | 4.2 | 0 | 0 | 3 | 2.6 |
| Эмоционально-волевой неустойчивости | 8 | 16.7 | 15 | 31.3 | 4 | 20.0 | 27 | 25.9 |
| Ипохондрический | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 20.0 | 4 | 3.4 |
| Обсессивный | 3 | 6.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 2.6 |
| Галлюцинаторно-бредовые и аффективно-бредовые | 3 | 6.3 | 5 | 10.4 | 4 | 20.0 | 12 | 10.3 |
| Синдром зависимости | 2 | 4.2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1.7 |
| Отсутствие синдрома | 22 | 45.8 | 21 | 43.8 | 4 | 20.0 | 47 | 40.5 |
| Всего | 48 | 100 | 48 | 100 | 20 | 100 | 116 | 100 |

В катамнезе больных невротическими расстройствами преобладали тревожно-фобический синдром (10.4 %) и синдром ЭВН (16.7 %), при расстройствах личности – эмоционально-волевые нарушения (31.3 %), а при органической патологии равно представленными оказались ипохондрический синдром, галлюцинаторно-бредовые синдромы и синдром эмоционально-волевой неустойчивости. Таким образом, если при расстройствах личности отмечена относительная стабильность клинической картины в динамике, то при невротических и органических расстройствам выявлена отчетливая тенденция к трансформации. При этом тревожно-фобический синдром при неврозах оказался наименее подверженным изменениям, а его наличие позволяет прогнозировать неблагоприятное течение заболевания. При органических расстройствах для большинства синдромов в динамике было характерно усложнение симптоматики с присоединением ранее не встречавшихся клинических радикалов.

**3.2 Зависимость качества социальной адаптации от нозологической принадлежности заболевания**

Распределение обследованного контингента больных по показателям качества социальной адаптации представлено в табл. 9.

Таблица 9 Социальная адаптация в катамнезе больных с различными нозологическими формами ППР

|  |  |
| --- | --- |
| Диагноз при выписке  | Социальная адаптация |
| > 3.5 | 2.5 – 3.4 | < 2.5 |
| Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| Невротические расстройства | 16 | 33.3 | 15 | 31.3 | 17 | 35.4\* |
| Расстройства личности | 13 | 27.1 | 12 | 25.0 | 23 | 47.9 |
| Органические психические расстройства | 4 | 20.0 | 2 | 10.0 | 14 | 70.0 |

\* - достоверность различий с группой органических психических расстройств p<0.05

Как следует из приведенных данных, группа больных с невротическими расстройствами характеризовалась наиболее высоким уровнем социального функционирования: у 1/3 больных отмечен высокий уровень социальной адаптации (более 3.5.баллов). Наихудшие показатели отмечены в у лиц с органическими расстройствами, у которых хорошее психосоциальное функционирование отмечено лишь в 20.0 % наблюдений, а адаптация 70.0 % из них оценивались как неудовлетворительная. Больные с личностной патологией занимали по данному параметру промежуточное положение (рис. 3).

Рис. 3. Распределение больных по уровню социальной адаптации

Среднегрупповые характеристики качества социальной адаптации (СА) больных с основными группами нозологических форм приведены в табл. 10.

Таблица 10 Среднегрупповые показатели социальной адаптации больных с пограничными расстройствами

|  |  |
| --- | --- |
| Сферы жизнедеятельности | Группы психических расстройств  |
| Невротические расстройства | Личностнаяпатология | Психические расстройства органического генеза |
| Образованиеminmax | 2.23+0.2614  | 1.92+0.2714 | 2.0+0.3713 |
| Семьяminmax | 2.85+0.27114 | 2.48+0.25214 | 2.20+0.47314 |
| Работаminmax | 3.19+0.391114 | 2.21+0.3614 | 1.80+0.563314 |
| Межличностные отношенияminmax | 2.92+0,2414 | 2.77+0.2314 | 2.50+0.32314 |
| Досугminmax | 3.06+0,2815 | 2.88+0.3214 | 2.40+0.32314 |
| Общее отношение к жизниminmax | 3.13+0,191124 | 3.67+0.162224 | 2.70+0.38314 |
| Интегральный показательminmax | 2.90+0,191.833.83 | 2.65+0.2221.54 | 2.27+0.34331.53.67 |

\*Примечания: 1 – достоверность различий между группами невротических и личностных расстройств p<0.05; 11 – между группами невротических и личностных расстройств p<0.005; 2 – между группами личностных расстройств и психических расстройств органического генеза p<0.05; 3 – между группами невротических расстройств и психических расстройств органического генеза p<0.05; 33 –между группами невротических расстройств и психических расстройств органического генеза p<0.005

Статистически значимые (p<0,05) различия показателей СА выявлены: по семейным взаимоотношениям – между всеми группами расстройств; по качеству производственной деятельности ("работа") – между больными с невротическими и личностными расстройствами, невротическими и органическими расстройствами; по межличностным взаимоотношениям - между группами невротических и органических расстройств; в сфере досуга - между группами личностных и органических расстройств; по показателю "общее отношение к жизни" – между всеми группами расстройств; по интегральной оценке уровня СА - между группами невротических и органических расстройств, а также личностных и органических расстройств. По уровню образования достоверных межгрупповых различий выявлено не было.

Таким образом, как по большинству изученных показателей адаптации в различных социальных сферах, так и по интегральной оценке самые низкие характеристики качества СА отмечены у больных с органическими психическими расстройствами, а наиболее высокие – при патологии невротического спектра, что вполне согласуется с общепринятыми представлениями о данных заболеваниях.

Следует отметить, что соотношения показателей между качеством адаптации в разных сферах жизнедеятельности при всех заболеваниях было неодинаковым. Так, статистически значимая (p<0.05) сильная прямая корреляционная связь (КК>0.7), по данным корреляционного анализа, отмечена: при невротических расстройствах между параметрами "досуг" и "семья", а также "досуг" и "работа", при расстройствах личности – между показателями по шкалам "работа" и "семья", а также "досуг" и "межличностные отношения", а при психических нарушениях органического генеза – между параметрами "работа" и "семья", "работа" и "общее отношение к жизни" и "досуг" и "межличностные отношения". В то же время, слабая (КК<0.3) и недостоверная корреляционная связь установлена между уровнем образования, с одной стороны, и, вопреки ожиданиям, адаптацией в производственной, семейной сферах и межличностными отношениями, с другой.

Представляется важным подчеркнуть, что в рамках каждой из нозологических форм показатели СА колебались в достаточно широких пределах. Например, у разных больных невротическими расстройствами качество досуга оценивались в диапазоне от 1 до 5 баллов, а показатели функционирования в других сферах - от 1 до 4 баллов.

**3.3 Зависимость качества социальной адаптации от синдромологической принадлежности заболевания**

Распределение больных по уровню социальной адаптации представлено в табл. 11. Анализ данных показывает, что наиболее благоприятный прогноз СА отмечается в группах больных с депрессивным и истеро-депрессивным синдромами, при которых около половины больных было отнесено в категорию лиц с высоким (более 3.5 баллов) уровнем адаптированности. В то же время тревожно-фобический и истерический синдромы характеризовались наиболее низкими показателями по этому параметру – ни один больной выявлял в катамнезе высокого качества адаптации, а более чем у половины из них выявлены плохие показатели приспособления в социуме (рис. 4).

Среднегрупповые характеристики качества социальной адаптации (СА) больных различной синдромологической структурой расстройств при выписке из стационара приведены в табл. 12.

Как следует из представленных данных, статистически значимые (p<0,05) различия показателей СА выявлены: по образовательному цензу – между синдромом эмоционально-волевой неустойчивости и вариантами депрессивного синдрома (астено-депрессивным и истеро-депрессивным), а также тревожно-фобическим синдромом (при этом, именно синдром ЭВН характеризовался наиболее низким уровнем образования); по качеству семейных отношений – между тревожно- фобическим синдромом и синдромом эмоционально-волевой неустойчивости, с одной стороны, и вариантами депрессивного синдрома – с другой; по качеству производственной деятельности – также между вариантами депрессивного синдрома, с одной стороны и синдромом эмоционально-волевой неустойчивости, с другой; по межличностным взаимоотношениям – между вариантами депрессивного синдрома и синдромом ЭВН, с одной стороны, и тревожно-фобическим синдромом – с другой ; в сфере досуга – между тревожно-фобическим синдромом, с одной стороны, и вариантами депрессивного синдрома и синдромом ЭВН – с другой, а также между депрессивным синдромом и синдромом эмоционально-волевой неустойчивости; по показателю "общее отношение к жизни" – между тревожно-фобическим синдромом, с одной стороны, и истерическим, истеро-депрессивным синдромами и синдромом ЭВН – с другой; по интегральной оценке уровня СА - между вариантами депрессивного синдрома, с одной стороны, и тревожно-фобическим синдромом и синдромом эмоционально-волевой неустойчивости – с другой.

Таблица 11 Социальная адаптация в катамнезе больных с различной синдромальной структурой ППР

|  |  |
| --- | --- |
| Синдром при выписке | Интегральный показательсоциальной адаптации |
| > 3.5 | 2.5 – 3.4 | < 2.5 |
| Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| Депрессивный | 5 | 50.0 | 3 | 30.0 | 2 | 20.0 |
| Астено-депрессивный | 11 | 36.7 | 7 | 23.3 | 12 | 40.0 |
| Тревожно-фобический | - | - | 2 | 22,2 | 7 | 77.8 |
| Истеро-депрессивный | 11 | 42.3 | 5 | 19.2 | 10 | 38.5 |
| Истерический | - | - | 2 | 50.0 | 2 | 50.0 |
| Эмоционально-волевой неустойчивости | 5 | 13.5 | 10 | 27.0 | 22 | 59.5 |

Рис.4. Количество больных с различной синдромоогической структурой ППР и низким (<2.5 баллов) уровнем социальной адаптации

Таким образом, как по большинству изученных показателей адаптации в различных сферах жизнедеятельности, так и по интегральной оценке самые высокие характеристики качества СА отмечены у лиц с различными вариантами депрессивного синдрома. Наиболее низкие показатели в сферах семейных и межличностных отношений, а также досуга и общего отношения к жизни – у больных с тревожно-фобическим синдромом; по параметру "производственные отношения" и образовательному цензу – при синдроме эмоционально-волевой неустойчивости.

Однако, и при изучении синдромологической структуры заболевания отмечалась довольно высокая вариабельность показателей социальной адаптации у разных больных. В качестве иллюстрации приведем следующие примеры.

Клиническое наблюдение № 1. Больной М., 1979 г.р., военно-учетная специальность – рулевой-сигнальщик.

Из анамнеза: родился в семье рабочих вторым из двух детей, беременность и роды протекали без особенностей. Рос в неблагоприятной семейной обстановке из-за частых семейных скандалов, связанных с пьянством отца. Воспитывался в условиях гипоопеки, по характеру сформировался несдержанным, своенравным, обидчивым. В 11-летнем возрасте перенес закрытую черепно-мозговую травму, по поводу которой лечился в стационаре. После травмы часто беспокоили головные боли, головокружение, повышенная утомляемость; плохо переносил жару, длительные поездки на транспорте. Стал более раздражительным, вспыльчивым, легко возбудимым, что особенно отчетливо проявлялось в период пубертатного криза: на замечания в свой адрес реагировал бурными протестными вспышками, обвинял окружающих в предвзятом отношении. Окончил 8 классов общеобразовательной школы, 9-й класс в вечерней школе, после чего обучение прекратил. До призыва эпизодически по 1-2 месяца работал на подсобных работах, однако на работе не удерживался, так как "быстро надоедало". Свободное время проводил праздно, злоупотреблял алкоголем, препаратами конопли. В 1997 г. призван на военную службу, на которую шел без желания, однако на призывной комиссии жалоб не предъявлял, был признан годным к службе на надводных кораблях. При обследовании психологом части была выявлена 4-я группа нервно-психической устойчивости, в результате чего находился под динамическим наблюдением врача части. В силу характерологических особенностей адаптироваться к специфике флотского быта не смог, тяготился дисциплинарной и субординационной регламентацией корабельной жизни. Со служебными обязанностями не справлялся, постоянно жаловался на усталость. Правильных отношений с сослуживцами построить не сумел, часто ссорился с ними по малозначительным поводам. На меры воспитательного характера легко аффектировался, на замечания в свой адрес реагировал крайне болезненно, требовал привилегированных условий, при невыполнении его претензий угрожал самоубийством. Спустя 3 месяца после начала службы самовольно покинул расположение части, после чего был помещен на гауптвахту, где лезвием нанес себе несколько самопорезов на левом предплечье. Был направлен в психиатрическое отделение. При поступлении был развязан, держался без дистанции, ответы отличались циничностью, выявлял ограниченный круг интересов, неустойчивость настроения, легко аффектировался. На продолжение военной службы был настроен крайне негативно, в случае выписки в часть угрожал побегом, суицидными действиями, при этом озлоблялся, выявлялись вегетативные и вазомоторные реакции. В отделении был конфликтен, груб с персоналом, реакция на замечания была кратковременная, держался обособленно, высокомерно, без полезных занятий в свободное время. Был признан ограниченно годным к военной службе по ст. 14б Приказа МО РФ 1995 г. № 315 в связи с отдаленными последствиями закрытой черепно-мозговой травмы с синдромом эмоционально-волевой неустойчивости.

Катамнез. После демобилизации полтора года вел праздный образ жизни, так как "хотел отдохнуть от службы". Практически ежедневно алкоголизировался, эпизодически устраивался на неквалифицированные работы, однако подолгу "не мог работать на одном месте – было скучно". Неоднократно увольнялся руководством за прогулы и пьянство. В рабочих коллективах был конфликтным, неуживчивым, постоянно стремился переложить свои обязанности на других, в сложных ситуациях был склонен обвинять окружающих. Продолжая алкоголизироваться, часто вступал в драки, неоднократно задерживался милицией. На момент проведения катамнестического обследования в 2002 г. отмечал сохраняющиеся частые головные боли, которые, однако "хорошо снимаются водкой", вспыльчивость. Не женат, больше года не работает, живет у родителей, с которыми ежедневно конфликтует и со слов которых "постоянно пропадает в компании алкашей". К жизни относится легкомысленно, реальных планов на будущее не строит, заявляя, что "и так всем доволен".

Социальная адаптация больного М. характеризовалась следующими показателями: функционирование в сферах образования и производственных отношений было оценено в 1 балл, семейные отношения и досуг – в 2 балла, межличностные отношения – в 3 и общее отношение к жизни – в 4 балла. Интегральный показатель социальной адаптации составил 2,16 балла (по пятибалльной шкале).

Клиническое наблюдение № 2. Больной К., 1980 г.р., военно-учетная специальность – стрелок.

При поступлении предъявлял жалобы на неустойчивое, чаще сниженное настроение, раздражительность, тоску по дому, нарушения ночного сна, частые головные боли.

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена, родился вторым ребенком из пяти детей в семье рабочих, по характеру сформировался тихим, трудолюбивым. В школу пошел в 6 лет, учился удовлетворительно, после школы успешно окончил ПТУ по профессии столяра-краснодеревщика, затем работал по специальности. В январе 2001 года был призван в ВС РФ. Спустя месяц вследствие неуставных взаимоотношений получил закрытую черепно-мозговую травму, после чего с указанными выше жалобами дважды лечился стационарно в клинике нервных болезней ВМедА. После выписки проходил службу в другой части, однако, и там тяготился условиями воинской службы, на фоне чего вновь отметил учащение головных болей, стойкое снижение настроения, появление бессонницы, кошмарных сновидений, раздражительности, слезливости, тоски по дому. Неоднократно обращался за медицинской помощью. Изменился по характеру: появились конфликтность, несдержанность, неоднократно критиковал действия командиров и сослуживцев, порядки в части. Командованием стал характеризоваться как "не самостоятельный, привязанный к родителям, склонный к самовольным оставлениям части,.. в коллективе не уживчивый, замкнутый, не пользующийся авторитетом среди сослуживцев,.. расхлябанный." По рекомендации медицинской службы части был направлен на стационарное обследование, освидетельствование и лечение в клинику психиатрии. В психиатрическое отделении госпиталя выглядел растерянным, однако цель осмотра понимал верно. Фон настроения длительно держался сниженным, отмечалась отчетливая эмоциональная лабильность, эмоциональные реакции сопровождались вегетативно-сосудистыми проявлениями. В мышлении преобладала аффективная логика, суждения отличались прямолинейностью, эгоцентричностью, категоричностью. Внимание характеризовалось истощаемостью, сниженной способностью к концентрации. Длительно был фиксирован на конфликтной ситуации, при ее обсуждении становился слезливым. В конце осмотра заметно истощался. Объем памяти был снижен, пытался что-то записывать в блокнот. Крайне негативно относился к продолжению военной службы, однако, на увольнение с психиатрическим диагнозом первоначально не соглашался. После увольнения планировал продолжить работу на прежнем месте, собирался жениться на девушке, с которой поддерживал длительные отношения. Военно-врачебной комиссией был признан ограниченно годным к военной службе по ст. 14б Приказа МО РФ 1995 г. № 315 в связи с отдаленными последствиями закрытой черепно-мозговой травмы с синдромом эмоционально-волевой неустойчивости.

Катамнез: спустя месяц после демобилизации по собственному желанию устроился на работу краснодеревщиком – "люблю работать руками,.. чтобы видеть результат", работой доволен. Окончил водительские курсы. Не желая "быть зависимым от родителей", снимает квартиру. В 2001 году женился, отношения в семье, несмотря на редкие размолвки с женой, оценивает как очень теплые, детей нет – "пока не зарабатываю на них". Свободное время посвящает изучению компьютера: "надо идти в ногу со временем… буду новые проекты на нем разрабатывать". Любит принимать гостей, поясняя, что "в одиночку можно заплесневеть". На момент обследования отмечает, что эпизодически на фоне переутомления возникают головные боли, однако, после отдыха в кругу семьи эти явления быстро проходят. Планирует, пройти обучение на менеджера и далее работать на производстве на "руководящих должностях".

Социальная адаптация больного характеризовалась следующим образом: семейные, производственные и межличностные отношения, а также досуг были оценены в 4 балла, образование – в 2 и общее отношение к жизни – в 4 балла. Интегральный показатель социальной адаптации составил 3,67 балла (по пятибалльной шкале).

При сравнительном рассмотрении данных клинических примеров можно отметить, что, несмотря на идентичность диагнозов и близость синдромологической структуры заболевания, течение болезни и социальная адаптация у этих больных были совершенно различными. Это подтверждает вывод о том, что прогностические заключения, основанные на анализе только психопатологической структуры расстройств, верны, преимущественно, при оценке среднегрупповых показателей, и мало приемлемы в индивидуальных случаях.

Резюмируя содержание данной главы, следует подчеркнуть, использование только феноменологической оси позволяет сформулировать определенный прогноз течения заболевания, однако, он будет иметь лишь вероятностный характер. Это связано как со значительным разбросом показателей, так и с отсутствием достоверных различий по большинству параметров. Поэтому привлечение других, основанных не на оценке психопатологических показателей, а выявляющих "сохранный" потенциал личности характеристик состояния, в частности, тяжести патологических проявлений и особенностей личностно-психологической адаптации к среде, будет способствовать, по нашему мнению, индивидуализации прогностических заключений.

**ГЛАВА IV. КАТАМНЕЗ БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ РАЗНОЙ ВЫРАЖЕННОСТИ**

Нозологическая и синдромологическая структура пограничных психических расстройств не всегда определяет, как было показано выше, динамику и исход заболевания. При одинаковых клинических вариантах прогноз заболевания нередко оказывается различным, а катамнез при "легких" формах в инициальном периоде – менее благоприятным, чем при заболеваниях, традиционно считающихся более тяжелыми. Поэтому соотношение феноменологической (психопатологическая структура заболевания на момент увольнения из ВС) и уровневой (тяжесть психических расстройств) оценок психического состояния, а также их взаимосвязь с клиническим и социальным прогнозом, явились предметом рассмотрения в данном разделе работы.

**4.1 Динамика пограничных психических расстройств по данным объективной (экспертной) оценки тяжести состояния**

Выраженность психических расстройств у обследованных больных оценивалась по данным шкалы "Обобщенная оценка функционирования" ("GAF"), которая является базисной в международных систематиках для интегральной оценки тяжести психического состояния.

При обработке результатов исследования учитывались показатели, зафиксированные при поступлении и перед выпиской. Разница этих показателей рассматривалась, как характеристика динамики состояния на госпитальном этапе. Эти параметры сопоставлялись с аналогичными, полученными при катамнестическом исследовании.

Данные изучения распределения больных по тяжести психического состояния (табл. 13) показывают, что резко выраженные нарушения (показатель по шкале "GAF" менее 30 баллов) при поступлении отмечались у 37 больных (19 – с невротическими состояниями, 16 – с патологией личности,2 – с органическими психическими расстройствами, всего – 31.9 %), в то время как перед выпиской их не было выявлено вовсе. Соответствующие показатели для незначительно выраженных расстройств (показатель по шкале "GAF" более 50) составили 32.8 % (40 человек) и 78.4 % (48 – с невротическими, 27 – с личностными и 16 – с органическими расстройствами, всего – 91 человек). При этом, в группах больных с невротическими и органическими расстройствами количество лиц с минимальной тяжестью состояния, как при поступлении, так и при выписке из стационара было значительно большим, нежели в группе больных с расстройствами личности.

Наиболее благоприятным краткосрочный прогноз был при невротических расстройствах (среднегрупповые показатели улучшения состояния на госпитальном этапе составили 26.0 балла по шкале "GAF") (табл. 14). Наименьшая выраженность положительной динамики выявлена в группе больных с расстройствами органического генеза (10.8 балла), а личностные расстройства характеризовались средними показателями улучшения состояния (17.0 балла), однако, именно в этой группе выраженность расстройств при выписке была самой высокой (53,8 балла).

Анализ психического состояния по шкале "GAF" в катамнезе больных (рис. 5) показывает, что наиболее высокий среднегрупповой показатель (62.9 балла) отмечен в группе больных с невротическими расстройствами, а в группе больных с органическими расстройствами он оказался самым низким (53.5 балла), достоверно (р<0.05) отличаясь от первой группы пациентов. У больных с личностной патологией этот показатель занимал промежуточное положение, не имея достоверных отличий ни от группы органических расстройств, ни от группы неврозов. Однако, лишь в этой группе обследуемых отмечена (табл. 14) достоверная (р<0.05) положительная динамика состояния по уровневой шкале при катамнестическом исследовании (57.8 балла) по сравнению этим показателем перед выпиской (53.8 балла). В группе больных с расстройствами невротического круга данной динамики отмечено не было: эти показатели составили 62.8 балла перед выпиской и 62.9 балла в катамнезе, а в группе больных с органической патологией этот показатель в катамнезе даже снизился (57.0 балла перед выпиской и 53.5 балла в катамнезе).

Рис. 5. Среднегрупповые показатели по шкале "GAF" при катамнестическом обследовании (в баллах)

Таким образом, невротические и личностные расстройства по данным экспертной оценки тяжести состояния характеризуется более благоприятным прогнозом, чем патология резидуально-органического генеза.

Таблица 14 Среднегрупповые показатели интегральной оценки тяжести психических расстройств у больных с различными клиническими формами ППР

|  |  |
| --- | --- |
| Выраженность психическихрасстройств по шкале "GAF" (баллы) | Диагноз при выписке из стационара  |
| Невротическиерасстройства | Личностныерасстройства | Органическиепсихическиерасстройства |
| При поступленииXX minX max | 36.7+5.41257 | 36.8+4.3 21357 | 46.2+5.831258 |
| При выпискеXX minX max | 62.8+1.7115276 | 53.8+2.24573 | 57.0+3.9334671 |
| Динамика состоянияXX minX max | 26.0+4.811657 | 17.0+4.5248 | 10.8+4.3 33335 |
| КатамнестическиXX minX max | 62.92+4.79888 | 57.75+4.113282 | 53.5+7.4833485 |

Примечание: 11 – достоверность различий между группами невротических и личностных расстройств p<0.005; 2 – достоверность различий между группами расстройств личности и органических расстройств p<0.05; 3 – достоверность различий между группами невротических и органических расстройств p<0.05; 33 – достоверность различий между группами невротических и органических расстройств p<0.005

Вместе с тем, анализ приведенных данных свидетельствует о достаточно высокой вариабельности изучавшихся показателей как при поступлении и выписке, так и по данным катамнестического исследования. Например, минимальные и максимальные значения тяжести психического состояния при невротических расстройствах составили: при поступлении по шкале "GAF" - 12 и 57 баллов; при выписке - 52 и 76, соответственно. Аналогичная закономерность отмечена и в остальных обследованных группах.

По данным дифференцированного анализа зависимости динамики состояния на госпитальном этапе от клинической структуры ведущего синдрома (табл. 15) установлено, что среднегрупповые показатели снижения выраженности расстройств были наиболее отчетливы при тревожно-фобическом, астено-депрессивном истерическом и депрессивном синдромах (по шкале "GAF" - 29.9, 22.5, 22.0 и 21.0 балла, соответственно). Наименее отчетливой положительная динамика была при истеро-депрессивном синдроме и синдроме эмоционально-волевой неустойчивости (17.5 и 15.9 балла). Однако, достоверные различия (p<0.05) выявлены лишь между тревожно-фобическим и астено-депрессивным синдромами с одной стороны, и синдромом ЭВН – с другой.

Следует, впрочем, подчеркнуть, что при индивидуальном анализе состояния указанные среднегрупповые закономерности отмечались не всегда. Например, в отдельных случаях при тревожно-фобическом синдроме улучшение состояния составило только 3 балла (по шкале "GAF"), в то время как при синдроме ЭВН этот показатель достигал 48 баллов.

В целом, во всех выделенных группах достоверно отмечена отчетливая положительная динамика состояния за период лечения.

Данные дифференцированного анализа динамики состояния к моменту катамнестического исследования в зависимости от синдромологической структуры заболевания показывают (рис. 6), что среднегрупповые показатели улучшения были наиболее выражены при депрессивных и истеро-депрессивных проявлениях (по шкале "GAF": 65.4 балла при выписке из стационара и 71.1 балла при катамнестическом обследовании и 60.0 балла при выписке и 65.2 балла катамнестически, соответственно). При тревожно-фобическом и истерическом синдромах наблюдалась отрицательная среднегрупповая динамика. Так, если на момент выписки показатели по шкале "GAF" при тревожно-фобическом и истерическом синдромах составили 59.2 и 54.0 балла, то при проведении катамнестического исследования они равнялись 44.3 и 48.0 балла, соответственно. Наименее отчетливой динамика состояния была при астено-депрессивном синдроме (61.4 балла при выписке и 61.0 балла в катамнезе). Синдром эмоционально-волевой неустойчивости характеризовался незначительно выраженной, но устойчивой положительной динамикой (52.1 балла при выписке и 55.0 балла при катамнестическом исследовании).

Данные о зависимости показателей уровневой оценки психического состояния при катамнестическом исследовании от длительности катамнестического наблюдения приведены в табл. 16. Как следует из приведенных данных, по мере увеличения длительности катамнестического наблюдения во всех группах отмечается тенденция к ухудшению состояния, причем, наиболее отчетливо это прослеживается у больных с органическими психическими расстройствами. Так, если в группе со сроком катамнеза до 5 лет среднегрупповой показатель по шкале "GAF" составил 61.8 балла, при сроке от 5 до 10 лет – 54.5, а при сроке более 10 лет – 51.6 балла. Менее отчетливо эта динамика наблюдается в группах с невротическими и личностными расстройствами, причем, если в первой максимальный показатель (66.1 балла) отмечен в выборке больных со сроками катамнеза от 5 до 10 лет и после этого стал существенно ниже (53.1 балла), то во второй при сроке наблюдения более 10 лет он несколько увеличился по сравнению с предыдущим (55.4 и 51.8 балла, соответственно). Впрочем, это увеличение не было статистически достоверным.

Рис. 6. Выраженность психопатологических проявлений по шкале "GAF" у больных с различной синдромальной структурой

Представленные сведения подтверждаются результатами корреляционного анализа, по данным которого коэффициент корреляции между сроком катамнеза и показателем по шкале "GAF" составил для группы невротических расстройств rr=-0.2 (р<0.05), для группы расстройств личности rr=-0.35 (р<0.05), а для группы органической патологии rr=-0.45 (р<0.05). В целом, для всей выборки больных коэффициент корреляции составил rr=-0.3 (р<0.05). Таким образом, приведенные данные указывают на нарастание выраженности психических расстройств по мере увеличения срока, прошедшего с момента увольнения военнослужащих из ВС.

Таблица 16 Выраженность психических расстройств при различных сроках катамнеза

|  |  |
| --- | --- |
| Длительностькатамнеза | Группы психических расстройств  |
| Невротические  | Личностные  | Органические  | Всего |
| менее 5 лет(группа 1)XX minX max | N=2564,6+6,7 31788 | N=2362,0+5,6 24282 | N=1058,2+14,4 33485 | N=5861,8+3,4 31788 |
| от 5 до 10 лет(группа 2)XX minX max | N=1566,1+9,2 34684 | N=951,8+9,93277 | N=753,0+9,4 34363 | N=3154,5+6,8 33284 |
| Более 10 лет(группа 3)XX minX max | N=853,1+8,21,24068 | N=1655,4+8,23772 | N=342,5+8,31,23852 | N=2751,6+7,81,23768 |

Примечания: N – количество обследованных в данной группе, Х – среднее значение показателя выраженности расстройств по шкале "GAF" в баллах, X min – минимальное значение выраженности расстройств по шкале "GAF" в баллах; X max – максимальное значение выраженности расстройств по шкале "GAF" в баллах 1 – достоверность различий с группой 1 p<0.05, 2 – достоверность различий с группой 2 p<0.05, 3 – достоверность различий с группой 3 p<0.05

Был проведен также "разведочный" анализ взаимосвязи между интегральным показателем качества социальной адаптации и сроком катамнеза. Полученные результаты свидетельствуют о наличии прямой достоверной корреляционной связи: коэффициент корреляции между указанными показателями составил rr=0.4 (p<0.05). Иначе говоря, при увеличении срока катамнеза качество социального функционирования улучшается, несмотря на нарастание выраженности психических расстройств.

Эти, несколько неожиданные, результаты, вероятно, могут иметь следующие объяснения. Во-первых, больные, уволенные до 1996 г., проходили военно-врачебное освидетельствование на основании положений приказа МО СССР 87 г. № 260, основанном на более строгих критериях диагностики психических расстройств пограничного круга. Следовательно, у этих пациентов отмечались более выраженные, отчетливые психопатологические проявления. Во-вторых, условия жизни последнего десятилетия предъявляют более жесткие требования к личностным адаптационным ресурсам, вследствие чего "ценой" приспособления в социуме лиц с низким резервом адаптации является стабилизация болезненных состояний. Третьим возможным объяснением может служить особенность обследованной выборки: более охотно давали согласие на катамнестическое обследование именно пациенты с сохраняющимися болезненными проявлениями.

Обобщая изложенные выше сведения, следует заключить, что выявлена определенная зависимость динамики состояния военнослужащих от клинической структуры пограничных психических расстройств (т.е., от характеристик состояния по феноменологической диагностической оси), их выраженности по данным экспертной оценки (уровневая ось диагностики) и срока катамнеза, требующая, однако, индивидуального уточнения в каждом конкретном случае. Поэтому на следующих этапах работы был проведен динамический анализ субъективных показателей выраженности расстройств.

**4.2 Симптоматология пограничных психических расстройств по данным субъективной оценки состояния**

Как указывалось выше, симптоматология пограничных расстройств изучалась на основании данных самооценки больных по методикам "НПА", "SCL-90-R". При этом проводился сравнительный анализ показателей в зависимости от этиологии расстройств. Во всех обследованных группах изученные показатели характеризовались значительной вариабельностью, что отражает индивидуальные различия в клинической картине заболевания. Однако при рассмотрении среднегрупповых значений этих показателей нами были выявлены определенные закономерности. Так, по данным теста SCL-90-R (табл. 17), достоверные (р<0.05) различия отмечены: между невротическими и личностными расстройствами – по показателям соматизации, тревожности и враждебности; между невротическими и органическими расстройствами, а также между личностной и органической патологией – по шкалам соматизации, депрессии, тревожности, паранойяльных симптомов и психотизма. Максимальная выраженность психопатологических проявлений была выявлена в группе лиц с органическими расстройствами (индекс общей тяжести GSI – 1.6 балла; общее число утвердительных ответов PST – 64.0 балла и индекс наличного симптоматического дистресса PSDI – 2.2 балла), а минимальная – у лиц с патологией личности (GSI – 0.8 балла; PST – 45.9 и PSDI – 1.4 балла), причем достоверные отличия отмечены также между группами невротических расстройств, с одной стороны, и личностных и органических – с другой (р<0.05).

При сравнении с нормативными параметрами, катамнестические показатели по этому тесту в группе лиц с невротическими расстройствами превышали по всем шкалам аналогичные, рассчитанные как для здоровых лиц, так и для больных неврозами после лечения, однако оказались ниже, чем у больных неврозами до лечения. В группе больных с патологией личности отмечено превышение уровней, характерных для здоровых лиц по всем шкалам. Однако, эти параметры были ниже, чем нормативные для лиц с неврозами после лечения по шкалам соматизации, тревоги и выше – по шкалам враждебности и паранойяльного мышления. У лиц с органической патологией выраженность расстройств по всем показателям была большей даже чем у лиц с неврозами до лечения, за исключением шкал обсессивно-компульсивных расстройств и фобической тревожности.

Таблица 17 Симптоматология пограничных психических расстройств(по данным теста SCL-90-R)

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Группы психических расстройств  |
| Невротическиерасстройства | Личностныерасстройства | Органическиепсихическиерасстройства |
| Соматизация | 1.02+0,211 | 0.60+0.2722 | 1.96+0.1633 |
| Обсессивно-компульсивные расстройства | 0.93+0,30 | 0.91+0.32 | 1.15+0.40 |
| Межличностная сенситивность | 1.07+0,33 | 1.05+0.45 | 1.67+0.35 |
| Депрессия | 0.91+0,27 | 0.72+0.2722 | 1.69+0.523 |
| Тревожность | 1.06+0,231 | 0.68+0.2822 | 2.3+0.4133 |
| Враждебность  | 0.81+0,2811 | 1.46+0.35 | 1.25+0.66 |
| Фобическая тревожность  | 0.85+0,38 | 0.55+0.22 | 0.79+0.27 |
| Паранойяльные симптомы  | 0.91+0,29 | 1.20+0.442 | 2.08+0.2833 |
| Психотизм | 0.56+0,21 | 0.59+0.232 | 1.2+0.193 |
| GSI | 0.89+0.24 3 | 0.77+0.24 3 | 1.62+0.63 1,2 |
| PST | 42.14+11.16 3 | 45.88+12.67 3 | 64.0+4.59 1,2 |
| PSDI | 1.55+0.24 3 | 1.37+0.18 3 | 2.23+0.72 1,2 |

Примечания: GSI – индекс общей тяжести, PST – общее число утвердительных ответов, PSDI – индекс наличного симптоматического дистресса; 1 – достоверность различий между группами невротических и личностных расстройств p<0.05; 11 – достоверность различий между группами невротических и личностных расстройств p<0.005; 2 – личностных расстройств и психических расстройств органического генеза p<0.05; 22 – личностных расстройств и психических расстройств органического генеза p<0.005; 3 – невротических расстройств и психических расстройств органического генеза p<0.05; 33 – невротических расстройств и психических расстройств органического генеза p<0.005.

Таким образом, патология невротического круга характеризовалась симптомокомплексом, включающим высокие уровни соматизации и тревоги при низкой враждебности. Личностная патология отличалась обратным соотношением – высокой враждебностью при низких уровнях соматизации и тревоги. В случае же органических расстройств, одновременное сосуществование признаков невротических (соматизация, тревога и т.д.) и личностных (враждебности, паранойяльности) расстройств, определило значительное повышение выраженности всех психопатологических проявлений.

Анализ результатов по тесту НПА (табл. 18) выявил следующие значимые различия: между группами невротических и личностных расстройств – по кластерам астении, тревожно-фобических расстройств, депрессии и межличностным проблемам; между группами личностных и органических расстройств – по всем кластерам, кроме межличностных проблем; между группами невротических и органических расстройств – также по всем кластерам, кроме астении и депрессии.

Суммарные показатели по этому тесту в группе невротических расстройств составили 24.8 балла, в группе больных с патологией личности 17.6 балла, а при органических психических расстройствах 49.5 балла. Таким образом, больные с патологией личности также субъективно оценивали свое состояние как наименее тяжелое, а с органическими расстройствами – как плохое, при этом последняя группа достоверно отличалась от двух других.

Эти данные в значительной степени согласуются с рассмотренными выше результатами теста SCL, что подчеркивает характерные отличия каждой из групп расстройств. Вместе с тем, нельзя не обратить внимание на данные о меньшей выраженности симптомов в группе лиц с патологией личности. Необходимо, однако, подчеркнуть, что использованные тесты ориентированы, преимущественно, на анализ жалоб, а не поведенческих коррелятов психических расстройств, чем, возможно, и объясняется указанный феномен.

Таблица 18 Симптоматология психопатологических проявлений по данным теста НПА

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Группы психических расстройств  |
| Невротическиерасстройства | Личностныерасстройства | Органическиепсихическиерасстройства |
| Астения  | 1.5+0.3 1 | 0.6+0.1 22 | 1.9+0.4 |
| Эмоциональная лабильность | 1.2+0.3 | 0.7+0.22 | 2.1+0.3 3 |
| Тревожно-фобические расстройства | 1.1+0.3 1 | 0.6+0.2 22 | 1.8+0.3 3 |
| Депрессия  | 1.3+0.2 1 | 0.4+0.1 22 | 1.6+0.1 |
| Вегетативные расстройства | 0.8+0.3 | 0.6+0.2 22 | 1.9+0.4 3 |
| Межличностные проблемы | 1.0+0.4 1 | 1.8+0.1 | 1.8+0.4 3 |
| Суммарный показатель | 24.8+8.6 2,3 | 17.6+1.4 3 | 49.5+4.5 |

Примечания: 1 – достоверность различий с между группами невротических и личностных расстройств р<0.05; 2 – достоверность различий между группами личностных и органических расстройств р<0.05; 22 – достоверность различий между группами личностных и органических расстройств р<0.005; 3 – достоверность различий между группами невротических и органических расстройств р<0.05

Сопоставление результатов самооценки больных и экспертных заключений о тяжести состояния по шкале "GAF", показывает, что невротические расстройства характеризовались меньшей выраженностью объективных и большей – субъективных патологических проявлений; расстройства личности – обратным соотношением и, наконец, патология резидуально-органического генеза – сочетанием максимальной тяжести как объективных, так и субъективных расстройств. Иначе говоря, если при патологии невротического круга основными являются субъективные переживания, проецирующиеся во "внутреннее" пространство, то при расстройствах личности психопатологические феномены экстраполируются большей частью вовне, в объективное пространство, в сферу поведенческих нарушений. Однако, эти различия не столько разделяют, сколько объединяют эти расстройства в родственную по механизмам динамики группу. При органических психических расстройствах сочетание этих механизмов (за счет взаимоотягощающего влияния) приводит к существенному нарушению основных сфер функционирования и низкой социальной адаптации больных, результаты изучения которых представлены ниже.

**4.3 Структура расстройств в катамнезе больных с различной тяжестью состояния на госпитальном этапе**

Как указывалось выше, для оценки исходов изучались такие показатели, как структура окончательных диагнозов, выраженность психических расстройств и параметры социальной адаптации на момент катамнестического исследования.

Данные о структуре окончательных диагнозов у лиц с различной выраженностью расстройств при поступлении и выписке из стационара представлены в табл. 19 и 20. Их анализ свидетельствует, что у больных с невротическими и личностными расстройствами максимальное количество случаев практического выздоровления (стойких компенсаций) отмечалось в группах пациентов с минимальной тяжестью состояния (более 50 баллов по шкале "GAF") уже на этапе поступления в психиатрический стационар (66.7 % и 75.0 %, соответственно). Расстройства пограничного круга в катамнезе этих же категорий больных значительно чаще встречались при большей тяжести состояния на момент поступления (менее 50 баллов по шкале "GAF"). Патология психотического регистра развивалась в последующем исключительно при значительной выраженности расстройств на этапе госпитализации (50 баллов и менее). При органических расстройствах эти закономерности были не столь очевидными. Так, у лиц с минимальной выраженностью расстройств на момент поступления при катамнестическом обследовании выздоровление отмечено лишь в 40 % случаев. У такого же количества больных установлено затяжное течение резидуально-органической патологии.

Более отчетливой является зависимость структуры психических расстройств при катамнестическом обследовании от тяжести состояния (выраженности психопатологических проявлений) при выписке из стационара (табл. 20). Так, при показателях по шкале "GAF" на момент выписки более 60 баллов выздоровление у больных с патологией личности отмечалось, практически, в 9/10 случаев. Близкие данные отмечены и в группе больных с органическими расстройствами. При неврозах подобное соотношение изученных показателей было менее отчетливым: выздоровление у лиц с минимальной тяжестью состояния при выписке отмечалось лишь у половины больных. Отметим также, что в катамнезе расстройства пограничного круга преимущественно (а психотического регистра – исключительно) сохранялись у лиц со значительной (менее 60 баллов по шкале "GAF") тяжестью состояния при выписке из стационара.

С учетом отчетливо большей прогностической значимости выраженности расстройств при выписке, чем при поступлении, на следующем этапе работы был проведен анализ именно этого показателя на дальнейшее течение заболевания.

**4.4 Зависимость выраженности психических расстройств в катамнезе от тяжести состояния в инициальном периоде заболевания**

Распределение больных по тяжести состояния при катамнестическом обследовании в зависимости от выраженности расстройств на момент выписки представлено в табл. 21. Анализ этих данных свидетельствует, что у подавляющего большинства больных с органическими и личностными расстройствами и минимальной выраженностью расстройств при выписке (показатель по шкале "GAF" более 60 баллов) отмечалась минимальная тяжесть состояния (по шкале "GAF" более 70 баллов) и при катамнестическом обследовании, и наоборот, при максимальной выраженности расстройств на госпитальном этапе (менее 50 баллов по шкале "GAF") аналогичная тяжесть состояния отмечалась у 3/4 больных с органической патологий и почти у половины больных с расстройствами личности. При неврозах подобная зависимость была не столь очевидной: лишь у половины больных с минимальной тяжестью состояния при выписке аналогичное состояние определялось и в катамнезе (рис. 7).

Приведенные данные подтверждаются и результатами изучения среднегрупповых показателей выраженности психических расстройств в катамнезе (табл. 22).

Таблица 22 Среднегрупповые показатели выраженности расстройств в катамнезе больных с различной тяжестью состояния при выписке

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Диагноз при выписке | Выраженность расстройств при выписке из стационара | Выраженностьрасстройств прикатамнестическомобследовании |
| Невротические расстройства | 50-60 | 57.4+8.4 |
| 60-70 | 66.6+5.6 |
| >70 | 68.5+28.6 |
| Расстройства личности | <50 | 49.7+4.1 2, 3,44 |
| 50-60 | 56.7+6.9 1, 33,44 |
| 60-70 | 75.4+2.1 1, 22, 4 |
| >70 | 80.5+19.1 11, 22, 3 |
| Органические психические расстройства | <50 | 43.5+17.7 3, 4 |
| 50-60 | 45.0+4.0 33, 4 |
| 60-70 | 73.0+17.0 1, 22 |
| >70 | 75.0+0.1 1, 2 |

\*- Примечание: 1 – достоверность различий с группой больных с выраженностью расстройств <50 баллов p<0.05; 11 – достоверность различий с группой больных с выраженностью расстройств <50 баллов p<0.005; 2 – достоверность различий с группой больных с выраженностью расстройств 50-60 баллов p<0.05; 22 – достоверность различий с группой больных с выраженностью расстройств 50-60 баллов p<0.005; 3 – достоверность различий с группой больных с выраженностью расстройств 60-70 баллов p<0.05; 33 – достоверность различий с группой больных с выраженностью расстройств 60-70 баллов p<0.005; 4 – достоверность различий с группой больных с выраженностью расстройств >70 баллов p<0.05; 44 – достоверность различий с группой больных с выраженностью расстройств >70 баллов p<0.005

Их анализ свидетельствует, что при расстройствах личности и органической патологии минимальная (80.5 и 75.0 балла, соответственно) тяжесть состояния при катамнестическом обследовании отмечалась у пациентов с наименьшей (>70 баллов по шкале "GAF") выраженностью психопатологических проявлений при выписке из стационара, а максимальная (49.7 и 43.5 балла, соответственно) – у лиц со значительно выраженными расстройствами (<50 баллов по шкале "GAF"), то есть между данными показателями существует прямая зависимость.

Рис. 7. Распределение больных с различной тяжестью состояния при выписке из стационара по выраженности психических расстройств при катамнестическом обследовании

При невротических расстройствах данная зависимость является менее отчетливой, о чем свидетельствует отсутствие достоверных различий показателей разных обследований (при выписке и в катамнезе) этой группы.

Выявленная закономерность подтверждается и результатами корреляционного анализа, по данным которого выявлены следующие коэффициенты корреляции между показателями по шкале "GAF" при выписке из стационара и этими же показателями при катамнестическом обследовании: при невротических расстройствах rr=0.22, при расстройствах личности rr=0.73 (p<0.05), при резидуально-органической патологии rr=0.78 (p<0.05).

**4.5 Социальная адаптация больных с различной выраженностью расстройств на госпитальном этапе заболевания**

Изучение показателей социальной адаптации в катамнезе больных с пограничными состояниями свидетельствует о наличии определенного влияния выраженности расстройств в инициальном периоде заболевания на социальное функционирование больных в последующем.

Так, изучение распределения больных по группам социальной адаптации в зависимости от выраженности психических расстройств при поступлении (табл. 23) показывает, что при расстройствах личности в группу с высоким (>3.5 баллов) уровнем приспособления было отнесено 62.5 % больных с минимальной тяжестью состояния. При невротических и органических расстройствах этот показатель составил 41.6 % и 40.0 %, соответственно.

Таблица 23 Распределение больных с различной выраженностью психических расстройств при поступлении в стационар по качеству социальной адаптации

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Диагноз при поступлении в стационар  | Выраженность расстройств по шкале "GAF" | Социальная адаптация |
| > 3.5 | 2.5 – 3.4 | < 2.5 |
| Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| Невротические расстройства | >50 | 10 | 41.6 | 11 | 45.8 | 3 | 12.5 |
| 40-50 | 2 | 33.3 | 2 | 33.3 | 2 | 33.3 |
| <40 | 4 | 22.2 | 2 | 11.1 | 12 | 66.7 |
| Расстройства личности | >50 | 5 | 62.5 | 3 | 37.5 | 0 | 0 |
| 40-50 | 3 | 12.0 | 6 | 24.0 | 16 | 64.0 |
| <40 | 4 | 26.7 | 3 | 20.0 | 8 | 53.3 |
| Органические психические расстройства | >50 | 4 | 40.0 | 1 | 10.0 | 5 | 50.0 |
| 40-50 | 0 | 0 | 8 | 100 | 0 | 0 |
| <40 | 0 | 0 | 2 | 100 | 0 | 0 |

Дифференцированное изучение среднегрупповых показателей социальной адаптации в различных сферах жизнедеятельности (табл. 24) показывает, что при невротических расстройствах пациенты с минимальной выраженностью расстройств достоверно (р<0.05) отличались от больных с показателями по шкале "GAF" < 40 баллов по следующим параметрам: образовательному цензу, производственным и межличностным отношениям, досугу и интегральному показателю. При расстройствах резидуально-органического генеза аналогичная группа больных имела достоверные различия с пациентами с максимально выраженной симптоматикой по параметрам "образование", "межличностные отношения" и интегральному показателю; с группой умеренно (40-50 баллов по шкале "GAF") выраженных расстройств – по параметрам "семейные", "производственные отношения", "досуг", "общее отношение к жизни" и также интегральному показателю.

При патологии личности эти различия были еще более очевидными: лица с минимальной тяжестью состояния отличались от больных с умеренными и тяжелыми расстройствами по качеству семейных, производственных отношений, досугу, интегральному показателю, а также по уровню межличностных отношений – от группы больных с умеренно выраженными расстройствами. Однако, еще более отчетливые различия по качеству социальной адаптации отмечались у больных с различной тяжестью состояния при выписке из стационара. Так, изучение распределения больных по группам СА в зависимости от выраженности расстройств, сохраняющихся на момент выписки (табл.25, рис. 8) показывает, что у подавляющего числа больных с расстройствами личности и органической патологией, с одной стороны, и минимальной тяжестью состояния при выписке, с другой, в дальнейшем отмечался высокий уровень СА, и обратно, при максимальной выраженности психопатологических проявлений более, чем у половины больных выявлены низкие показатели социального функционирования. При патологии невротического круга эта зависимость была менее отчетливой: лишь у половины больных с минимальной тяжестью состояния отмечался высокий уровень СА; у такого же количества пациентов со значительно выраженными расстройствами в катамнезе выявлено низкое качество социального функционирования. Вместе с тем, при рассмотрении среднегрупповых показателей СА (табл. 26) у больных с невротическими расстройствами выявляются статистически значимые (р<0.05) различия между группами с минимальной выраженностью расстройств при выписке из стационара и группами с умеренно тяжелым и тяжелым состоянием по параметрам "образование", "семейные" и "производственные отношения"; по интегральному показателю – между группами с максимальной и минимальной выраженностью болезненных проявлений.

Таблица 25 Социальная адаптация в катамнезе больных с различной выраженностью психических расстройств при выписке из стационара

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Диагноз при выписке из стационара  | Выраженность расстройств  | Социальная адаптация |
| > 3.5 | 2.5 – 3.4 | < 2.5 |
| Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| Невротические расстройства | 50-60 | 3 | 15.8 | 6 | 31.6 | 10 | 52.6 |
| 60-70 | 11 | 44.0 | 7 | 28.0 | 7 | 28.0 |
| >70 | 2 | 50.0 | 2 | 50.0 | 0 | 0 |
| Расстройства личности | <50 | 0 | 0 | 5 | 23.8 | 16 | 76.2 |
| 50-60 | 3 | 17.6 | 6 | 28.6 | 8 | 47.1 |
| 60-70 | 6 | 85.7 | 1 | 14.3 | 0 | 0 |
| >70 | 3 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Органические психические расстройства | <50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 100 |
| 50-60 | 0 | 0 | 2 | 22.2 | 7 | 77.8 |
| 60-70 | 2 | 40.0 | 1 | 20.0 | 2 | 40.0 |
| >70 | 2 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Аналогичные, однако, более отчетливые различия между группами больных с различной тяжестью состояния выявлены и у пациентов с личностной и органической патологией, при которых лица с менее выраженными расстройствами значимо отличались от лиц с большей тяжестью состояния практически по всем изучаемым характеристикам социальной адаптации.

Рис. 8. Частота максимальных показателей СА у больных с минимальной выраженностью расстройств при выписке из стационара

Полученные при проведении корреляционного анализа коэффициенты (табл. 27, 28) подтверждают изложенные выше положения о наличии взаимосвязи между выраженностью расстройств на госпитальном этапе заболевания и качеством социальной адаптации в дальнейшем. При этом, более отчетливое влияние тяжесть состояния оказывает на уровень СА при органических и личностных расстройствах, а выраженность расстройств при выписке является более значимой, чем при поступлении в стационар.

Выявленные тенденции, достаточно убедительные при рассмотрении в рамках среднегрупповых показателей, не всегда, впрочем, подтверждаются при анализе конкретных случаев заболевания, что можно проиллюстрировать следующими клиническими наблюдениями.

Клиническое наблюдение № 3.

Больной К., 1979 г.р., военно-учетная специальность – водитель. Направлен на госпитализацию в связи с суицидальными действиями.

Из анамнеза: старший из двух детей в достаточно благополучной семье. Сформировался живым, общительным, отзывчивым, ранимым, обидчивым. В школу пошел вовремя, успешно окончил 9 классов. В ПТУ получил специальность водителя. На военную службу пошел "без желания", однако, жалоб на призывной комиссии не предъявлял. В воинской части к новым условиям адаптировался с трудом, тяготился нахождением в воинском коллективе; отношений с сослуживцами построить не сумел в силу замкнутости, необщительности; жил обособленно, уединенно. По месту службы характеризуется как дисциплинированный, исполнительный, по характеру "тихий, спокойный, даже замкнутый". Настоящее заболевание связывает с судом, на котором выступал свидетелем по обвинению сослуживца в неуставных взаимоотношениях и получением негативных известий от родственников. На этом фоне отметил появление тревоги, разнообразных навязчивых страхов и необоснованных опасений, раздражительности, нарушения сна. Стойко снизилось настроение, ухудшилась работоспособность, "стал хуже понимать, что говорят командиры", что нашло отражение в характеризующих документах: "неудовлетворительно усваивает материал боевой подготовки, требования уставов ВС РФ". Выхода из сложившейся ситуации не видел. На фоне чувства безысходности, бесперспективности, находясь на дежурстве в ночное время, нанес более 10 самопорезов лезвием на левом предплечье. Направлен на стационарное лечение и освидетельствование в психиатрическое отделение.

При госпитализации пытался пронести с собой лезвие, так как "не знал, что здесь со мной будет". В отделении наблюдались утомляемость, астенизированность. При разговоре на эмоционально значимую тему становился тревожным, речь – экспрессивной. Отмечалась неустойчивость внимания, рассеянность, эмоциональная лабильность, легкость возникновения аффективных реакций при психогенных нагрузках, которые, однако, быстро истощались. Был погружен в свои переживания, фиксирован на негативных эпизодах службы. К продолжению службы относился негативно, в случае возвращения в часть угрожал повторным суицидом. В отделении время проводил в пределах палаты, отличаясь необщительностью, безынициативностью. В процессе обследования у больного было диагностировано невротическое состояние с умеренно выраженным, стойким астено-депрессивным синдромом. Комиссован по ст. 17-"б" гр. II ПП РФ 1995 г. № 390. К моменту выписки состояние в значительной степени стабилизировалось, отчетливых признаков психических расстройств не обнаруживал.

Катамнез: спустя полгода после возвращения домой, в течение которых не работал и не учился, отметил возникновение приступов паники при нахождении в местах скопления людей (в очередях, метро и т.п.), сопровождавшихся удушьем, сердцебиением, страхом "сойти с ума". Прекратил контакты со знакомыми – "все равно не могу никуда пойти", общается только с родителями, однако, даже по дому помогает только после уговоров. Капризен, плаксив, раздражителен, в своем состоянии обвиняет сослуживцев и сам факт военной службы. Попыток найти работу не предпринимает, все свободное время занят чтением детских сказок. За медицинской помощью не обращался.

Состояние больного при госпитализации оценивалось на основании наличия суицидальных действий по шкале "GAF" в 18 баллов, а при выписке – 78 баллов. Однако, несмотря на низкую выраженность расстройств при выписке катамнестически состояние характеризовалось усугублением выраженности психических нарушений и было оценено в 43 балла. При этом, отмечены крайне низкие уровни социальной адаптации, практически, во всех сферах функционирования (образование – 2 балла, производственные отношения – 1 балл, семейные отношения – 3 балла), межличностные отношения и досуг – 2 балла, общее отношение к жизни – 2 балла).

Иную динамику пограничных психических расстройств мы наблюдали в следующем случае.

Клиническое наблюдение № 4.

Больной Ф., 1979 г.р., военно-учетная специальность – водитель. Направлен на госпитализацию в связи с трудностями адаптации к военной службе, суицидальными действиями.

Из анамнеза: родился семимесячным, в раннем развитии несколько отставал от сверстников. С детства добрый, легкоранимый, склонный к одиночеству и "романтическим переживаниям". В школу пошел в 7 лет, учился хорошо, окончил 11 классов, 1 курс экономического факультета университета. Служить пошел с желанием, "хотел развить волевые качества", усовершенствоваться физически, пройти "школу жизни". По собственной просьбе ыбл направлен в десантно-штурмовую роту бригады морской пехоты. В части не сложились взаимоотношения с сослуживцами: был воспринят как слабовольный, слабохарактерный, не умеющий постоять за себя, недостойный служить в данном подразделении. Поддержки и понимания со стороны командования не нашел. Подвергался моральным издевательствам и притеснениям, был одинок, стал "изгоем". На этом фоне возник глубокий психологический конфликт: испытывал чувство горького разочарования, "убедился" в своей несостоятельности, был "поражен и испуган" проявлениями агрессии. Стал тревожен, тосклив, подавлен, возникли полиморфные фобические проявлений (высоты, темноты, собак). Из создавшегося положения выхода не видел, отчаялся найти помощь, избегал любых социальных контактов. Появились суицидальные мысли, лезвием нанес множественные глубокие самопорезы левого предплечья. После безуспешного лечения в лазарете части с согласия больного был направлен в психиатрическое отделение для обследования и решения экспертных вопросов. При поступлении отмечались выраженная эмоциональная лабильность, тоскливо-тревожный фон настроения. Был фиксирован на собственной несостоятельности, "моральной слабости", при обсуждении которой становился слезливым. Высказывал опасения по поводу возможности генерализации фобий: "опасаюсь, что теперь всю жизнь буду всего бояться…". В отделении был погружен в свои переживания, фиксирован на негативных эпизодах службы, держался замкнуто, одиноко. Несмотря на разрешившуюся ситуацию, обнаруживал суицидальные тенденции. Комиссован по ст. 17-"б" гр. II Приказа МО РФ 1995 г. № 315 с диагнозом "затяжное невротическое состояние с умеренно выраженным астено-депрессивным синдромом". При выписке сохранялись умеренные проявления фобического и депрессивного синдромов.

Катамнез: после увольнения в течение месяца отмечал наличие кошмарных сновидений, которые вскоре прекратились. Иных психопатологических проявлений не выявлялось. Продолжил обучение в институте, одновременно работая экспедитором. Материальным положением доволен. Живет гражданским браком с девушкой в ее квартире, подали с ней заявление в ЗАГС. С родителями сохраняет дружеские отношения. Поддерживает широкий круг контактов с друзьями, в свободное время увлекается веб-дизайном.

У данного больного, несмотря на большую, по сравнению с больным К. (клиническое наблюдение 4) выраженность симптоматики при выписке (56 баллов по шкале "GAF") отмечена отчетливая положительная динамика в катамнезе (до 85 баллов по шкале "GAF") при высоких оценках функционирования во всех сферах жизни.

При сравнительном рассмотрении данных клинических примеров можно отметить, что, несмотря на идентичность диагнозов и близость синдромологической структуры заболевания, выраженность расстройств при выписке из стационара у этих больных была различной. При этом, вопреки ожиданиям, у пациента с большей тяжестью состояния при выписке катамнестические показатели оказались более благополучными, что подтверждает вывод об относительной недостаточности уровневой диагностики, и, в первую очередь, при невротических расстройствах.

Резюмируя содержание этой главы, следует подчеркнуть, что выявленные различия между исследуемыми группами позволяют сформулировать заключение о неустойчивости психических нарушений на инициальном этапе заболевания, в течение которого клинические проявления болезни характеризуются лабильностью психического состояния во всех группах. В то же время, изучение последующего течения расстройств свидетельствует об отчетливых тенденциях к стабилизации психического состояния. При этом неблагоприятный прогноз чаще отмечается в группе больных с органической патологией, а более отчетливая положительная динамика – у лиц с расстройствами личности. Вместе с тем, существенное прогностическое значение имеет и уровневая оценка состояния больных, как по объективным, так и по субъективным показателям, причем, основное значение имеют показатели на момент выписки. Однако, данные положения верны лишь при анализе среднегрупповых показателей, оценке достаточно больших групп больных, т.е. имеют только статистически вероятностное значение, и требуют уточнения в каждом индивидуальном случае.

Приведенные среднегрупповые данные свидетельствуют о том, что дополнение нозологической диагностики уровневой оценкой способствует более дифференцированному анализу психического состояния больных. Однако, даже сочетанное использование проанализированных параметров прогноза состояния, которые относятся к феноменологической и уровневой диагностическим осям, не всегда способствует оптимизации прогностической оценки. Поэтому, на следующем этапе работы нами изучалась значимость функциональной диагностической оси для прогностической оценки состояния при пограничных психических расстройствах.

**ГЛАВА V. КАТАМНЕЗ БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ПРИСПОСОБИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Феноменологическая и уровневая диагностические оси не всегда, как было показано в предыдущих главах, предопределяют прогноз пограничных психических расстройств. Поэтому, на следующем этапе работы были проанализированы другие характеристики, способствующие индивидуализации прогностических оценок. В качестве таких характеристик изучалось влияние особенностей адаптивного поведения больных (в первую очередь, типа приспособительного поведения, как интегрального показателя адаптационного реагирования личности) на последующее течение заболевания.

Для уточнения диагностических критериев типов приспособительного поведения (ТПП) нами исследовались их различные экспериментально-психологические маркеры, распространенность отдельных ТПП у больных пограничными психическими расстройствами, а также их влияние на показатели исхода пограничных состояний.

Заключение о типе приспособительного поведения, который рассматривается в литературе как главная оценочная категория при проведении функционально-диагностических исследований в психиатрической клинике, выносилось трижды: при поступлении, выписке и на этапе катамнестического обследования. Подобный подход был предпринят с целью изучения динамических характеристик ТПП, не в полной мере освещенного в литературных источниках. Наконец, оценивались показатели катамнеза пограничных расстройств у лиц с различными типами приспособительного поведения.

В соответствии с общепринятыми критериями, приведенными в главе 2, в качестве основных выделялись конструктивный (КТПП), регрессивный (РТПП) и дезадаптивный (ДТПП) типы приспособительного поведения. Больным, особенности поведенческого реагирования которых не соответствовали критериям ни одного из выше указанных вариантов (либо характеризовались сложным сочетанием признаков, типичных для всех них), выносилось заключение о неопределенном (НТПП) типе приспособительного поведения. При этом, результаты нозологической и синдромальной диагностики, т.е. феноменологические характеристики состояния, при формулировании функционального диагноза не учитывались.

**5.1 Экспериментально-психологические маркеры типа приспособительного поведения**

К числу наименее разработанных вопросов в рамках функциональной диагностики в психиатрии относятся, как указывалось в главе 1, проблемы верификации диагностических заключений о типе приспособительного поведения. Поэтому, рассматривая ТПП, как один из интегральных векторов адаптивного психологического функционирования, мы изучали соотношение психологических особенностей больных и отдельных типов приспособительного поведения.

В числе наиболее информативных подходов по изучению психологической адаптации большинством авторов рассматриваются, как следует из литературного обзора, методы диагностики мотивации и направленности личностных установок, в частности, основанные на измерении "уровня субъективного контроля" (интернальности), а также показатели, характеризующие уровни тревожности, психологической защиты и копинг-поведения. Результаты применения теста "Уровень субъективного контроля" ("УСК"), опросника Спилбергера-Ханина, теста "Индекс жизненного стиля" ("ИЖС") и опросника "Индикатор копинг-стратегий" сопоставлялись нами с данными феноменологической диагностики типа приспособительного поведения, осуществлявшей клиническим методом.

При рассмотрении соотношения ТПП и характеристик локуса контроля (табл. 29) выявлено, что наиболее высокие показатели по шкалам общей интернальности (5.06 балла), интернальности в области достижений (6.06 балла) и здоровья (6.71 балла) отмечены в катамнезе больных с конструктивным типом приспособительного поведения. У лиц с дезадаптивным ТПП выявлялись близкие к таковым у пациентов с КТПП показатели по шкалам общей интернальности (4.71 балла), а также интернальности в области достижений (5.29 балла) и неудач (5.43 балла). В этой группе выявлены демонстрировали наиболее высокие показатели по шкале семейных отношений (6.0 балла), однако, при этом отмечены низкие уровни личностной ответственности в области производственных и межличностных отношений. Пациенты с РТПП характеризовались наиболее высокой полезависимостью по большинству шкал, что свидетельствует об их низкой социальной активности и личностной ответственности. При этом, достоверные (p<0.05) различия отмечены: по шкале общей интернальности - между группами КТПП и РТПП; по шкале интернальности в области достижений - между группами КТПП и ДТПП, с одной стороны, и РТПП и НТПП – с другой; по шкале интернальности в области семейных отношений – между ДТПП и КТПП, РТПП и НТПП; в сфере межличностных отношений – между НТПП с одной стороны и РТПП и ДТПП с другой; в области отношения к здоровью – между КТПП и ДТПП, с одной стороны, и РТПП – с другой.

Анализ соотношения типов приспособительного поведения и тревожности (табл. 30) свидетельствует, что у больных с регрессивным ТПП наблюдались наиболее высокие среднегрупповые показатели тревожности: умеренные (более 35 баллов) показатели по шкале реактивной тревоги и высокие (более 45 баллов) по шкале личностной тревожности. При этом, данная группа достоверно (р<0.05) отличалась от обследуемых с конструктивным и дезадаптивным типами приспособительного поведения.

Таблица 30 Показатели тревожности (в баллах по тесту Спилбергера-Ханина) у больных с различными типами приспособительного поведения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Тип приспособительного поведения | Реактивнаятревожность | Личностнаятревожность |
| КТПП | 21.3+4.1 1 | 34.9+3.2 11 |
| РТПП | 35.2+5.2  | 47.0+4.7  |
| ДТПП | 23.9+7.3 11 | 35.9+1.6 11 |
| НТПП | 25.3+5.3 1 | 38.5+7.7 |

Примечание: 1 – достоверность различий по сравнению с группой регрессивного типа приспособительного поведения р<0,05; 11 – достоверность различий по сравнению с группой регрессивного типа приспособительного поведения р<0,005

Результаты изучения особенностей функционирования механизмов психологической защиты на базе применения теста "Индекс жизненного стиля" представлены в табл. 31.

Анализ соотношения "тип приспособительного поведения – механизмы психологической защиты" показывает, что наиболее низкие показатели напряженности функционирования МПЗ отмечаются в группе лиц с КТПП, что свидетельствует об их эффективности. Эта группа, как следует из рис. 9, также характеризовалась преобладанием "зрелых" механизмов психологической защиты (в частности, компенсации – 71.7 процентиля и интеллектуализации - 65.3 процентиля) над "примитивными" (вытеснением, регрессией). При этом, различия с другими группами по последним показателям были статистически достоверными (p<0.05). У больных с регрессивным ТПП из МПЗ преобладала регрессия (82.6 процентиля), что связанно, согласно психоэволюционной теории Р.Плутчика, с постоянной потребностью в корригирующем влиянии внешней среды. Дезадаптивный тип приспособительного поведения характеризовался высоким уровнем замещения (76.0 процентиля), что отражает чрезмерную агрессивность и враждебность больных. Наконец, НТПП характеризовался преобладанием отрицания (71.8 процентиля), свидетельствующим о высоком уровне демонстративности. Вместе с тем, неконструктивные типы приспособительного поведения характеризовались дискордантным сочетанием механизмов защиты, препятствующим осознаванию неприемлемой для личности информации и механизмов, переструктурирующих эту информацию.

Таблица 31 Показатели психологической защиты (по тесту "Индекс жизненного стиля") у больных с разными типами приспособительного поведения (в процентилях)

|  |  |
| --- | --- |
|  Механизмыпсихологической защиты  | Тип приспособительного поведения |
| КТПП | РТПП | ДТПП | НТПП |
| Отрицание | 59.4+12.5 | 63.5+11.2 | 58.9+13.6 | 71.8+20.2 |
| Вытеснение | 38.8+12.82,4 | 65.4+13.2 | 48.1+17.1 | 62.5+16.2 |
| Регрессия | 50.5+13.12 | 82.6+12.21,4 | 67.3+9.8 | 51.5+29.9 |
| Компенсация | 71.7+16.2 | 70.5+13.2 | 68.4+16.1 | 55.5+23.4 |
| Проекция | 36.3+12.4 | 49.9+15.5 | 40.1+15.6 | 39.5+27.1 |
| Замещение | 38.5+17.52,3 | 65.8+13.3 | 76.0+19.4 | 46.4 +20.2 |
| Интеллектуализация | 65.3+16.0 | 61.6+10.7 | 50.6+20.6 | 60.4+22.6 |
| Реактивное образование | 38.1+16.43 | 45.9+12.73 | 66.4+12.9 | 55.3+28.0 |
| Степень напряженностизащиты  | 48.8 +5.22,3 | 63.2+7.8 | 61.4+5.9 | 53.6+25.9 |

Примечание: 1 – достоверность различий по сравнению с группой конструктивного типа приспособительного поведения р<0,05; 2 – достоверность различий по сравнению с группой регрессивного типа приспособительного поведения р<0,05; 3 – достоверность различий по сравнению с группой дезадаптивного типа приспособительного поведения р<0,05

Соотношение нозологического и функционального диагнозом, с одной стороны, и механизмов психологической защиты, с другой, определялось и по результатам факторного анализа, в соответствии с которым из трех полученных главных факторов (ГФ) показательными были два: в первый ГФ (объясняющий 72.3 % дисперсии данных), вошли ТПП с факторной нагрузкой (ФН) – 0.7, интеллектуализация (ФН – 0.8), замещение (ФН – 0.6) и компенсация (ФН – 0.6), а во второй – нозологический диагноз (ФН – 0.9), реактивное образование (ФН – 0.6), отрицание (ФН – 0.6) и вытеснение (ФН – 0,7). Таким образом, если динамика нозологического диагноза определялась, преимущественно, протективными МПЗ, то ТПП в большей степени зависел от показателей дефензивных защит.

Изучение стереотипов реагирования на фрустрирующую ситуацию проводилось с применением теста "Индикатор копинг-стратегий", результаты которого представлены в табл. 32.

Таблица 32 Показатели по тесту "Индикатор копинг-стратегий" у больных с различными типами приспособительного поведения

|  |  |
| --- | --- |
|  Типприспособительного поведения | Копинг-стратегии  |
| КР | КП | КИ | КН |
| КТПП | 26.2+2.9 | 19.6+3.2 1 | 17.6+2.1 | 1.9+0,2 |
| РТПП | 25.1+2.7 | 22.9+2.4 2 | 18.7+1.9 | 2.0+0,1 |
| ДТПП | 28.7+3.1 | 22.3+6.8 | 18.9+2.6 | 2.1+0,2 2 |
| НТПП | 25.3+8.8 | 16.5+4.6 | 18.0+8.9 | 1.8+0,19 |

Примечание: КР – копинг-стратегия, направленная на разрешение проблемной ситуации, КП – копинг-стратегия, направленная на поиск социальной поддержки, КИ – копинг-поведение избегания, КН – напряженность копинг-стратегий; 1 – достоверность различий по сравнению с группой регрессивного типа приспособительного поведения р<0,05; 2 – достоверность различий по сравнению с группой неопределенного типа приспособительного поведения р<0,05

Сравнение моделей использования копинг-стратегий у лиц с разными типами приспособительного поведения показывает, что максимальная выраженность стратегии, направленной на разрешение проблемной ситуации (28.7 балла), была характерна для больных с ДТПП; стратегии поиска социальной поддержки (22.9 балла) и стратегии избегания (18.7 балла) – для больных с регрессивным ТПП; минимальная выраженность избегающей модели поведения – для больных с конструктивным ТПП. Наибольшая напряженность использования копинг-стратегий (2.1 балла), свидетельствующая об их неэффективности, была свойственна больным с ДТПП.

Изучение личностных особенностей исследуемого контингента больных осуществлялось на базе теста PDQ-4, результаты которого приводятся в табл.33.

Анализ выраженности личностных радикалов у больных с различными типами приспособительного поведения свидетельствует об определенных закономерностях их сочетания. Так, для РТПП было характерно дискордантное сочетание проявлений, свойственных кластерам (по DSM-IV) А и С, (т.е. эксцентричности, подозрительности и тревожно-боязливых черт), а для ДТПП – признаков кластеров А и В (т.е. эксцентричности и неустойчивой эмоциональности, асоциальности). КТПП отличался от этих групп минимальной выраженностью патологических черт при наиболее гармоничном их сочетании, а НТПП – преобладанием истерических и пограничных особенностей, т.е. признаков кластера В.

Данные о зависимости между нозологической принадлежностью и типом приспособительного поведения, с одной стороны, и личностными особенностями больных, с другой, подтверждаются результатами факторного анализа, в соответствии с которым из трех полученных главных факторов (ГФ) представляют интерес два первых. В первый ГФ, объясняющий 88.7 % дисперсии, вошли следующие параметры: диагноз (ФН –

Таблица 33 Личностные особенности больных с различными типами приспособительного поведения (по данным теста PDQ-4)

|  |  |
| --- | --- |
| Личностныерадикалы  | Тип приспособительного поведения  |
| КТПП | РТПП | ДТПП | НТПП |
| AV | 2.0+0.9 | 3.5+0.7 | 2.6+0.5 | 2.9+1.5 |
| DEP | 2.0+0.8 | 3.5+1.2 | 3.2+1.9 | 2.5+1.9 |
| OC | 2.3+0.6 2 | 3.7+0.9 | 3.0+2.4 | 2.0+1.6 |
| HYST | 2.9+0.8 | 3.5+0.4 | 3.7+0.5 | 4.3+1.5 |
| NAR | 3.6+0.7 | 3.3+0.8 | 4.0+2.0 | 3.0+1.4 |
| BOR | 3.5+0.8 2,4 | 4.6+0.7 | 4.0+1.4 | 5.3+1.5 |
| NEG | 2.6+0.9 2 | 3.7+0.7 | 3.4+0.9 | 3.5+1.6 |
| AS | 1.9+0.7 2,33,4 | 3.2+0.6 3 | 5.6+1.6 | 4.0+1.3 |
| SCH | 2.2+0.6 3 | 2.6+0.7 | 3.6+1.8 4 | 1.5+1.1 |
| ST | 2.0+0.8 3,4 | 2.6+1.0 4 | 3.6+2.4 4 | 1.5+0.6 |
| PAR | 3.5+0.9 | 3.8+0.6  | 4.1+0.3 4 | 4.0+2.6 |
| DPR | 2.2+0.6 2 | 3.3+0.9 | 2.4+1.0 | 2.3+1.7 |

Примечание: AV – избегающее расстройство, DEP – зависимое расстройство, OC – обсессивно-компульсивное расстройство, HYST – истерическое расстройство, NAR – нарциссическое расстройство, BOR – пограничное расстройство, NEG – негативистическое расстройство, AS – антисоциальное расстройство, SCH – шизоидное расстройство, ST – шизотипальное расстройство, PAR – параноидное расстройство, DPR – депрессивное расстройство; 2 – достоверность различий по сравнению с группой регрессивного типа приспособительного поведения р<0,05; 3 – достоверность различий по сравнению с группой дезадаптивного типа приспособительного поведения р<0,05; 33 – достоверность различий по сравнению с группой дезадаптивного типа приспособительного поведения р<0,005; 4 – достоверность различий по сравнению с группой неопределенного типа приспособительного поведения р<0,05 0.7), избегающее расстройство (ФН – 0.6), зависимое расстройство (ФН – 0.7), OC – обсессивно-компульсивное расстройство (ФН – 0.8), шизоидное расстройство (ФН – 0.7), шизотипальное расстройство (ФН – 0.9), параноидное расстройство (ФН – 0.8) и депрессивное расстройство (ФН – 0.7), а во второй ГФ (79.2 % дисперсии) – ТПП (ФН – 0.7), истерическое расстройство (ФН – 0.7), пограничное расстройство (ФН – 0.7), негативистическое расстройство (ФН – 0.6) и антисоциальное расстройство (ФН – 0.7). Таким образом, если диагностическое заключение определялось, преимущественно, особенностями, характерными для кластеров А и С, то ТПП в большей степени обнаруживал зависимость от показателей по шкалам кластера В.

**5.2 Распределение больных по типам приспособительного поведения на разных этапах исследования**

При поступлении в стационар у военнослужащих с ППР преобладал регрессивный тип приспособительного поведения, выявлявшийся, практически, у половины (49.1 %) обследованных. Дезадаптивный тип диагностировался, практически, в два раза реже (21.6%), а конструктивный и неопределенный ТПП отмечены у одинакового количества обследованных – 14.7 % случаев. При выписке распределение больных по типам приспособительного поведения было иным. В целом в выборке по-прежнему преобладал РТПП, однако его распространенность была уже значительно ниже (40.5 %). Количество пациентов с ДТПП и с НТПП снизилось (до 18.1 % и 4.3 %, соответственно), а с КТПП, наоборот, существенно выросло (37.1 %). При катамнестическом исследовании тенденция к увеличению количества лиц с конструктивным ТПП за счет уменьшения остальных типов стала еще более убедительной: КТПП диагностирован у 44.8 % обследованных, РТПП – у 31.9 %, ДТПП – у 17.2 % и НТПП – у 6 % лиц.

Распределение больных с разными формами пограничных психических расстройств по типам приспособительного поведения на этапах исследования представлено в табл. 34-36. В период стационарного лечения у пациентов с невротическими и органическими расстройствами доминировал РТПП, а ДТПП выявлялся реже всего (64.6 % и 45.0 % - РТПП и 15.0 % и 2.1 % ДТПП, соответственно). В группе больных с личностной патологией наиболее часто выявлялся ДТПП (43.8 %).

Таблица 34 Распределение больных с невротическими расстройствами по типам приспособительного поведения

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Типприспособительного поведения  | При поступлении в стационар | При выписке из стационара | Катамнестически |
| Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| Конструктивный | 8 | 16.7 | 19 | 39.6 | 25 | 52.1 |
| Регрессивный | 31 | 64.6 | 25 | 52.1 | 15 | 31.3 |
| Дезадаптивный | 1 | 2.1 | 2 | 4.2 | 6 | 12.5 |
| Неопределенный | 8 | 16.7 | 2 | 4.2 | 2 | 4.2 |
| Итого | 48 | 100 | 48 | 100 | 48 | 100 |

Таблица 35 Распределение больных с расстройствами личности по типам приспособительного поведения

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Типприспособительного поведения  | При поступлении в стационар | При выписке из стационара | Катамнестически |
| Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| Конструктивный | 5 | 10.4 | 18 | 37.5 | 23 | 47.9 |
| Регрессивный | 17 | 35.4 | 15 | 31.3 | 14 | 29.2 |
| Дезадаптивный | 21 | 43.8 | 14 | 29.2 | 9 | 18.8 |
| Неопределенный | 5 | 10.4 | 1 | 2.1 | 2 | 4.2 |
| Итого | 48 | 100 | 48 | 100 | 48 | 100 |

К моменту выписки в группах больных с неврозами и органическими расстройствами, несмотря на сохраняющееся преобладание РТПП (52.1 % и 35.0 % соответственно), отмечен значительный рост числа больных с КТПП (39.6 % и 30.0 % соответственно), преимущественно за счет уменьшения количества лиц с неопределенным (4.2 % и 10.0 % соответственно) и регрессивным типами приспособительного поведения, а ДТПП по прежнему встречался наибо лее редко (4.2 %). Аналогичная динамика наблюдалась и в группе личностных расстройств, причем, на этом этапе КТПП по частоте занимал ведущую позицию (37.5 %), а НТПП и ДТПП отмечались реже (2.1 % и 29.2% соответственно).

Таблица 36 Распределение больных с органическими психическими расстройствами по типам приспособительного поведения

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тип приспособительного поведения  | При поступлении в стационар | При выписке из стационара | Катамнестически |
| Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| Конструктивный | 4 | 20.0 | 6 | 30.0 | 4 | 20.0 |
| Регрессивный | 9 | 45.0 | 7 | 35.0 | 8 | 40.0 |
| Дезадаптивный | 3 | 15.0 | 5 | 25.0 | 5 | 25.0 |
| Неопределенный | 4 | 20.0 | 2 | 10.0 | 3 | 15.0 |
| Итого | 20 | 100 | 20 | 100 | 20 | 100 |

В катамнезе больных с пограничными психическими расстройствами отмеченные выше тенденции становятся еще более отчетливыми. В группах больных с невротическими и личностными расстройствами конструктивный тип приспособительного поведения становится преобладающим по частоте (52.1 % и 47.9 %, соответственно), однако, при этом в первой группе незначительно увеличивается количество больных с ДТПП (10.4 %), в то время как во второй количество неблагоприятных типов приспособительного поведения уменьшается (РТПП – 29.2 %, ДТПП – 18.8% и НТПП – 4.2 %). Группа органических расстройств характеризуется уменьшением количества больных с адаптивным приспособительным поведением: число обследованных с КТПП уменьшилось до 20.0 %, а с РТПП, наоборот, возросло с 35.0 % до 40.0%. Распространенность ДТПП осталась по сравнению с таковой при выписке из стационара на прежнем уровне (25.0 %).

Соотношение синдромологической структуры пограничных психических расстройств на госпитальном этапе и типологии приспособительного поведения на разных этапах обследования представлено в табл. 37, 38 и 39. Как следует из представленных данных, при поступлении в большинстве случаев выявлялись неблагоприятные типы приспособительного поведения. Так, у больных с астено-депрессивным, тревожно-фобическим, истеро-депрессивным и истерическим синдромами доминировал РТПП (43.3%, 77.7 %, 69.2 % и 50.0 %, соответственно), у больных с синдромом эмоционально-волевой неустойчивости – ДТПП (48.6 %) и лишь при депрессивном синдроме преобладал конструктивный тип приспособительного поведения (40.0 %). Следует также отме тить, что при депрессивном и тревожно- фобическом синдромах не наблюдалось дезадаптивного ТПП, при истерическом – конструктивного и при тревожно-фобическом – неопределенного типов приспособительного поведения.

К моменту выписки из стационара соотношение "синдром – тип приспособительного поведения" несколько изменилось. Это, в первую очередь, проявилось ростом частоты диагностики КТПП, в частности: при истеро-депрессивном синдроме и синдроме эмоционально-волевой неустойчивости – более, чем в несколько раз (3.8 % и 8.1 % при поступлении; 42.3 % и 29.7 % при выписке, соответственно); при депрессивном синдроме в два раза (80.0%), при астено-депрессивном и тревожно-фобическом – почти на половину (по 33.3%). Только при истерическом синдроме этот тип приспособительного поведения, по-прежнему, не наблюдался. К моменту выписки также, практически, не выявлялся неопределенный ТПП: он был диагностирован в 4 случаях (13.3 %) при астено-депрессивном синдроме и в 1 (2.7 %) – при синдроме ЭВН.

Динамика остальных типов приспособительного поведения в рамках групп синдромов на этом этапе была менее выраженной. Так, РТПП по-прежнему доминировал в большинстве синдромальных групп (43.3 % - при астено-депрессивном, 66.7 % - при тревожно-фобическом, 46.2 % - при истеро-депрессивном и 75.0 % - при истерическом), а ДТПП не диагностировался при депрессивном, тревожно-фобическом, истеро-депрессивном и истерическом синдромах.

На этапе катамнестического обследования сохранялись отмеченные выше тенденции. Так, КТПП занимает ведущее место по распространенности уже в половине групп синдромов (при депрессивном – 80.0 %, истеро-депрессивном – 53.9 % и при синдроме ЭВН – 37.8 %). При истерическом синдроме он выявлялся в 50.0 % случаев. И только при астено-депрессивном и тревожно-фобическом синдромах наиболее часто диагностировался РТПП (46.7 % и 55.6 % соответственно), а КТПП выявлялся реже (36.7 % и 11.1 % соответственно). Представленность ДТПП при различных видах синдромов составила: при синдроме ЭВН – 29.7 %, при депрессивном – 20.0 %, истеро-депрессивном – 15.4 % и астено-депрессивном – 10.0%.

Таким образом, тип приспособительного поведения, отражающий личностно-психологические особенности больного, является относительно стабильной, но все-таки подверженной изменениям характеристикой психологического состояния человека. Это, однако, становится очевидным лишь при условии достаточно длительного срока наблюдения. Данное положение целесообразно проиллюстрировать следующими клиническими примерами.

Клиническое наблюдение № 5

Больной А., 1975 г.р., военно-учетная специальность – дизелист. Направлен на военно-врачебное освидетельствование в связи с трудностями адаптации в воинском коллективе, конфликтностью с сослуживцами, суицидными высказываниями.

Анамнез: родился в асфиксии. Воспитывался матерью в обстановке гиперопеки. В детском возрасте отличался беспокойством, нервозностью, был легко возбудимым. По характеру сформировался своенравным, капризным, упрямым, вспыльчивым, всегда требовал от окружающих исполнения своих прихотей и желаний. Легко попадал под негативное влияние сверстников с асоциальными формами поведения. С 6 лет курит, с 14 лет алкоголизируется, с 1991 года курил анашу, с 1992 г. принимал тарен, перенес 5 тареновых психозов. С 17 лет совершал кражи, состоял на учете в инспекции по делам несовершеннолетних. На меры воспитательного характера реагировал бурными протестными вспышками, "становился просто непредсказуемым", уходил с занятий, убегал из дома. Формально окончив 11 классов, поступил в ВУЗ, где "не было конкурса", однако через полгода отчислен в связи с прогулами, неуспеваемостью, делинквентным поведением. До службы в Вооруженных Силах нигде не работал, вел праздный образ жизни. Призыв в армию воспринял негативно, в части к условиям воинского быта адаптироваться не мог, тяготился дисциплинарными и субординационными требованиями, на замечания озлоблялся, самовольно оставлял часть, наносил самопорезы на предплечья. Направлен на обследование и освидетельствование в психиатрическое отделение. В стационаре поведение определялось злобно-дисфорическим фоном настроения, был конфликтен, груб. В контактах с персоналом и окружающими преобладала нецензурная брань. Освидетельствован с диагнозом "Патологическое развитие личности со склонностью к выраженным аффективным срывам", на основании ст. 18-"б" гр. II ПП РФ 1995 г. № 390 признан "В"- ограниченно годным к военной службе.

Катамнез: после увольнения продолжал вести паразитический образ жизни, систематически алкоголизировался, в 1998 г. осужден по ст.ст.144 ч.3 и 58 ч.2 на три года, освобожден условно досрочно через полтора года. Спустя год после освобождения по настоянию матери стал посещать церковь, прекратил злоупотребление психоактивных веществ, устроился на работу менеджером в коммерческую фирму. В 2000 г. поступил на заочное отделение в институт, учится на психолога. Проживает в квартире с матерью. Не женат, живет гражданским браком с девушкой. Поддерживает дружеские отношения с членами церковной общины. Свободное время проводит, выполняя поручения старосты общины.

В приведенном клиническом примере очевидно преобладание признаков дезадаптивного ТПП как в преморбиде, так и после выписки, который, однако, под влиянием корригирующих влияний социальной среды трансформировался в относительно конструктивные формы адаптации с развитием социоцентрической направленности личности.

Другой вариант изменения особенностей поведенческого реагированиия отмечался в следующем клиническом наблюдении.

Клиническое наблюдение № 6

Больной П., 1968 г.р., военно-учетная специальность – оператор РЛС. Направлен на освидетельствование в связи с конфликтностью, неподчиняемостью, частыми жалобами на состояние здоровья.

Из анамнеза: рос и воспитывался в семье рабочих, отношения в которой характеризует как "теплые", "доброжелательные". В 5 летнем возрасте перенес паратиф с интоксикационным психозом. В детстве отличался повышенной возбудимостью, неусидчивостью. Сформировался живым, общительным, но впечатлительным, обидчивым, с обостренным чувством справедливости. В школу пошел вовремя, успевал хорошо, окончил 10 классов. Увлекался легкой атлетикой, занимался в изостудии. Образование продолжил в ПТУ, приобрел специальность слесаря-инструментальщика, до призыва работал на временных работах. Призыв на военную службу воспринял спокойно, с 1988 г. проходил службу в войсках ПВО. В части особых затруднений с адаптацией не испытывал, однако отличался чрезмерным "стремлением к порядку", делал замечания сослуживцам за "нарушения уставных требований", "указывал командирам на недостатки в организации службы". В 1989 г. перенес черепно-мозговую травму, после которой отмечались повышенная утомляемость, слезливость, частые головные боли, упорная бессонница, нарастающая раздражительность, непереносимость жары и длительных поездок на транспорте. Участились конфликты с сослуживцами, командованием, в частности, долго оспаривал правомерность приказаний. Госпитализирован в психиатрический стационар. На отделении строго соблюдал режим, тщательно выполнял назначения и рекомендации врачей, активно интересовался последствиями заболевания, возможностью снятия диагноза. Уволен с диагнозом "Органическое заболевание головного мозга смешанной этиологии" по ст. 4 б Приказа МО СССР 1987 г. № 260.

Катамнез: после увольнения состоял на учете у психиатра, регулярно посещал врача, выполнял все рекомендации, однако, отмечал сохраняющиеся жалобы астенического круга, которые, впрочем, не мешали активному социальному функционированию больного. В 1992 г. снят с учета. Трудился на заводе, одновременно увлекался живописью. Дополнительно зарабатывал, продавая свои картины. Общался с широким кругом друзей, любил веселые компании. Женился, имеет дочь, однако, отношения с женой характеризовались частыми конфликтами, после которых долго не мог успокоиться, возникала бессонница, головные боли, обострялась раздражительность. На работе становился рассеянным, допускал много ошибок, из-за чего еще более раздражался, тяжело переживал свою несостоятельность. На этом фоне постепенно пристрастился к алкоголю, несмотря на плохую его переносимость. После развода с женой бросил работу, постоянно алкоголизировался. В состоянии опьянения становился агрессивным, часто вступал в драки. Прекратил общение с прежними друзьями, выпивал со случайными знакомыми. Постепенно оказался вовлеченным в асоциальную компанию, дважды был осужден за кражи. В настоящее время проживает один на даче. Не работает, живет случайными заработками, которые тратит в основном на алкоголь.

В данном случае, несмотря на изначальную социоцентрическую направленность личности, которую можно было расценить как конструктивный ТПП, на фоне низких резервов адаптации и усложнения психопатологических проявлений наблюдался постепенный переход к преобладанию асоциальных моделей поведения с формированием дезадаптивного ТПП.

Анализ приведенных клинических наблюдений, при их сопоставлении, подтверждает сведения о возможности трансформации типа приспособительного поведения. При этом, динамические "сдвиги" могут идти как в конструктивном направлении, так и в сторону преобладания асоциальной (дезадаптирующей) направленности личности.

**5.3 Зависимость выраженности психических расстройств от типа приспособительного поведения**

Выше было показано, что выраженность психических расстройств оказывается весьма различной даже в рамках одинаковых форм заболевания. Учет этого показателя способствовал не только проведению более индивидуализированной и дифференцированной оценки состояния больного, но и сопоставлению больных разных групп. Поэтому анализ зависимости выраженности этих нарушений у лиц с пограничными психическими расстройствами от особенностей поведенческого реагирования представляет, как мы полагаем, существенный интерес.

Среднегрупповые показатели выраженности расстройств (по шкале "GAF") при различных типах приспособительного поведения на разных этапах исследования представлены в табл. 40.

Их анализ свидетельствует, что при поступлении достоверно более выраженными были нарушения у лиц с регрессивным и дезадаптивным

Таблица 40 Зависимость выраженности пограничных психических расстройств по шкале "GAF" от типа приспособительного поведения на различных этапах исследования

|  |  |
| --- | --- |
| Тип приспособительногоповедения | Выраженность психических расстройств по по шкале "GAF" |
| При поступлении | При выписке | Разница показателей по шкале "GAF" | Катамнестически |
| КТППXX minX max | 47.53+7.182258 | 63.65+2.16 22,32,44676 | 18.77+3.61 3347 | 73.56+2.183488 |
| РТППXX minX max | 35.60+4.58 12157 | 57.0+2.03 11,334572 | 16.51+3.58245 | 48.29+3.91 11882 |
| ДТППXX minX max | 35.88+5.81 112251 | 49.67+1.86 11,44556 | 12.05+5.08234 | 48.76+2.81 13362 |
| НТППXX minX max | 42.18+8.321556 | 55.0+2.15 15458 | 19.60+2.01 3639 | 47.86+9.82 13247 |

1 – достоверность различий по сравнению с группой конструктивного типа приспособительного поведения р<0,05; 11 – достоверность различий по сравнению с группой конструктивного типа приспособительного поведения р<0,005; 2 – достоверность различий по сравнению с группой регрессивного типа приспособительного поведения р<0,05; 22 – достоверность различий по сравнению с группой регрессивного типа приспособительного поведения р<0,005; 3 – достоверность различий по сравнению с группой дезадаптивного типа приспособительного поведения р<0,05; 33 – достоверность различий по сравнению с группой дезадаптивного типа приспособительного поведения р<0,005; 4 – достоверность различий по сравнению с группой неопределенного типа приспособительного поведения р<0,05.

ТПП, а наименьшая выраженность расстройств была отмечена при конструктивном типе. Перед выпиской наиболее низкие показатели отмечались при дезадаптивном ТПП, а при регрессивном и неопределенном типах выявлены более высокие показатели, которые, впрочем, также были статистически достоверно меньшими, нежели при КТПП. Сопоставление данных об изменениях тяжести расстройств показывает, что оптимальная динамика состояния отмечалась при конструктивном и неопределенном ТПП (18.7 и 19.6 балла, соответственно), в то время, как при ДТПП увеличение показателя "GAF" за период пребывания в стационаре было минимальным (12.1 балла). Благоприятная динамика уровня выраженности психических расстройств сохраняется и в катамнезе лиц с КТПП (73,6 балла). В группах больных с другими ТПП в катамнезе этот показатель составил около 50 баллов. Зависимость показателей выраженности психических расстройств от типа приспособительного поведения подтверждается и данными корреляционного анализа, посредством которого выявлена статистически достоверная, сильная обратная корреляционная связь (Rr= -0.7, p<0.05) между этими параметрами перед выпиской и достоверная, обратная, но слабая – при катамнестическом исследовании (Rr= -0.3, p<0.05)

**5.4 Социальная адаптация больных с разными типами приспособительного поведения**

На заключительном этапе исследования мы изучали показатели социальной адаптации у больных с различными типами приспособительного поведения (табл. 41).

Приведенные данные свидетельствуют о значительно более высоком уровне СА у больных с конструктивным ТПП. Показатели этой группы достоверно отличались по всем параметрам от групп с маладаптивными паттернами приспособления. Исключением явилось только отсутствие достоверных различий по сравнению с группой больных с РТПП по образовательному цензу и по производственным отношениям – с группой лиц с НТПП. Наиболее низкие показатели социального функционирования выявлены у больных дезадаптивным ТПП, у которых все показатели, за исключением общего отношения к жизни, оказались минимальными. Группа больных с НТПП занимала по исследуемым показателям промежуточное положение, а лица с РТПП отличались от последних более высоким образовательным цензом и самыми низкими уровнями по параметру "общее отношение к жизни" в изученной выборке.

**5.5 Исходы пограничных психических расстройств у больных с различными типами приспособительного поведения**

На данном этапе работы мы оценивали различия в структуре и выраженности психопатологических проявлений у больных с различными типами приспособительного поведения, а также особенности их социальной адаптации.

Распределение больных по группам психических расстройств в зависимости от ТПП приводятся в табл.42.

Как следует из представленных данных, при невротических и личностных расстройствах структура окончательных диагнозов, в значительной степени, определялась именно особенностями приспособительного поведения. Так, частота выздоровления у больных этих групп, у которых был диагностирован конструктивный ТПП, составляла около 90 %. В этих же группах, но у лиц с регрессивным типом приспособительного поведения, спектр окончательных диагностических заключений был значительно шире: в катамнезе больных, уволенных из Вооруженных Сил с неврозами, невротические расстройства диагностированы в 28.0 % наблюдений; у пациентов, уволенных с расстройствами личности, – в 13.3 %; патология личности выявлена в катамнезе больных этих групп в 36.0 % и 33.3% случаев, соответственно; психопатологические проявления психотического регистра – 12.0 % и 20.0 %, соответственно, а стойкая компенсация расстройств – в 12.0 % и 33 % соответственно.

При дезадаптивном типе приспособительного поведения у лиц, уволенных с расстройствами личности, в 71.4 % диагноз в катамнезе был подтвержден. Однако и в этой группе больных отмечались случаи практического выздоровления.

У больных с органическими психическими расстройствами при всех типах приспособительного поведения встречались как случаи выздоровления, так и персистирующие расстройства, что не позволило установить статистически значимые закономерности.

Следует отметить, что при невротических расстройствах патология психотического регистра в катамнезе выявлялась исключительно у больных с регрессивным ТПП, при расстройствах личности – при регрессивном и, реже, дезадаптивном типах приспособительного поведения. При конструктивном ТПП психотические расстройства не встречались. При органических психических расстройствах нарушения как пограничного, так и психотического регистров отмечались у лиц с различными ТПП.

Распределение больных по выраженности психических расстройств в зависимости от типа приспособительного поведения представлено в табл. 43. Из анализа представленных данных следует, что при невротических расстройствах у подавляющего числа (89.5 %) больных с конструктивным типом приспособительного поведения отмечалась минимальная выраженность психопатологических проявлений (оценка психического состояния по шкале "GAF" более 70 баллов). При регрессивном ТПП данные показатели были значительно хуже: в группу с наиболее выраженной симптоматикой (менее 50 баллов по шкале "GAF") было отнесено 36.0 % пациентов.

В группе больных с патологией личности подобная взаимосвязь типа приспособительного поведения и выраженности расстройств была менее отчетливой, однако, и здесь, практически, у 2/3 лиц с КТПП выявлена минимальная тяжесть состояния (более 70 баллов по шкале "GAF") и лишь у 5.6% - значительная выраженность болезненных проявлений. Наибольшее количество лиц с максимальной тяжестью состояния отмечено в группе пациентов с дезадаптивным ТПП (57.1 %). При регрессивном типе приспособительного поведения данный показатель занимал промежуточное положение: у 40 % обследованных лиц выраженность патологических проявлений колебалась в диапазоне от 60 до 70 баллов по шкале "GAF", у 33.3 % - от 50 до 60 баллов и у 26.7 % этот показатель составил менее 50 баллов.

При органических психических расстройствах выявленные закономерности были менее отчетливы. Так, в группе больных с КТПП в равном числе наблюдений (по 33.3 %) встречались как минимальная (по шкале "GAF" более 70 баллов), так и максимальная (менее 50 баллов по той же шкале) тяжесть психопатологических проявлений. При дезадаптивном типе приспособительного поведения также наблюдалось примерно равномерное распределение больных по тяжести состояния.

Несколько худшие показатели отмечались у пациентов с регрессивным ТПП (у 71.4 % обследованных лиц выявлена максимальная выраженность расстройств).

Распределение обследованного контингента по качеству социальной адаптации представлено в табл. 44. Из приведенных данных следует, что в группе больных с невротическими расстройствами при конструктивном типе приспособительного поведения в большинстве случаев (78.9 %) выявлялся высокий уровень СА и, напротив, при регрессивном ТПП наблюдалось обратное соотношение: у 60.0 % пациентов отмечены низкие показатели социальной адаптации. В группе больных с расстройствами личности также наблюдалось преобладание высокого уровня СА при КТПП, однако в несколько меньшей степени (66.7 % лиц из данной группы). При регрессивном и дез адаптивном ТПП чаще отмечалось низкое качество социальной адаптации (66.7 % и 92.9 %, соответственно). У больных с органической патологией высокий уровень СА наблюдался лишь в группе лиц с конструктивным типом приспособительного поведения, а в остальных группах преобладало низкое качество социального функционирования.

Для установления степени взаимосвязи между параметрами приспособительного поведения и уровнем социальной адаптации был проведен корреляционный анализ, при котором типы приспособительного поведения были объединены в три условные группы: конструктивную, неопределенную и дезадаптивную (в которую вошли дезадаптивный и регрессивный ТПП). Данный анализ показал наличие прямой корреляционной связи между уровнем СА и типом приспособительного поведения, коэффициенты которой составили: при невротических расстройствах – rr=0.7 (p<0.05), при расстройствах личности – rr=0.8 (p<0.05), при органических психических расстройствах – rr=0.2 (p>0.05).

Тип приспособительного поведения, таким образом, в значительной степени оказывал влияние на социальную адаптацию больных с невротическими и личностными расстройствами, и в меньшей степени – при патологии резидуально-органического генеза.

В качестве иллюстрации сформулированных положений приведем следующие клинические примеры.

Клиническое наблюдение № 7.

Больной М., 1980 г.р., военно-учетная специальность – стрелок.

Направлен на освидетельствование в связи с неспособностью адаптироваться к военной службе, самовольными оставлениями части.

Анамнез: отец больного страдает психическим заболеванием. Единственный ребенок в семье; родился от беременности, протекавшей с токсикозом, в состоянии асфиксии. Воспитывался матерью в условиях гипоопеки (родители с 1986 г. в разводе). По характеру сформировался малообщительным, обидчивым, своенравным, капризным. Нередко после ссоры с матерью убегал из дома, бродяжничал, по поводу чего состоял на учете в детской комнате милиции; эпизодически наркотизировался каннабиоидами. После школы пытался учиться в музыкальном училище, затем таможенном техникуме. Вследствие отсутствия установок на продуктивную деятельность специальности не приобрел, подрабатывал разнорабочим, однако долго на одном месте не удерживался, увольнялся по собственному желанию, предпочитая вести праздный образ жизни. В 1998 призван в ряды Вооруженных Сил. На ВВК жалоб не предъявлял, был признан годным к военной службе без ограничений. Адаптироваться вчасти не смог: не сложились отношения с сослуживцами, тяжело переносил физические и психологические нагрузки, тяготился особенностям военного быта, необходимостью подчиняться. Командованием характеризовался как "слабо исполнительный, безответственный, безынициативный, пассивный, замкнутый, грубый". С сослуживцами часто вступал в драки, после которых, уединившись, плакал. Несмотря на переводы в другие подразделения и части, уговоры матери, неоднократно самовольно оставлял часть. На этом фоне спустя полгода после начала службы отметил снижение настроение, нарушение ночного сна, частые головные боли, повышенную утомляемость, резкие колебания настроения, о чем сообщил психиатру при очередном обследовании в части. Был направлен на лечение психиатрическое отделение военного госпиталя. Дважды лечился по поводу невротических реакций, однако после выписки в часть возвращаться отказывался, сбегал от сопровождающих, обращался в комитет солдатских матерей, обращался для обследования в ПНИ им. Бехтерева. По направлению 9 ОВВК госпитализирован для решения экспертных вопросов в клинику психиатрии ВМедА. Поступил с жалобами на неустойчивое, чаще сниженное настроение, раздражительность, тоску по дому, нарушение ночного сна, частые головные боли. На отделении держался угрюмо, напряженно, демонстративно подчеркивал тяжесть своего состояния, стремился вызвать сочувствие, сострадание; при отсутствии их проявлений со стороны персонала менял линию поведения на противоположную – озлоблялся, становился негативистичным. Отличался эгоцентричностью, незрелостью суждений. Высказывал отрицательную установку на продолжение военной службы, в случае выписки в часть угрожал побегом, суицидом. Реальных планов на будущее не имел. На основании данных обследования был установлен диагноз транзиторного расстройства личности неустойчивого типа, по поводу чего больной был уволен по ст.18 б Приказа МО РФ № 315 – 95 г.

Катамнез: после увольнения по требованию матери поступил в техникум, получил специальность бухгалтера. В компании с другом нередко злоупотребляет алкоголем, зависимости не сформировалось. Мать устроила больного на работу менеджером, однако работает неровно, часто бывают прогулы из-за алкогольных эксцессов накануне, после которых, испытывая чувство вины, начинает усиленно трудиться, компенсируя пропуски. Вследствие этого ценится руководством как исполнитель, однако ответственную работу ему не поручают, к чему больной и не стремится, так как отмечает, что часто пасует перед трудностями, длительно переживает неудачи. Вместе с тем, работой доволен. Женат, детей нет. Отмечает неровный характер взаимоотношений с женой из-за своей эмоциональной неуравновешенности, ревнивости, эпизодических собственных случайных половых связей. После конфликтов с супругой или сослуживцами нередко плачет, обостренно переживает чувство неполноценности, отмечает частые головные боли, нарушения сна, повышенную раздражительность. Свободное время проводит за чтением книг, либо у телевизора. Мечтает приобрести отдельную квартиру, однако каких-либо реальных шагов для этого не предпринимает, надеясь на счастливый случай, выигрыш в лотерею или на игровых автоматах. В целом отмечает, что жизнью не доволен, заявляет, что "разочаровался во всем и всех". За медицинской помощью не обращается.

В данном случае был диагностирован регрессивный тип приспособительного поведения, результировавший в рецидивирующую невротическую симптоматику с умеренно выраженными (62 балла по шкале "GAF") расстройствами при довольно устойчивой социальной адаптация: так, образование, семейные, межличностные отношения были оценены в 3 балла, производственные отношения – в 4 и общее отношение к жизни также в 3 балла. Интегральный показатель социально адаптации – 3.16 балла.

Клиническое наблюдение № 8.

Больной К., 1978 г.р., военно-учетная специальность – моторист.

Направлен на обследование в связи с частыми нарушениями дисциплины, неупорядоченным поведением, грубостью, неподчинением.

Из анамнеза: родители больного злоупотребляют алкоголем, лишены родительских прав. Мать неоднократно была судима за кражи. Воспитывался бабушкой в условиях безнадзорности. По характеру сформировался вспыльчивым, упрямым, обидчивым, склонным к поступкам по первому эмоциональному побуждению, не выполнял указаний родителей, убегал из дома, участвовал в драках, попадал в милицию. С детства эгоистичный, жестокий, упрямый, равнодушный, бессердечный, безответственный. Жестоко избивал брата и сестру. Всегда считал себя правым, во всех своих неприятностях обвинял окружающих. Друзей не было, но больной в них и не нуждался. С младших классов школы приставал к одноклассницам, стараясь намеренно причинить боль. В школе учился крайне плохо, систематически нарушал дисциплину, не подчинялся учителям, в ответ на замечания нецензурно их оскорблял, дублировал 3-й, 4-й и 5-й классы. В 6-м классе за попытку изнасилования одноклассницы исключен из школы, после чего пошел работать учеником слесаря, но через месяц был выгнан, так как не пожелал выполнить задание, а на замечание начальника нецензурно обозвал его и бросил в него разводной ключ. Затем периодически устраивался работать, но более 3—4 месяцев на работе не удерживался. Спиртное употребляет с 14 лет. В состоянии опьянения становился еще более жестоким, часто затевал драки. В 1996 г. был призван на военную службу. К армейским условиям адаптировался с трудом, тяготился уставными требованиями, грубил и пререкался с командирами, считал, что они предвзято к нему относятся. На их замечания реагировал болезненно, угрожал расправой. Во время стационарного обследования не уживался с больными, не подчинялся персоналу, легко аффектировался, на попытки вербальной коррекции поведения отвечал бурными протестными реакциями. Заявлял, что если его выпишут в часть, он "что-нибудь с собой сделает". Уволен с диагнозом "психопатия возбудимого типа" по статье 18б Приказа МО РФ № 315 – 95 г.

Катамнез: после возвращения домой стал выпивать практически ежедневно в компании случайных знакомых, друзей не приобрел. Нигде не работал, отбирал у матери деньги и пропивал, затем воровал, занимался грабежами, неделями не ночевал дома, проживая у сожительниц, появлялся, лишь когда не было денег. В 1998 году был осужден на 1 год за хулиганство, в ИТУ во время драки получил сильный удар по голове куском металлической трубы и потерял сознание на 2 часа, после чего постоянно мучили головные боли, особенно при перемене погоды, слабость. После отбытия срока продолжал прежний образ жизни, вместе с тем отмечал, что не мог ездить на транспорте из-за сильной головокружения и головной боли. Снизилась толерантность к спиртному, от небольших доз возникала рвота, усиливалась головная боль, однако продолжал ежедневно выпивать. В похмелье возникали судорожные припадки. Стал подозрительным, считал, что все его злоключения связаны с происками недоброжелателей, эпизодически испытывал чувство слежки за собой. К моменту обследования вновь находится под следствием по факту грабежа.

В данном клиническом примере мы видим дезадаптивный тип приспособительного поведения, на фоне которого, наряду с крайне низкими показателями социальной адаптации (образование – 1 балл, семейные, межличностные и производственные отношения и общее отношение к жизни – 2 балла; интегральный показатель – 1.5 балла) можно наблюдать и усугубление психопатических проявлений – отрицательную динамику в рамках патологического развития личности с присоединением новых, ранее не свойственных факультативных симптомов (по шкале "GAF" - 46 баллов).

Клиническое наблюдение № 9.

Больной З., 1979 г.р., военно-учетная специальность – курсант учебного подразделения. Направлен на освидетельствование в связи с неподчиняемостью, конфликтностью, неуставными взаимоотношениями, суцидальными проявлениями. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Мать по характеру тихая, безвольная, робкая. Воспитание проходило по типу "ежовых рукавиц" в условиях ежедневных конфликтов с отчимом, злоупотреблявшим алкоголем и избивавшим больного. Сформировался упрямым, неуправляемым, обидчивым. В школе успеваемость была крайне низкой, часто прогуливал занятия, конфликтовал с учителями. Три раза дублировал шестой класс. После окончания шестого класса поступил в ПТУ, откуда был отчислен по неуспеваемости после первого курса. С 5 лет курит, с 7 – употребляет спиртсодержащие жидкости. Свободное время проводил в кругу асоциальных сверстников, с которыми злоупотреблял препаратами каннабиса, опиатами, клеем "Момент". В неформальных коллективах стремился к лидерству, нередко "добиваясь его кулаками". В 1997 г. призван на военную службу. В части с первых дней тяготился службой. Отличался упрямством, конфликтностью. Был отчислен из учебного подразделения. В новой части рисунок поведения оставался без изменений: вступал в драки с сослуживцами, пререкался с офицерами, злоупотреблял алкоголем. Воспитательные меры эффекта не имели. Самовольно оставлял часть, бродяжничал, проживал в подвалах, алкоголизировался, при поимке милицией отказывался возвращаться в часть. При прибытии представителя части демонстративно нанес самопорез на левом предплечье, в связи с чем направлен на обследование в психиатрический стационар, где были выявлены грубые эмоционально-волевые нарушения. В отделении первоначально держался с напряжением, был дисфоричен, груб с персоналом, речь изобиловала нецензурными выражениями. Попытки коррекции имели лишь непродолжительную результативность. При малейшем упоминании о службе озлоблялся, неоднократно повторял: "Не могу, когда мною командуют...я весь на нервах...", открыто угрожал самоубийством в случае выписки в часть. Однако, спустя несколько дней на фоне медикаментозного лечения и психотерапии стал значительно мягче, высказывал установки на продолжение службы, просил вылечить от "алкоголизма". Стал послушен, активно выполнял поручения персонала. Строил конструктивные планы на будущее, стремился научиться "контролировать свои эмоции". Уволен с диагнозом "расстройство личности эмоционально-неустойчивого типа, синдром зависимости от алкоголя" по статье 18б Приказа МО РФ № 315 – 95г.

Катамнез: спустя месяц после увольнения вернулся в Санкт-Петербург, поселившись у друга, закончил курсы автослесарей. Прошел психотерапевтическое лечение от алкоголизма методом "кодирования". Работает в автомастерской, из запчастей самостоятельно собрал себе машину (конфиденциально сообщил, что права на вождение купил), работа очень нравится. Снимает квартиру. Не женат, живет гражданским браком с девушкой, на которой собирается жениться, когда "накопит на свадьбу". В свободное время занимается в секции восточных единоборств, общается преимущественно с друзьями из спортивной группы. Активно обратился в ПНД для снятия статьи.

В приведенном случае у больного в момент выписки преобладали осознание особенностей своего состояния, стремление преодолеть сложившиеся стереотипы реагирования, активная жизненная позиция, что в совокупности нами было оценено как конструктивный ТПП, на фоне которого к моменту катамнестического обследования можно отчетливо видеть признаки депсихопатизации и устойчивую социальную адаптацию.

При сопоставлении динамики психического состояния и социальной адаптации этих больных можно отметить, что, несмотря на близость диагнозов, катамнестические показатели у них существенно различались. Так, в первом случае у больного с регрессивным ТПП довольно высокое качество СА сопровождалось рецидивирующим течением психопатологических проявлений. У второго пациента (клиническое наблюдение № 8) на фоне значительной выраженности перманентных психических расстройств наблюдалась социальная дезадаптация, связанная с дезадаптивным ТПП. У третьего же больного конструктивная направленность личности обусловила сглаживание психопатических особенностей и высокий уровень социального функционирования. Таким образом, тип приспособительного поведения определял не только клиническую динамику расстройств, но особенности социальной адаптации больных.

Обобщая содержание этой главы, следует подчеркнуть, что динамика психического состояния, также, как и качество социальной адаптации военнослужащих, уволенных из Вооруженных Сил с пограничными психическими расстройствами, определяется сложным сочетанием различных факторов, среди которых, наряду с характером и выраженностью психических расстройств, существенное значение имеют особенности адаптивного реагирования больных (тип приспособительного поведения). Вероятно, целесообразно еще раз отметить, что феноменологическая, уровневая и функциональная диагностические оценки психического состояния находятся между собой в вероятностной взаимосвязи, отражая разные аспекты функционирования человека. Так, при идентичных нозологических и синдромальных формулировках выраженность расстройств и особенности поведенческого реагирования часто оказываются различными. С другой стороны, они, напротив, могут быть сходными у больных с разными диагнозами. В целом, приведенные данные свидетельствуют, по нашему мнению, о необходимости использования многомерного подхода для характеристики состояния больных, так как учет каждой из применявшихся диагностических осей способствует не только уточнению текущего психического состояния и выбору лечебной тактики, но также индивидуализации социального и клинического прогноза.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Известно, что в последние годы наблюдается устойчивая тенденция к увеличению частоты пограничных психических расстройств (Александровский Ю.А., 2000). Многими исследователями подчеркивается социогенный патоморфоз пограничной патологии (Гиндикин В.Я., 1997; Краев В.А. и соавт., 2000) с увеличением количества затяжных, рецидивирующих форм, соматизацией и полисиндромностью клинической картины (Макеев В.И., 1998; Van Reekum R. et al., 1996).Во многих публикациях (Куликов В.В. и соавт., 1998; Петухов Ю.Л., 2002) показана также высокая распространенность этих состояний у военнослужащих (как в мирное время, так и у участников локальных вооруженных конфликтов). Вместе с тем, при контрольных обследованиях военнослужащих, уволенных из армии, диагноз расстройства личности не подтверждается в 70%, а психогений – в 60% случаев (Куликов В.В. и соавт., 1998). В связи с поэтапным переходом Вооруженных Сил на контрактную систему комплектования особое значение имеет поиск информативных критериев прогноза при этой патологии. В то же время, формирование прогноза заболевания на начальных этапах его развития относится к числу наиболее сложных проблем современной психиатрии (Литвинцев С.В., Шамрей В.К., 2001). Адекватное же прогнозирование состояния, по мнению М.И.Буянова (1971), невозможно без использования катамнестического метода.

Вместе с тем, в различных катамнестических исследованиях отмечается значительный разброс показателей исходов ППР. Так, при неврозах, по данным разных авторов, частота выздоровления варьирует от 63-68% (Яковлева Е.К., Зачепицкий Р.А., 1961; Круглова Л.И., 1972) до 100% (Палатов С.Ю., 1999, Неганова Е.А., 2000). Анализ катамнеза больных с расстройствами личности демонстрирует ошибочность этого диагноза в 27,5 % – 44 % случаев (Нечипоренко В.В., Шелепова Е.В., 1995), а по данным А.А.Портнова и соавт. (1987) – лишь в 15,9 % случаев. В обзоре, посвященном катамнестическим исследованиям пациентов с патологией резидуально-органического генеза, А.А.Корнилов (2001) отмечает, что регредиентное ее течение обнаруживается при коротком сроке катамнеза, а ремиттирующе-прогредиентное и прогредиентное – при длительном катамнестическом исследовании.

По мнению ряда авторов, различия в оценке динамики пограничных состояний связаны с тем, что в большинстве работ для прогноза состояния больных используются феноменологические (клинико-психопатологические и клинико-динамические) характеристики состояния, несмотря на то, что в настоящее время считается установленным, что "личностные особенности и структура социального окружения оказываются гораздо более важными для успеха психосоциальной адаптации, чем классические психиатрические критерии" (Вид В.Д., 1994). Для изучения указанных характеристик в последние годы все шире используется методология многоосевой оценки психического состояния (Попов Ю.В., 1994) с применением которой связываются, в частности, и перспективы совершенствования ранней диагностики и прогнозирования в психиатрии (Рустанович А.В., 2000).

Подобные исследования уже проведены в рамках изучения шизофрении (Костюк Г.П., Рустанович А.В., 2000), алкоголизма (Кутушев О.Т., 2001), аффективных расстройств (Арбузов А.Л., 2002). Изучение катамнеза военнослужащих, уволенных из ВС РФ по поводу пограничных психических расстройств, с использованием многоосевых диагностических подходов, однако, ранее не проводилось.

В связи с представленными литературными данными о значительных различиях в оценке исходов пограничных состояний, с одной стороны, и недостаточностью сведений о течении ППР у военнослужащих после их увольнения из ВС, с другой, целью работы явилось изучение структуры и выраженности психических расстройств, а также качества социальной адаптации лиц, уволенных из Вооруженных Сил в связи с пограничными психическими расстройствами.

Для достижения цели нами был изучен 2-14 летний катамнез (средний срок катамнеза 5.7 лет) 116 больных, уволенных из Вооруженных Сил, у которых на разных этапах службы были диагностированы ППР. При обследовании больных использовавшийся многоосевой подход включал: 1) многомерную феноменологическую оценку состояния, которая обеспечивалась дополнением нозологических формулировок уточняющими синдромальными (а иногда - и симптоматологическими) описаниями; 2) изучение выраженности психических нарушений (уровневая диагностика); 3) анализ особенностей адаптивного реагирования личности (функциональная диагностика).

Такая структура многоосевой диагностики, в основном, соответствует общепризнанным многомерным систематикам. Исключение, возможно, составляет характеристика качества социальной адаптации, методика проведения которой соответствует рекомендуемым в литературе (Рустанович А.В., 1997) подходам, но в нашем исследовании она применялась не в качестве самостоятельной, так называемой, "психосоциальной диагностической оси", а в качестве критерия оценки показателей катамнеза.

Результаты изучения характеристик катамнеза, таких, как показатели диспансерного учета и частота повторных госпитализаций, подтверждают представления о пограничных расстройствах, как о заболеваниях с мягким течением и благоприятными исходами (Семке В.Я., 1999). Действительно, в поле зрения психиатров попадает весьма незначительное количество пациентов после их увольнения из Вооруженных Сил, что соответствует данным других авторов (Палатов С.Ю., 1999; Неганова Е.К., 2000). Так, на период проведения катамнестического обследования на учете в районных психоневрологических диспансерах состояла лишь четвертая часть обследованных лиц, среди которых преобладали больные с расстройствами личности. Повторные госпитализации отмечались только в единичных случаях и во всех группах больных составляли около 10 %.

Наиболее нестабильными диагностические заключения оказались у больных, уволенных с невротическими расстройствами. На период катамнестического исследования в структуре диагнозов этой группы преобладали расстройства личности - 42.3 %, в то время, как патология невротического круга была диагностирована лишь у трети обследованных. Расстройства, не относящиеся к спектру пограничных, отмечены в 23 % случаев.

В группе больных с органическими психическими расстройствами изменения в структуре диагнозов оказались минимальными: у всех 16 человек с сохраняющейся психопатологией имеются указания на органический генез болезненных проявлений, в том числе и при расстройствах психотического регистра (25 % наблюдений).

Больные, уволенные с диагнозом расстройства личности, по показателю вариабельности окончательного диагноза занимали промежуточное положение.

Выраженность расстройств в катамнезе не имела существенных различий между группами лиц с невротическими и личностными расстройствами. Так, тяжесть психического состояния по шкале "GAF" при этих расстройствах составила 62.9 и 57.8 баллов, соответственно**.** Больные с органическими расстройствами достоверно отличались по данному показателю от пациентов с неврозами. Показатели социальной адаптации у лиц с невротическими и личностными расстройствами также были значительно лучше, чем у пациентов с органической патологией.

Установлено, что синдромологическая структура заболевания также имеет определенное влияние на течение заболевания и характеристики катамнеза пограничных расстройств. Наиболее благоприятный прогноз отмечался у больных с ведущим депрессивным синдромом, при котором выздоровление было выявлено в 80% случаев. При преобладании в клинической картине инициального периода болезни истерической симптоматики и синдрома эмоционально-волевой неустойчивости подобная динамика встречалась значительно реже (в 25.0 % и 32.4 %, соответственно). Близкие к этим показатели были получены и при изучении других характеристик катамнеза. Так, наиболее высокий уровень психического здоровья отмечался у лиц, у которых при увольнении из Вооруженных Сил был диагностирован депрессивный синдром (71.1 балла по шкале "GAF"), а самый низкий – у больных с тревожно-фобическими проявлениями. В последней группе, а именно при тревожно-депрессивном синдроме, выявлено максимальное количество лиц с неудовлетворительным (то есть менее 2.5 баллов) уровнем социальной адаптации – 77.8 %. Эти показатели, в основном, близки к результатам катамнестического изучения невротических расстройств, проведенного M. Bouchal и C.Skoda (1991) и патологии личности, выполенного T.Gude и P.Vaglum (2001).

В целом, приведенные данные, согласуются с результатами, полученными другими исследователями, указывающими на относительно неблагоприятный прогноз при органических психических расстройствах (Корнилов А.А., 1981), а также сведения о нередких случаях декомпенсации (Работкин О.С. и соавт., 2001) при психопатиях и невротических расстройствах (33 % и 42 % случаев, соответственно). Некоторые расхождения в выявленной частоте психопатологических проявлений, вероятно, объясняются различиями в применявшихся диагностических подходах.

Вместе с тем, диагноз заболевания лишь с некоторой долей вероятности позволяет судить о прогнозе его течения. В частности, клинический диагноз обладает большей прогностической валидностью только в случае органических психических расстройств. Определенное значение имеет и синдромальная картина болезни, однако, и она может свидетельствовать лишь о вероятностном прогнозе.

На следующем этапе работы, поэтому, мы анализировали взаимосвязь течения ППР и выраженности патологических проявлений в инициальном периоде заболевания. При изучении этих характеристик установлено, что у пациентов с расстройствами личности при различной тяжести состояния на момент выписки частота стойкой компенсации варьировала от 93.4 % в группе больных с максимальными показателями психического здоровья (то есть, выше 70 баллов по шкале "GAF") до 23.8 % у лиц со значительной тяжестью состояния (то есть менее 50 баллов по этой шкале). Выраженность расстройств в катамнезе зависела также от тяжести состояния при выписке, и, в первую очередь, при расстройствах личности и патологии резидуально-органического генеза. Например, у лиц с относительно высоким уровнем психического здоровья на момент выписки (то есть, более 60 баллов по шкале "GAF") в группу с наименьшей выраженностью расстройств было отнесено 75 % больных с органическими расстройствами и 90% пациентов с расстройствами личности. При неврозах, подобная взаимосвязь была не столь отчетливой: из лиц с минимальной выраженностью расстройств при выписке в такую же группу в катамнезе было отнесено всего около половины больных. Показатели социальной адаптации больных также обнаруживали тесную связь с выраженностью расстройств при патологии личности и заболеваниях органического генеза: более, чем 90 % больных с минимальной выраженностью расстройств при выписке (>70 баллов по шкале "GAF") отмечался высокий уровень СА (более 3.5 баллов) при катамнестическом исследовании. При невротических расстройствах этот показатель составил лишь 50 %.

Приведенные данные свидетельствуют о нарастании выраженности психических расстройств по мере увеличения срока, прошедшего с момента увольнения военнослужащих из ВС. Парадоксально, но, при этом, качество социальной адаптации больных также повышалось.

Становится очевидной, таким образом, целесообразность использования уровневой оси при органических и личностных расстройствах. Вместе с тем, следует отметить, что при оценке больных и по этой шкале катамнестические показатели весьма значительно варьировали у отдельных больных: так, показатели СА у лиц с РЛ и максимальной выраженностью расстройств при выписке колебались в пределах от 1.8 до 3.0 баллов, при неврозах – от 1.8 до 3.7 баллов, а при органических расстройствах – от 1.7 до 2.6 баллов.

Полученные данные согласуются с мнением H.Seivewright, P.Tyrer и T.Johnson (2002) о высокой информативности уровневой шкалы при определении прогноза у больных с расстройствами личности и с данными А.С.Тиганова (1999), А.А.Бесчасного (2000) – у больных с органической патологией. При этом, результаты нашего исследования не в полной мере соответствуют данным P.Vetter и O.Koller (1996) о прогностической значимости показателей шкалы "GAF" при невротических состояниях. Данный факт, вероятно, объясняется особенностями обследованного нами контингента, в структуре расстройств которого преобладали начальные формы расстройств пограничного регистра с преобладанием полиморфной, недостаточно структурированной клинической картины. В то же время, в исследовании P.Vetter и O.Koller проводилось изучение лиц с патологическими проявлениями, четко соответствующими критериям определенных диагностических разделов DSM-IV и достаточной длительностью анамнеза для верификации диагноза.

Поэтому далее нами исследовалось влияние особенностей поведенческого реагирования (типа приспособительного поведения) на катамнестические показатели. При вынесении заключения о ТПП мы сопоставляли данные клинического обследования больных с характеристиками их психологической адаптации.

По данным экспериментально-психологического обследования больных с различными типами приспособительного поведения было установлено, что больные с регрессивным типом приспособительного поведения характеризовались высоким уровнем тревожности, что, вероятно, обусловлено низкой интернальностью, неадекватностью оценки происходящего вследствие значительной напряженности механизмов психологической защиты с преобладанием примитивных невротических типов защиты), дискордантного сочетания тревожно-боязливых и паранойяльных черт личности и предпочтения пассивных копинг-стратегий.

Личностные особенности больных с ДТПП определялись сочетанием психологических черт, свойственных кластерам А и В и низким осознанием больными наличия проблем. Последнее, вероятно, обусловлено преобладанием в структуре МПЗ реактивного образования, связанного, по мнению Л.Вассермана (1999) с гипертимно-легкомысленным отношением к жизни. Вместе с тем, у этих лиц преобладали ориентация на избегание неудач, низкая тревожность, высокий уровень использования копинг-стратегии, направленной на разрешение проблем, а также агрессивность и эмоциональная неустойчивость.

Лица с КТПП отличались относительной "сглаженностью" профиля личности, низкой тревожностью, высокой общей интернальностью и мотивационной ориентацией на "достижение", низкой напряженностью МПЗ, в структуре которой преобладали "зрелые" защитные механизмы. Гармоничное сочетанием используемых копинг-стратегий позволяет этим лицам избирать гибкую тактику поведения в стрессовых ситуациях.

В целом, полученные данные свидетельствуют о том, что тип приспособительного поведения является достаточно устойчивой, но все-таки подверженной трансформации характеристикой психики человека.

При изучении катамнестических показателей у больных с различными типами приспособительного поведения было установлено, что структура окончательных диагнозов, в значительной степени, определялась типом приспособительного поведения и, в первую очередь, при невротических расстройствах и расстройствах личности. Так, частота выздоровления у больных с невротическими состояниями варьировала от 12 % при регрессивном ТПП до 94.7 % при конструктивном типе приспособительного поведения.

Минимальные среднегрупповые показатели выраженности расстройств по шкале "GAF" были отмечены при конструктивном типе приспособительного поведения у больных с невротическими и личностными расстройствами (76.1 и 72.0 балла, соответственно), в этих группах незначительная тяжесть состояния (более 70 баллов по той же шкале) была выявлена у 89.5 % больных неврозами, 61.1 % пациентов с РЛ. При органической патологии этот показатель составил лишь 33.3 %. Наибольшая выраженность расстройств выявлялась при невротических состояниях у больных с регрессивным и неопределенным ТПП (54.7 и 46.0 балла, соответственно), при расстройствах личности – в группах лиц с дезадаптивным и неопределенным ТПП (52.3 и 32.0 балла, соответственно), а при расстройствах личности – при регрессивном и дезадаптивном типах приспособительного поведения (49.3 и 50.4 балла, соответственно).

Максимальное количество больных со значительной выраженностью расстройств ("GAF" < 50 баллов) было отмечено: у больных с неврозами и органическими расстройствами – при регрессивном типе приспособительного поведения (36 % и 71.4 % соответственно), а при расстройствах личности – у лиц с дезадаптивным ТПП – (57.1 %).

По данным изучения показателей психосоциального функционирования установлено, что наиболее высокие среднегрупповые показатели социальной адаптации (3,5 балла) отмечено у больных с невротическими и личностными расстройствами при конструктивном ТПП. При индивидуальном анализе состояния в этих группах высокое качество социального функционирования (более 3.5 баллов) отмечено у 78.9 % и 66.7% больных соответственно. В группе лиц с органической патологией эта зависимость была менее отчетливой, возможно, потому, что различия показателей социальной адаптации при разных типах приспособительного поведения были незначительными. Высокое качество социальной адаптации в этой группе обследованных лиц даже при конструктивном ТПП выявлялось лишь в 50 % случаев, а средние значение интегрального показателя СА составили: при КТПП – 2.5 балла, при РТПП – 1.9 балла, при ДТПП – 2.1 и при НТПП – 2.2 балла. Наименее благоприятный социальный прогноз отмечался: в группе больных с невротическими и органическими расстройствами – при регрессивном ТПП (2.5 и 1.9 балла соответственно), а в группе пациентов с личностной патологией – при дезадаптивном типе приспособительного поведения (2.1 балла).

Обобщение полученных результатов свидетельствует, что динамика психического состояния и показатели социальной адаптации пациентов с пограничными психическими расстройствами обнаруживают зависимость не только от клинических особенностей заболевания, но и от иных ("нефеноменологических") параметров. Данная зависимость отчетливо проявляется на уровне среднегрупповых показателей изучаемых параметров, но имеет только вероятностный характер. При этом, сочетанное рассмотрение характеристик начального этапа заболевания существенно повышает их прогностическую информативность. В конечном итоге, многоосевой подход позволяет, по нашему мнению, индивидуализировать диагностическую и прогностическую оценки, а следовательно, способствует выбору адекватной тактики лечебно-реабилитационных мероприятий и ее оптимизации в отношении конкретного больного.

**Выводы**

1. В катамнезе военнослужащих, уволенных из Вооруженных Сил с пограничными состояниями, психические расстройства выявлялись у 59.5 % обследованных. В группах лиц, уволенных с невротическими и личностными расстройствами, значительно чаще отмечалось практическое выздоровление (45.8% и 43.8%, соответственно), чем у пациентов с органической патологией (20.0%). В структуре окончательных диагнозов военнослужащих, уволенных с невротическими состояниями, в катамнезе преобладали расстройства личности (22.9%), патология невротического круга была диагностирована у 18.8% обследованных, а аддиктивные расстройства и эндогенные психозы – у 6.3% больных. У больных, уволенных в связи с расстройствами личности, в 37.5% случаев диагноз не изменился; в 10.4 % установлен диагноз шизофрении, у 6.3% обследованных выявлена патология невротического круга и у 2.1% - органические психические расстройства. У 60% лиц с патологией резидуально-органического генеза в дальнейшем в установлен диагноз непсихотических органических расстройств и у 20 % - органических психозов.

Синдромологическая структура расстройств инициального периода также определяет дальнейшее течение и исход заболевания не в полной мере: при преобладании в клинической картине острого периода заболевания депрессивного синдрома редукция болезненных проявлений отмечена в 80.0 % случаев, при астено-депрессивном и истеро-депрессивном синдромах – в 40.0% и 53.8%, соответственно, а при истерическом синдроме и синдроме эмоционально-волевой неустойчивости – в 25.0 % и 32.4 %, соответственно.

2. Выраженность психопатологических проявлений в начальном периоде болезни оказывает существенное влияние на дальнейшее течение заболевания у лиц с органическими психическими расстройствами и расстройствами личности: при минимальной тяжести состояния на момент выписки стойкая компенсация наблюдалась у всех больных с органическими расстройствами и у 93,4 % пациентов с расстройствами личности. При невротических расстройствах этот показатель составил только 50 %.

Социальная адаптация больных также обнаруживает отчетливую зависимость от тяжести состояния при выписке: при максимальной ее выраженности (менее 50 баллов по шкале "GAF") низкое качество социального функционирования (менее 2.5 баллов) выявлено у всех пациентов с органическими расстройствами, у 76 % больных с расстройствами личности и только у 52 % военнослужащих, уволенных с невротическими расстройствами.

3. Динамика психического состояния лиц, уволенных из Вооруженных Сил с пограничными психическими расстройствами, обнаруживает зависимость от особенностей приспособительного поведения больных: при конструктивном типе приспособительного поведения (ТПП) практическое выздоровление наблюдалось у 94.7% больных с невротическими расстройствами, у 88.9 % - с расстройствами личности и у 66.7% - с резидуально-органическими психическими нарушениями. Максимальная выраженность расстройств выявлялась: при невротических и органических расстройствах – у больных с регрессивным ТПП (54.7 и 49.3 балла, соответственно), при патологии личности – у лиц с дезадаптивным ТПП (52.3 балла). Наиболее высокие показатели социальной адаптации (3.5 балла) наблюдались у больных с невротической и личностной патологией при конструктивном ТПП. В аналогичной группе пациентов с органическими расстройствами интегральный показатель социальной адаптации составил 2,5 балла.

5. Неблагоприятный прогноз при невротических расстройствах отмечается у лиц с регрессивным типом приспособительного поведения и преобладанием в начальном периоде болезни истерических и тревожно-фобических проявлений; у пациентов с расстройствами личности – при значительной (менее 50 баллов по шкале "GAF") выраженности расстройств и дезадаптивном типе приспособительного поведения; у больных с патологией резидуально-органического генеза – при ведущем синдроме эмоционально-волевой неустойчивости и выраженных (менее 50 баллов по шкале "GAF") клинических проявлениях болезни.

**ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. При проведении первичной диагностики пограничных психических расстройств в психиатрических отделениях военных госпиталей целесообразно, наряду с указанием развернутого клинического диагноза (феноменологическая диагностическая ось), оценивать выраженность нарушений (уровневая ось) и индивидуально-личностные особенности, отражающие адаптивное реагирование больных (функционально-диагностическая ось).

2. Для оценки уровня (выраженности) психических расстройств рекомендуется использовать "Шкалу обобщенной оценки функционирования" (GAF).

3. При проведении функциональной диагностики следует выделять конструктивный, регрессивный и дезадаптивный типы приспособительного поведения. Для выделения указанных типов приспособительного поведения целесообразно использовать тесты "Индикатор копинг-стратегий", "Индекс жизненного стиля", "Уровень субъективного контроля".

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Абабков В.А. Катамнез больных неврозами с системными соматическими расстройствами // Журн. невропатолог. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 1981. – Т. 81, № 11. – С.1671-1676.
2. Адлер А. Индивидуальная психология, ее гипотезы и результат // Психология личности. – Т.1. – Самара, 2000. – С. 163 -178.
3. Александровский Ю. А. Клиническое единство и дифференциация пограничных состояний // Тез. Докл. ХIII съезда психиатров России. – М., 2000а. - Т.1. - С.19.
4. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
5. Амбрумова А.Г. Течение шизофрении по данным отдаленного катамнеза. – М.: НИИ психиатрии МЗ РФ РСФСР, 1962. – 218 с.
6. Андреев А.М. Хронические тревожно-фобические расстройства с явлениями стойкой агорафобии: клинико-катамнестическое исследование. // Журн. невропатолог. и психиатр. им. С.С.Корсакова. — 1999. – Т.99, № 9. – С.1423-1429.
7. Анохин П.К. Избранные труды. – М.: Наука, 1975. – 400 с.
8. Арбузов А.Л. Многоосевая оценка психического состояния военнослужащих с депрессивными расстройствами: Дис. … канд. мед. наук. – СПб, 2002. – 149 с.
9. Артемьев И.А. Эпидемиология психических заболеваний и миграция населения в Сибири и на дальнем Востоке: Дис… докт. мед. наук. – Томск, 1995. – 343 с.
10. Ахмедов Т.И., Жидко М.Е. Психотерапия в особых состояниях сознания. – Харьков: Фолио; М.: ООО "Издательство АСТ", 2000. – 768 с.
11. Бажин Е.Ф., Голынкина С.А., Эткинд А.М. Метод исследования субъективного контроля // Психологическ. журн. – 1984. – Т.5, №3. – С. 115-120.
12. Банников Г.С. Роль личностных особенностей в формировании структуры депрессии и реакций дезадаптации: Автореф. дис… канд. мед. наук. – М., 1998. – 18 с.
13. Бернардо С.Х. Исследования взаимосвязи между уровнем интеллекта и предпочтениями психологических защит в юношеском возрасте // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. – СПб., 2000. – С. 175-176.
14. Бесчасный А.А. Дифференциальная диагностика психопатий и психопатолодобных состояний резидуально-органического генеза (Клинико- физиологические и социально-психологические аспекты): Автореф. дисс. …канд. мед. наук . – М, 1992. – 15 с.
15. Богдан М.Н. Эпидемиологический аспект проблемы диагностики пограничных психических расстройств // Журнал невролог. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 1998. – Т. 98, № 3. – С. 35 – 38.
16. Бодалев А.А., Столин В.В. Общая психодиагностика. – СПб.: Речь, 2000. – 439 с.
17. Братусь Б.С. Психология личности // Психология личности. – Т.2. – Самара, 2000. – С. 385-456.
18. Булатова Т.В., Крюкова О.Н. Организация суицидологической помощи населению г.Кирова // Актуальные проблемы психического здоровья. – Киров, 1998. – С. 94-95.
19. Буркин М.М., Рыбак Ю.Е. Введение в диагностику психических заболеваний. – Петрозаводск: Изд-во ПГМУ, 1999 г. – 12 с.
20. Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В., Ломаченков А.С. Использование опросника качества жизни /версия ВОЗ/ в психиатрической практике: Пособие для врачей и психологов / Под ред. проф. М.М.Кабанова. – СПб., 1998. – 32 с.
21. Бутома Б.Г., Аристова Т.А. Применение этологического подхода в групповой телесной психотерапии // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. – СПб., 2000. – С.72-73.
22. Буянов М.И. О становлении астенической психопатии // Журн. невропатол. и психиатр. – 1969. – Т.69, № 9. – с. 1394 – 1397.
23. Буянов М. И. О катамнестическом изучении психопатий и неврозов (обзор литературы) // Журнал невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 1971. – Т. 71, № 8. – С. 1251 – 1262.
24. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. и др. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля / Пособие для врачей и психологов. – СПб, 1999. – 49 с.
25. Вейн А.М, Дюкова Г.М., Воробьева О.В. и др. Панические атаки (неврологическите и психофизиологические аспекты). – СПб, 1997. – 304 с.
26. Вельтищев Д.Ю. Гуревич Ю.М. Значение личностных и ситуационных факторов в развитии пограничных психических расстройств депрессивного спектра: Методические рекомендации. - Под общей ред. проф. В.Н. Краснова. – М.,1999. – 18 с.
27. Виггинс О., Шварц М., Норко М. Прототипы, идеальные типы и личностные расстройства: возвращение к классической психиатрии // Journal of Personality Disorders, 1989, 3 (1). 1-9.
28. Вид В.Д. Многомерный диагноз и оценка эффективности групповой психотерапии при шизофрении и шизотипальном расстройстве // Обозр. психиат. и мед. психол. - 1994. – N 1.- С. 46 - 53.
29. Виноградова Р. Н., Волоскова И. М., Виноградова З. Н., Макаренко Э. Н. Психические расстройства на резидуальноорганической почве у лиц подросткового возраста // Тез. Докл. ХIII съезда психиатров России. – М., 2000а. - Т.1. – С.126.
30. Воловик В.М. О функциональной диагностике психических заболеваний // Новое в теории и практике реабилитации психически больных. – Л., 1985. – с. 26 – 32.
31. Воробьев В. Ю., Шмаонова Л. M., Циркин С. Ю. Клинико-эпидемиологические аспекты соотношения стрессогенных расстройств и диатеза // Тез. Докл. ХIII съезда психиатров России. – М., 2000а. - Т.1. - С.131.
32. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. – Н.Новгород: Изд-во НГМА, 1998. – 128 с.
33. Герцен И.В., Важенина Т.Т. Использование многоосевой диагностики при проведении военной экспертизы призывников // Вопросы клиники, диагностики и терапии психических и наркологических заболеваний. - Челябинск, 2001. – С. 11.
34. Гиляровский В.А. Психиатрия: Руководство для врачей студентов. – 4-е изд., испр. и доп. – М.: Медгиз, 1954. – 520 с.
35. Гиндикин В.Я. Лексикон малой психиатрии. – М.: КРОНПРЕСС, 1997. – 576 с.
36. Гурвич И.Н. Тест нервно-психической адаптации // Вестник гипнологии и психотерапии. - 1992. - № 3. - С.46 -53.
37. Гуревич М.О. О так называемой "малой психиатрии", ее достижениях и ошибках // 50 лет Психиатрической клинике им. С.С. Корсакова. – М., 1940. – с. 63 – 68.
38. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. М.: Медицина, 1980. – 272 с.
39. Давыдовский И.В., Снежневский А.В. О социальном и биологическом в этиологии психических заболеваний // Социальная реадаптация психически больных. – М., 1965. – с.7-9.
40. Демьянов А. В., Глазунова Т. И. О роли соматической отягощенности в генезе психических расстройств у военнослужащих // Тез. Докл. ХIII съезда психиатров России. – М., 2000. - Т.1. - С.104.
41. Дмитриева Т.Н. Динамика основных вариантов девиантного поведения у детей и подростков по данным клинико-динамического и клинико-катамнестического исследования // Соц. и клиническ. психиатр. – 1995. – Т.95, № 1. – С. 54-61.
42. Доклад Центра экономических и политических исследований "Социальная политика в России": Молодежь в России. – 1997. – Том. 29, № 5. – С. 5-17.
43. Ефремов В.С., Точилов В.А. Депрессия и суицид // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. – СПб, 2000. – С. 158 – 162.
44. Захаров Н.Б., Рябов В.М. Уровень социальной адаптации и тип приспособительного поведения у молодых женщин, страдающих шизофренией // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. – СПб, 2000. – С. 82.
45. Иванов С.В., Андреев А.М. Типологическая дифференциация хронической агорафобии // Журн. неврол. и психиатр. – 2000. – Т. 100, № 2. – С. 11-18.
46. Исаева Е.Р., Зуйкова Н.В. Копинг, психологическая защита и психопатологические симптомы: поиск маркеров дезадаптации // Современные проблемы психоневрологии (Диагностика, лечение и реабилитация больных нервными и психическими расстройствами / Сборник тезисов научной конференции. – СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева., 2000. – С. 64-65.
47. Калачев Б.П., Бурлаков И.А., Доброхотова Е.В. Результаты отдаленного катамнеза невротических и психопатических состояний и оценка их прогноза // Журн. невропатол. и психиатр. – 1978. – Т.78, № 11. – С. 1667 – 1671.
48. Кальманович Т. Н., Волошин В. М., Корень Е. В. Сравнительное изучение особенностей социализации подростков с психическими расстройствами пограничного уровня и практически здоровых // Тез. Докл. ХIII съезда психиатров России. – М., 2000а. - Т.1. - С.125.
49. Каннабих Ю. В. История психиатрии. - М., 1929. - 520 с.
50. Кербиков О.В. Избранные труды. – М.: Медицина, 1971. – 312 с.
51. Киселев А.С., Сочнева З.Г. Закономерности начала, течения и исходов основных психических заболеваний. – Рига: Зинатне, 1988. 236 с.
52. Ковалев В.В. Психический дизонтогенез как клинико-патогенетическая проблема психиатрии детского возраста // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1981. – т. 81, вып. 10. – с. 1505-1509.
53. Козловская Л.И. Патологический способ адаптации в социуме больных неврозом // Современные проблемы психоневрологии (Диагностика, лечение и реабилитация больных нервными и психическими расстройствами) / Сбор. тез. науч. конф. – СПб., 2002. – С. 73-74.
54. Койстрик К.Н., Рудой И.С., Мышляев С.А., Бидюк Ю.В. Психическое здоровье курсантов ВМедА (результаты исследований 1964-1988 гг.) // Война и психическое здоровье. – СПб., 2002. – С. 81-90.
55. Колчев А.И. Диагностика отклоняющегося поведения у военнослужащих // Современные проблемы психоневрологии (Диагностика, лечение и реабилитация больных нервными и психическими расстройствами / Сбор. тез. науч. конф. – СПб., 2002. – С. 77-78.
56. Кон И.С. Постоянство и изменчивость личности. - Психологическ. журн. – 1987. – Том 8, №4. – С. 126-137.
57. Корнилов А.А. Динамика психопатоподобных расстройств у больных, перенесших травму головы // Журн. невропатол. и психиатр. – 1981. – Т. 81, № 11. – с. 1681 – 1684.
58. Костюк Г.П. Отдаленный катамнез больных шизофренией, уволенных из Вооруженных Сил: Автореф. дис. …канд. мед. наук. - СПб., 1999. – 18 с.
59. Костюк Г.П., Рустанович А.В. О типологии приспособительного поведения лиц с психическими расстройствами // Актуальные проблемы психического здоровья. – Киров, 2000. - с. 123 – 125
60. Краев В.А., Мусохранов А.Ю., Дубровская М.К. Опыт терапии пограничных нервно-психических расстройств в условиях отделения пограничных состояний // Актуальные проблемы психического здоровья. Киров. – 2000. - С. 128 – 129
61. Краснов В.Н. Современные направления развития пограничной психиатрии. // Актуальные вопросы пограничной психиатрии // Материалы Всероссийской научной конференции. – СПб., 1998. – с. 7 – 9 .
62. Краснушкин Е.К. Избранные труды. – М.: Медгиз, 1960. – 608 с.
63. Кречмер Э. Строение тела и характер. – М., 2000. – 208 с.
64. Круглова Л.И. Отдаленный прогноз при неврозах с затяжным течением по данным эпидемиологического исследования // Неврозы и пограничные состояния. – Л., 1972. С. 35-47.
65. Кузнецов О.Н., Лебедев В.И. Психология и психопатология одиночества. – М., 1972. – 335 с.
66. Кулев И.Л. К клинической динамике так называемых органических психопатий // Журн. невропатол. и психиатр. – 1964. – Т. 64, № 5. – С. 730 – 734.
67. Куликов В.В., Ковальский О.Н., Фадеев А.С. Военно-врачебная экспертиза военнослужащих при психических расстройствах // Актуальные проблемы пограничной психиатрии. – СПб., 1998. – С. 155-157.
68. Курпатов В.И. Концепция предболезни психогенно-обусловленных расстройств у военнослужащих // Актуальные проблемы пограничной психиатрии. – СПб., 1998. – С. 9-14.
69. Лакосина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности и психопатии: Клиника и лечение. – М.: Медицина, 1994. – 192 с.
70. Лебедев М.А. Прогностическое значение отдельных форм пограничных предболезненных состояний у лиц молодого возраста // XII съезд психиатров России. – М., 1995. – С. 210-211.
71. Лисицын Ю.П. Санология – основа первичной профилактики // Вестн. АМН СССР. – 1995. - № 8. – С.48-51.
72. Литвинцев С.В., Нечипоренко В.В., Захаров В.И. и др. Клинико-организационные проблемы оказания психиатрический помощи военнослужащим в Афганистане // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. - СПб, 1995. - С. 45 - 51.
73. Литвинцев С.В., Рудой И.С. Некоторые клинические варианты радиационной психосоматической болезни (РПБ) // Актуальные проблемы пограничной психиатрии. – СПб., 1998. – с. 60 – 62.
74. Литвинцев С.В., Шамрей В.К. Вопросы саногенеза в военной психиатрии // Актуальные проблемы клинической и экстремальной психиатрии. – СПб., 2001. – с. 14 – 20.
75. Литвинцев С.В., Шамрей В.К. Некоторые проблемы оказания психиатрической помощи в Вооруженных Силах // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. – СПб, 2000. – С. 14-18.
76. Лихтерман Л. Б., Корниенко В. Н., Потапов А. А. и соавт. Черепно-мозговая травма: прогноз течения и исходов. – М., 1993. – 446 с.
77. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. – Л.: Медицина, 1979. – 335 с.
78. Лопес Ибор Х. К определению понятия "неврозы" // Журн. невропатол. и психиатр. – 1981 – Т. 81, № 3. – С. 450 – 454.
79. Лыткин В.М. Концепция "комбатантная акцентуация личности" // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. – СПб, 2000. – С. 65-70.
80. Макеев В.И. Клиника и динамика реактивных состояний у больных с резидуально-органической патологией // Социальн. и клиническ. психиатр. – 1998. – Т. 8, № 2. – С. 100-102.
81. Маковенко С.В. Затяжные депрессивные реакции у больных с расстройствами адаптации // Психосфера, 1998, № 5. – с. 11 – 13.
82. Мелехов Д.Е. Социальная психиатрия и психиатрическая клиника // Журн. невропатол. и психиатр. – 1972. – Т. 72, вып. 3. – с. 389 – 395.
83. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврозология и психосоматическая медицина. – М., 2002. – 608 с.
84. Мехилане Л., Саарма Ю. Психиатрическая нозология. – Тарту: Изд-во Тартуск. ун-та, 1985. – 90 с.
85. Михайлов Б.В., Астанов Ю.Н. Невротические расстройства у военнослужащих срочной службы Вооруженных Сил Украины // Российский психиатр. журн. – 2001. – № 1. – С. 26-28.
86. Мухортова О.П., Чудиновских А.Г. О перспективах использования многоосевой диагностики в работе психиатра гарнизонной поликлиники // Актуальные проблемы клинической и экстремальной психиатрии. – СПб., 2001. – С. 76-77.
87. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. – Л., 1960. — 426 с.
88. Неганова Е.А. Катамнез лиц уволенных из ВС в связи с психическими расстройствами // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. – СПб., 2000. – с. 101.
89. Недошивин А.О., Кутузова А.Э., Петрова Н.Н., Варшавский С.Ю., Перепеч Н.Б. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью // Сердечная недостаточность, 2000. – Т. 1, № 4. – с. 12 – 14.
90. Нечипоренко В.В. Психопатии молодого возраста: Дисс. …докт. мед. наук. – СПб., 1989. – 485 с.
91. Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Давыдов А.Т. и др. О психосоциальной реабилитации больных с пограничными психическими расстройствами // Актуальные проблемы клинической и экстремальной психиатрии. – СПб., 2001. – с. 89 – 90.
92. Нечипоренко В.В., Шелепова Е.В. Значимость психотравмирующих факторов в развитии пограничных психических расстройств у военнослужащих срочной службы // Воен. мед. журн. – 1995. – № 1. – С.57.
93. Овсянников С.А., Цыганков Б.Д. Пограничная психиатрия и соматическая патология: Клинико-практическое руководство. – М., 2001. – 100 с.
94. Одинак М.М., Литвинцев С.В., Вознюк И.А. Опыт применения антидепрессантов в неврологии и психиатрии. – СПб., 1996. – 14 с.
95. Орловская А.А., Жариков Н.М., Тиганов А.С. Психиатрия в XXI веке // Психиатрия и психофармакология, 2000. - Том 2, № 4. – С.10-16.
96. Палатов С.Ю. Психические расстройства у призывников и солдат (клинико-эпидемиологическое исследование) // Журн. неврол. и психиатр. – 1999 – Т. 99, вып. 8. – с. 16 – 20.
97. Пережогин Л. О. Клинико-психопатологические особенности испытуемых с расстройствами личности, к которым были применены нормы ст. 22 УК РФ // Тез. Докл. ХIII съезда психиатров России. – М., 2000. - Т.2. - С.11-21.
98. Петухов Ю.Л. Многоосевая диагностика психического состояния призывников в условиях специализированного стационара: Автореф. дисс. … канд. мед. наук. – СПб., 2002. – 18 с.
99. Пивень Б. Н. Дефиниция и систематика психических расстройств непсихотического уровня // Тез. Докл. ХIII съезда психиатров России. – М., 2000а. - Т.1. - С.102.
100. Покидько И.В. О формировании пограничных психических расстройств у военнослужащих по призыву // Тез. докл. итог. научн. конф. слуш. 1-го факультета. – СПб., 2000. – С. 78.
101. Полушин В.Д., Пасынков Ю.Н. Патоморфоз психических расстройств уволенных из армии военнослужащих // Актуальные проблемы психического здоровья. – Киров, 1998. – С. 62 – 64.
102. Попов Ю. В. Концепция саморазрушающего поведения как проявления дисфункционального состояния личности // Обозр. психиат. и мед. психол. - 1994, № 1. – С. 6—13.
103. Попов Ю.В. Агрессивность и саморазрушающее поведение молодежи // Война и психическое здоровье. – СПб., 2002. – С. 202-208.
104. Портнов А.А., Ракитин М.М., Овсянников С.А. и др. Объем понятия и критерии диагностики психопатии по данным катамнеза // Журн. невропатол. и психиатр. – 1987 – Т. 87, вып. 7. – с. 1076 – 1079.
105. Посвянская А. Д. Клиническая и социокультуральная характеристики стационарного контингента больных пограничными психическими расстройствами // Тез. Докл. ХIII съезда психиатров России. – М., 2000а. - Т.1. - С.78.
106. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля (Пособие для врачей и психологов) / под ред. проф. Л.И. Вассермана. – СПб, 1999. – 49 с.
107. Пушков В.В. Неврозоподобные расстройства подросткового возраста // Актуальные проблемы пограничной психиатрии. – СПб., 1998. – с. 73-74.
108. Работкин О.С., Палатов С.Ю., Фадеев А.А. Актуальные вопросы медицинского освидетельствования граждан, призываемых на военную службу, страдающих психическими расстройствами // Тезисы докладов научно-практической конференции: Актуальные проблемы современной клинической медицины. – Подольск, 2001. – С. 195-198.
109. Распономарева О. В. Клинико-динамический анализ катамнеза лиц с истерическим расстройством личности: Автореф. дисс. … канд. мед. наук. – М., 2002. – 22 с.
110. Романова Е.С. Графические методы в практической психологии: Психологический практикум. – СПб.: Речь, 2001. – 416 с.
111. Рустанович А.В. Многоосевая диагностика психических расстройств у военнослужащих: Дисс. …докт. мед. наук. – Спб., 1997. – 373 с.
112. Рустанович А.В. Многоосевая диагностика как составляющая гуманистических тенденций развития современной психиатрии // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. – СПб, 2000. – С. 58 – 60.
113. Рустанович А.В., Фролов Б.С. Многоосевая диагностика психических расстройств у военнослужащих. – СПб.: ВмедА, 2001. – 40 с.
114. Рыбалко М. И. О роли наследственных факторов в развитии психопатий и акцентуаций характера у подростков // Тез. Докл. ХIII съезда психиатров России. – М., 2000. - Т.1. - С.198.
115. Сафронов А.Г. Социально-индуцируемые неврозы // Актуальные вопросы философии науки и современных технологий. – Харьков, 1997. - № 388, С. 3.
116. Семичов С. Б. О соотношении между нозологическим и функциональным диагнозами // Новое в теории и практике реабилитации психически больных. – Л., 1985. – С. 54-59.
117. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. – Томск, 1999. – 403 с.
118. Семке В.Я., Нохрина Л.Я. Динамика основных форм неврозов // Журн. невропатол. и психиатр. – 1986. – Т. 86, № 11. – с. 1662 – 1667.
119. Сергеев И. И. Проблемы неврозологии, возникшие в связи с внедрением МКБ-10 // Тез. докл. ХIII съезда психиатров России. – М., 2000. - Т.1. - С.188.
120. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Копинг-поведение подростков с наркотической зависимостью, находящихся в воспитательно-трудовых колониях: Пособие для врачей. – СПб., 1988. – 48 с.
121. Скорик А.И. Функциональный диагноз: холистический взгляд на психические расстройства и их многомерная оценка // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. – СПб, 2000. – С. 60 – 61.
122. Смирнов В.К. Психогигиена и психическое здоровье // Психическое здоровье и пограничные состояния. – Горький, 1983. – С. 38-58.
123. Смулевич А. Б., Шостакович Б. В. Старые и новые проблемы расстройств личности // Тез. докл. ХIII съезда психиатров России. – М., 2000. - Т. 1. – С. 486–505.
124. Смулевич А.Б. Малопрогредиентная шизофрения и пограничные состояния – М.: Медицина, 1987. – 238 с.
125. Смулевич А.Б. Психогении и невротические расстройства, выступающие в рамках динамики психопатий // Психиатрия и психофармокология, 2000. - Том 2. № 4. – С.5-16
126. Снедков Е.В., Литвинцев С.В., Фастовцов Г.А. Стрессогенные психические расстройства у раненых // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. - СПб., 1995. - С. 79 - 82.
127. Снежневский А.В. Nosos et pathos Schizophrenial // Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. – М., 1972. – С. 5-15.
128. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. – М., 1989. – 215 с.
129. Солоненко А. В. Некоторые клинико-социальные вопросы при проведении военно-психиатрической экспертизы призывников // Тез. Докл. ХIII съезда психиатров России. – М., 2000а. - Т.1. - С.172.
130. Структурированный международный диагностический опросник CIDI 2.01. - Женева: ВОЗ, 1997. – 81 с.
131. Судаков В.Н. Оценка систематики патологического развития личности экзогенно-органического генеза методом главных компонент // Журн. невропат. и психиатр. – 1987. – Т.87, № 12. – С. 1853-1858.
132. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – М., 1959. – Т.2. – С. 34.
133. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб, 2001. – 272 с.
134. Ташлыков В.А. Клинико-психологическое исследование "внутренней картины болезни" при неврозах в процессе их психотерапии // Журн. невропатол. и психиатр. – 1981. – Т.81, № 11. – С. 1704-1708.
135. Тиганов А.С.Руководство по психиатрии: т. 2 / Под ред. Тиганова А.С. – М.: Медицина, 1999. – 640 с.
136. Точилов В.А. Об исследовании структуры и лечении аффективных приступов // Обозр. психиатр. и мед. психол. – 1992. – № 4. – С. 28-36.
137. Туревский Т. И., Кольцов А.П., Яковлев А.В., Гусев А.П., Баева Е.В. Значение перинатального анамнеза и дизрафических признаков в военно-психиатрической экспертизе // Тез. Докл. ХIII съезда психиатров России. – М., 2000. - Т.1. - С.237.
138. Узнадзе Д.Н. Установка у человека // Психология личности. – Т.2. – Самара, 2000. – С. 245-300.
139. Уразов С.Х., Доровских И.В. Ситуационные реакции дезадаптации у военнослужащих срочной службы // Социальн. и клиническ. психиатр. – 1998. – Т. 8, № 2. – с. 25-30.
140. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. – М., 1987. – 304 с.
141. Фелинская Н.И. О понятии и классификации пограничных состояний // Проблемы судебной психиатрии (Пограничные состояния). – М., 1971. – Вып.19. – С. 19 – 35.
142. Франкл В. О смысле жизни. - // Психология личности. – Т.1. – Самара, 2000. – С. 417-442.
143. Фромм Э. Личность в современной культуре // Психология личности. – Т.1. – Самара, 2000. – С. 233-246.
144. Фрумкин Я.П., Лифшиц С.М. О понятии "пограничные состояния" // Актуальные вопросы социальной психиатрии и пограничных нервно-психических расстройств. – М., 1975. – С. 45-49.
145. Хорни К. Наши внутренние конфликты // Психология личности. – Т.1. – Самара, 2000. – С. 191-232.
146. Хорни К. Невротическая личность // Психология личности. – Т.1. – Самара, 2000a. – С. 179-190.
147. Хорошавина О.В., Чудиновских А.Г. К вопросу о психическом здоровье уволенных из Вооруженных Сил по поводу психических заболеваний // Актуальные проблемы клинической и экстремальной психиатрии. – СПб., 2001. – С. 125-126.
148. Хохлов Л.К. Психопатологические синдромы и основные типы развертывания их (глоссарий). – Ярославль: Б.И., 1984. – 50 с.
149. Чабан О.С. Конверсия невротических синдромов в рамках патоморфоза пограничных непсихотических расстройств // Вестн. научн. исследований. – 2002. – Т.2, № 1. – С. 32.
150. Чубаровский В.В., Карпова Г.Л. Распространенность и структура пограничных психических расстройств в подростковых группах // Журн. невропатол. и психиатр. – 2001. – Т.101, № 8. – С. 32-35.
151. Чубаровский В.В., Карпова Г.Л., Логинова М. С. Сравнительный анализ распространённости и структуры пограничных психических расстройств у учащихся подростков в различных условиях развития общества // Тез. докл. ХIII съезда психиатров России. – М., 2000. - Т.1. - С.311.
152. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. – М., 1999. – 232 с.
153. Шамрей В.К. Некоторые проблемы психиатрии катастроф // Обозр. психиат. и мед. психол. - 1995. - N 2. - С. 7
154. Шамрей В.К. Особенности пограничных психических расстройств у ликвидаторов последствий катастроф // Актуальные проблемы пограничной психиатрии. – СПб., 1998. – С. 244-245.
155. Шамрей В.К., Лытаев А.А. Аддиктивное поведение у лиц призывного возраста // Война и психическое здоровье. – СПб., 2002. – С. 127 – 134.
156. Шевченко Ю. С. Пространственные координаты психогенных расстройств у детей и подростков // Тез. Докл. ХIII съезда психиатров России. – М., 2000. - Т.1. - С.324.
157. Шейнина Н.С., Коцюбинский А.П. Прогностическое значение преморбидного статуса для восстановлений больных шизофренией // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. – СПб., 2000. – С. 118-119.
158. Шелудько И.Н. Клинические особенности и прогноз динамики психопатий, их корреляция с социальными факторами: Автореф. дисс. …канд. мед. наук. – М., 1989. – 23 с.
159. Шерман М.А. Динамика психологических и эмоциональных расстройств у участников войны в Афганистане // Актуальные проблемы психического здоровья. – Киров, 2000. – С. 234.
160. Юнг К.Г. Аналитическая психология // Психология личности. – Т.1. – Самара, 2000. – С. 148-154.
161. Яковлева Е.К., Зачепицкий Р.А. Катамнез больных неврозами // Журн. невропатол. и психиатр. – 1961. – т.61, вып. 10. – с. 1529 – 1532.
162. Яненко И.М. Динамика психических расстройств у молодых лиц, уволенных их армии // Журн. невропат. и психиатр. – 1989. – Т.89, № 11. – С. 100-105.
163. Яхин К.К., Нервно-психические нарушения у лиц, работающих в условиях отсутствия освещенности // Журн. невропат. и психиатр. – 1979. – Т.79, № 11. – С. 1558-1563.
164. Abrams R.C., Alexopoulos G.S., Spielman L.A. et al. Personality disorder symptoms predict declines in global functioning and quality of life in elderly depressed patients. // Am. J. Geriatr. Psychiatry. – 2001. – vol. 9, №1. - p. 67-71.
165. Adler G. Borderline psychopathology and its treatment. – NY: I.Aronson, 1985. – 255 p.
166. Akiskal H.S., Jerevanian B.J. The nosologic status of borderline personality // Am. J. Psychiatry. – 1986. – Vol.142, № 2. – P. 192 – 198.
167. Amir M., Kaplan Z., Efroni R., Kotler M. Suicide risk and coping styles in posttraumatic stress disorder patients // Psychother. Psychosom.. – 1999. – Vol. 68, № 2. – Р. 76 – 81.
168. Anderson V.A., Catroppa C., Haritou F. et al. Predictors of acute child and family outcome following traumatic brain injury in children // Pediatr. Neurosurg. – 2001. – Vol. 34, № 3. – Р. 138-148.
169. Andrews G., Peters L., Guzman A.M., Bird K. A comparison of two structured diagnostic interviews: CIDI and SCAN // J. Psychiatr. Res. – 1995. - Vol. 29, № 2. – Р. 95-110.
170. Ball S.A., Schottenfeld R.S. A five-factor model of personality and addiction, psychiatric, and AIDS risk severity in pregnant and postpartum cocaine misusers // Subst Use Misuse. – 1997. Vol. 32, № 1. – Р. 25-41.
171. Ballenger J.C. Comorbidity of panic and depression: implications for clinical management // Int. Clin. Psychopharmacol. – 1998. – Vol. 13, № 4. – Р. 13-17.
172. Becker M. A US experience: consumer responsive quality of life measurement // Can. J. Commun. Ment. Health. – 1998. – Vol. 45. № 3. – P. 41-52.
173. Bell V., Blumenthal S., Neumann N.U., Schuttler R., Vogel R. Predictors for the social adjustment of first admitted psychiatric patients // Eur. Arch. Psychiatry Neurol. Sci. – 1986. – Vol. 236, № 3. – Р. 174-178.
174. Binitie A. Outcome of neurotic disorders in African patients. 8 and 9 year follow-up study // Acta Psychiatr. Scand. – 1981. – Vol. 63, № 2. - Р.110-116.
175. Black D.W., Monahan P., Baumgard C.H., Bell S.E. Predictors of long-term outcome in 45 men with antisocial personality disorder // Ann. Clin. Psychiatry. – 1997. – Vol. 9, № 4. – Р. 211-217.
176. Blais M.A., Conboy C.A., Wilcox N., Norman D.K. An empirical study of the DSM-IV Defensive Functioning Scale in personality disordered patients // Compr. Psychiatry. – 1996. – Vol. 37, № 6. – Р. 435-440.
177. Bouchal M, Skoda C. Catamnesis of neuroses after 11 years of treatment with 3 different therapeutic programs // Cesk Psychiatr. – 1991. – Vol. 87, № 5-6. – Р. 230 – 41.
178. Bratfos O., Haug J.O. Puerperal mental disorders in manic-depressive females // Acta Psychiatr. Scand. – 1966. – Vol. 42. – Р. 285-294.
179. Bratfos O., Haug J.O. Puerperal mental disorders in manic-depressive disease // J. Nerv. Ment. Dis. – 1970. - № 151. – Р. 60-68.
180. Braverman S.E., Spector J., Warden D.L., Wilson B.C., Ellis T.E., Bamdad M.J., Salazar A.M.. A multidisciplinary TBI inpatient rehabilitation programme for active duty service members as part of a randomized clinical trial // Brain Inj. – 1999. – Vol. 13, № 6. – Р. -405-415.
181. Brodaty H., MacCuspie Moore C.M., Tickle L., Luscombe G. Depression, diagnostic sub-type and death: a 25 year follow-up study // J. Affect. Disord. – 1997. – Vol. 46, № 3. – Р. 233-242.
182. Brophy C.J., Norvell N.K., Kiluk D.J. An examination of factor structure and convergent validity of the SCL-90-R in an outpatient clinic population // J. Pers. Assessment. – 1988. – Vol. 52, № 2. – P. 334-340.
183. Bryant R.A., Guthrie R.M., Moulds M.L. Hypnotizability in Acute Stress Disorder // Am. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 158, № 4. – Р. 600-604.
184. Busjahn A., Faulhaber H.D., Freier K., Luft F.C. Genetic and environmental influences on coping styles: a twin study // Psychosom. Med. – 1999. – Vol. 61, № 4. – Р. 469-475.
185. Carpenter K.M., Hittner J.B. Dimensional characteristics of the SCL-90-R: Evaluation of gender differences in dually diagnosed inpatients // J. Clin. Psychology. – 1995. – Vol. 51, № 3. – P. 383-390.
186. Casey P.R., Tyrer P. Personality disorder and psychiatric illness in general practice // Brit. J. Psychiatry. – 1990. – Vol. 156, № 4. – P. 261 – 265.
187. Center for Disease Control and Prevention. Traumatic Brain Injury - Colorado, Missouri, Oklahoma, and Utah, 1990-93. // MMWR. – 1997. – Vol. 46, № 1. – Р. 8-11.
188. Cheng A.T., Mann A.H., Chan K.A. Personality disorder and suicide. A case-control study // Br. J. Psychiatry. – 1997. – Vol. 170. P. 441-446.
189. Chiesa M., Fonagy P. Cassel Personality Disorder Study: Methodology and treatment effects // Br. J. Psychiatr. – 2000. Vol. 176, № 7. – Р. 485-491.
190. Clark A., Friedman M.J. Factor structure and discriminant validity of the SCL-90 in a veteran psychiatric population // J. Pers. Assessment. – 1983. – Vol. 47, № 2. – P. 396-404.
191. Cloninger C.R. A practical way to diagnosis personality disorder: a proposal // J. Personal. Disord. – 2000. – Vol. 14, № 2. – Р. 99-108.
192. Cohen A., Eastman N. Needs assessment for mentally disordered offenders: measurement of 'ability to benefit' and outcome. – London: Cohen & Eastman, 2000.
193. Coid J.W. Aetiological risk factors for personality disorders // Br. J. Psychiatry. – 1999. – Vol.174, № 6. – Р.530-538.
194. Conley J.J. Longitudinal consistency of adult personality: self-reported psychological characteristics across 45 years // J. Pers. Soc. Psychol. – 1984. – Vol. 47, № 6. – Р. 1325-1333.
195. Cramer P. Personality, personality disorders, and defense mechanisms // J. Pers. - 1999. – Vol. 67, № 3. – Р. 535-554.
196. Derogatis L.R. SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R. – Minneapolis, 1994.
197. Derogatis L.R., Savitz K.L. The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and matching clinical rating scales // The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment. – N.J.: Erlbaum, 1999. – Р. 679-724.
198. Devens M., Erickson M.T. The relationship between defense styles and personality disorders // J. Pers. Dis. – 1998. – Vol. 12, № 1. – Р. 86-93
199. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. – Fourth Edition. Inernational version with ICD-10 codes. – Washington: Am. Psychiat. Ass., 1995. - 900 p.
200. Driessen M., Herrmann J., Stahl K. et al. Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization // Arch. Gen. Psychiatry. – 2000. – Vol.57, № 12. – Р. 1115-1122.
201. Duggan C.F., Lee A.S., Murray R.M. Does personality predict long-term outcome in depression? // Br. J. Psychiatry. – 1990. – Vol. 157, № 1. – Р. 19-24.
202. Endicott J., Spitzer R.L., Fleiss J.L., Cohen J. The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance // Arch. Gen. Psychiatry. - 1976. - Vol. 33. - P. 766 - 771.
203. Ernst K., Spring L., Streiff B. Statistics on the transition of neuroses in schizophrenia. (Frequent neurotic anamnesis in schizophrenics – rare schizophrenic catamnesis in neurotics?) // Nervenarzt. – 1967. Vol. 38, № 9. – Р. 408-412.
204. Ewing-Cobbs L., Fletcher J.M., Levin H.S., Iovino I., Miner M.E. Academic achievement and academic placement following traumatic brain injury in children and adolescents: a two-year longitudinal study // J. Clin. Exp. Neuropsychol. – 1998. – Vol. 20, № 6. – P. 769-781.
205. Ezquiaga E., Garcia A., Bravo F., Pallares T. Factors associated with outcome in major depression: a 6-month prospective study // Soc. Psychiatr. Psychiatr. Epidemiol. – 1998. – Vol. 33, № 11. – Р. 552-557.
206. Fava B., Brandi S., Saviott F. et al. Psychosomatics 1990;31(3):351-353.
207. Florkovsky A. Mental disorders revealed in soldiers during military service // Inform. Rev. Armed Forces Med. Service. – 1994. – Vol. 67, № 7-9. – Р. 244-247.
208. Gaebel W., Pietzcker A. Prognosis of the course of schizophrenic psychoses compared to other psychiatric illnesses. Catamnestic treatment and outcome 1 year after discharge // Eur. Arch. Psychiatry Neurol. Sci. – 1984. – Vol. 234, № 3. – Р. 189-197.
209. Galynker I., Ieronimo C., Perez-Acquino A., Lee Y., Winston A. Panic attacks with psychotic features // J. Clin. Psychiatry. – 1996. – Vol. 57, № 9. – Р.402-406.
210. Goldstein L.H., Drew C., Mellers J. et al. Dissociation, hypnotizability, coping styles and health locus of control: characteristics of pseudoseizure patients // Seizure. – 2000. – Vol. 9, № 5. – Р. 314 – 322.
211. Goldstein L.H., Drew C., Mellers J., Mitchell-O'Malley S., Oakley D.A. Dissociation, hypnotizability, coping styles and health locus of control: characteristics of pseudoseizure patients // Seizure, 2000. – Vol. 9, № 5. – Р. 314 – 322.
212. Gordon P. Classifying Depression: Should Paradigms Lost Be Regained? // Am. J. Psychiatry. – 2000. – Vol. 157, № 8. – P. 1195-1203.
213. Gude T., Vaglum P. One-year follow-up of patients with cluster C personality disorders: a prospective study comparing patients with "pure" and comorbid conditions within cluster C, and "pure" C with "pure" cluster A or B conditions // J Personal Disord 2001 Jun;15(3):216-28.
214. Gunderson E., Hourani L.L. The epidemiology of mental disorders in the U.S. Navy: the neuroses // Mil. Med. – 2001. – Vol. 166, № 7. – P. 612 – 620.
215. Gunderson J.G., Zanarini M.C. Current overview of the borderline diagnosis // J. Clin. Psychiatry. – 1987. – Vol. 48, suppl. – P. 5 –11.
216. Hagnell O., Ojesjo L., Otterbeck L., Rorsman B. Prevalence of mental disorders, personality traits and mental complaints in the Lundby Study. A point prevalence study of the 1957 Lundby cohort of 2,612 inhabitants of a geographically defined area who were re-examined in 1972 regardless of domicile // Scand. J. Soc. Med. – 1994. – № 50. – Р. 1-77.
217. Hanks R.A., Temkin N., Machamer J., Dikmen S.S. Emotional and behavioral adjustment after traumatic brain injury // Arch. Phys. Med. Rehabil. – 1999. – Vol. 80, № 9. – Р. 991-997.
218. Haw C., Hawton K., Houston K., Townsend E. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients // Br. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 178. – Р. 48-54.
219. Hayden E.P., Klein D.N. Outcome of Dysthymic Disorder at 5-Year Follow-Up: The Effect of Familial Psychopathology, Early Adversity, Personality, Comorbidity, and Chronic Stress // Am. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 158, № 11. – Р. 1864-1870.
220. Heim E. Coping--status of knowledge in the 90's // Psychother. Psychosom. Med. Psychol. – 1998. – Vol. 48, № 9-10. – Р. 321-337.
221. Hell D. Psychic disturbances in students // Z. Psychosom. Med. Psychoanal. – 1978. – Vol. 24, № 3. – Р. 209-223.
222. Hessel А., Schumacher J., Geyer M., Brähler E. Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe // Diagnostica. – 2001. – Vol. 47. – P. 27-39.
223. Hibbard M.R., Bogdany J., Uysal S. et al. Axis II psychopathology in individuals with traumatic brain injury // Brain Inj. – 2000. – Vol. 14, № 1. – Р. 45-61.
224. Hirschberg W. Social therapy of adolescence with social behavior disorders--results and catamnesis // Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. – 1999. – Vol. 48, № 4. – Р. 247-259.
225. Hirschfeld R.M., Klerman G.L., Andreasen N.C., Clayton P.J., Keller M.B. Psycho-social predictors of chronicity in depressed patients // Br. J. Psychiatr. – 1986. – Vol. 148, № 4. – Р. 648-654
226. Hoffart A., Martinsen E.W. Coping strategies in major depressed, agoraphobic and comorbid in-patients: a longitudinal study // Br. J. Med. Psychol. – 1993. – Vol. 66, № 2. – Р. 143-155.
227. Hoglend P., Perry J.C. Defensive functioning predicts improvement in major depressive episodes // J. Nerv. Ment. Dis. – 1998. – Vol. 186, № 4. – Р. 238-243.
228. Hoofien D., Gilboa A., Vakil E., Donovick P.J. Traumatic brain injury (TBI) 10-20 years later: a comprehensive outcome study of psychiatric symptomatology, cognitive abilities and psychosocial functioning // Brain Inj. – 2001. – Vol. 15, № 3. – Р. 189-209.
229. Hooke G.R., Page A.C. Predicting outcomes of group cognitive behavior therapy for patients with affective and neurotic disorders // Behav. Modif. – 2002. – Vol. 26, № 5. – Р. 648-659.
230. Hourani L.L., Yuan H. The mental health status of women in the Navy and Marine Corps: preliminary findings from the Perceptions of Wellness and Readiness Assessment // Mil. Med. – 1999. – Vol. 164, № 3. – Р. 174-181.
231. Hughes I., Budd R., Greenaway S. Coping with anxiety and panic: a factor analytic study // Br. J. Clin. Psychol. – 1999. – Vol. 38, № 3. – Р. 295 – 304.
232. Huss M., Lehmkuhl U. Coping in the family context: active and avoidance strategies in adolescents from divorced families // Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. – 1996. – Vol. 45, № 3-4. – Р. 123-130.
233. Hyler S.E., Rieder R.O. PDQ-4: Personality Disorder Questionnaire. – N.Y.: New York State Psychiatric Institute, 1987.
234. Intrator J., Hare R., Stritzke P.et al. Brain imaging (single photon emission computerized tomography) study of semantic and affective processing in psychopaths // Biol. Psychiatry. – 1997. – Vol.42, № 2. – Р. 96-103.
235. Jans T., Wewetzer C., Muller B. et al. Long-term course of childhood or adolescence onset obsessive-compulsive disorder: psychosocial adaptation in adulthood // Z. Kinder Jugendpsychiatr. Psychother. – 2001. – Vol. 29, № 1. – Р. 25-35.
236. Jerusalem M., Schwarzer R. Anxiety and self-concept as antecedents of stress and coping: A longitudinal study with German and Turkish adolescents // Pers. Individ. Differences. – 1989. – Vol. 10, № 7. – Р. 785-792.
237. Johnsen B.H., Laberg J.C., Eid J. Coping strategies and mental health problems in a military unit // Mil. Med. – 1998. – Vol. 163, № 9. – Р. 599-602.
238. Jones S.H., Thornicroft G., Coffey M., Dunn G. A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF) // Br. J. Psychiatr. – 1995. – Vol. 166, № 5. – Р. 654-659.
239. Kendler K.S., Thornton L.M., Prescott C.A. Gender Differences in the Rates of Exposure to Stressful Life Events and Sensitivity to Their Depressogenic Effects // Am. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 158, № 4. – Р. 587-593.
240. Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey // Arch. Gen. Psychiatry. – 1994. – Vol. 51, № 1. – Р. 8-19.
241. Kilbourne B., Goodman J., Hilton S. Predicting personality disorder diagnoses of hospitalized Navy personnel // Mil. Med. – 1991. – Vol. 156, № 7. – Р. 354-357.
242. Kitamura T., Nakamura M., Miura I., Fujinawa A. Symptoms of neuroses: profile patterns and factor structure of clinic attenders with non-psychotic functional psychiatric disorders // Psychopathology. – 1997. – Vol. 30, № 4. – P. 191 – 199.
243. Klein D.N., Schwartz J.E., Rose S., Leader J.B. Five-Year Course and Outcome of Dysthymic Disorder: A Prospective, Naturalistic Follow-Up Study // Am. J. Psychiatry. – 2000. – Vol. 157, № 6. – Р. 931-939.
244. Kline J.P., Bell I., Schwartz G.E., Hau V., Davis T. Repressive and defensive coping styles predict resting plasma endorphin levels in the elderly // Biol. Psychol., 1998. – Vol. 49, № 3. – Р. 295-302
245. Kluwer R. Problems and tasks of catamnesis // Psyche (Stuttg). – 1968. - Vol. 22, № 9. Р. 786-791.
246. Koivumaa-Honkanen H., Honkanen R., Viinamaaumlki H., Heikkilaauml K., Kaprio J., Koskenvuo M. Life Satisfaction and Suicide: A 20-Year Follow-Up Study // Am. J. Psychiatr. – 2001. – Vol. 158, № 3. – Р. 460-466.
247. Kopelman M.D., Fleminger S. Experience and Perspectives on the Classification of Organic Mental Disorders // Psychopathology. - 2002. Vol. 35, № 3. – P. 76-81.
248. Kurtz J.E., Putnam S.H., Stone C. Stability of normal personality traits after traumatic brain injury // J. Head Trauma Rehabil. – 1998. – Vol. 13, № 3. – Р. 1-14.
249. Lazarus R.S., DeLongis A. Psychological stress and coping in aging // Am. Psychol. – 1983. – Vol. 38, № 3. – Р. 245-254.
250. Lecrubier Y., Ustun T.B. Panic and depression: a worldwide primary care perspective // Int. Clin. Psychopharmacol. – 1998. – Vol.13, № 4. – P. 7-11.
251. Leichsenring F. Primitive defense mechanisms in schizophrenics and borderline patients // J. Nerv. Ment. Dis. – 1999. – Vol. 187, № 4. – Р. 229-236.
252. Lenzenweger M.F. Stability and change in personality disorder features: the Longitudinal Study of Personality Disorders // Arch. Gen. Psychiatry. – 1999. –Vol.56, № 11. Р. 1009-1015.
253. Lilienfeld S.O. Methodological advances and developments in the assessment of psychopathy // Behav. Res. Ther. – 1998. – Vol.36, № 1. – Р. 99-125.
254. Looney J.G., Gunderson E.K. A longitudinal study of neurosis in young men // Hosp. Community Psychiatry. – 1979. – Vol. 30, № 7. – Р. 470-474.
255. Luborsky L. Clinicians' judgments of mental health // Arch. Gen. Psychiatry. - 1962. - Vol. 7. - P. 407- 417.
256. Luborsky L., Diguer L., Luborsky E. et al. Psychological health-sickness (PHS) as a predictor of outcomes in dynamic and other psychotherapies // J. Consult. Clin. Psychol. – 1993. – Vol. 61, № 4. – Р. 542-548.
257. Maeda H. A tentative classification of "neuroses" based on behavioristic consideration of the pathogenetic mechanisms // Jpn. J. Psychiatry Neurol. – 1993. – Vol. 47, № 4. P. 743 – 751.
258. Maggini C., Ampollini P., Marchesi C., Gariboldi S., Cloninger C.R. Relationships between Tridimensional Personality Questionnaire Dimensions and DSM-III-R personality traits in Italian adolescents // Compr. Psychiatry. – 2000. – Vol. 41, № 6. – Р.426-431.
259. Marteinsdottir I., Furmark T., Tillfors M., Fredrikson M., Ekselius L.. Personality traits in social phobia // Eur. Psychiatry. - 2001. – Vol. 16, № 3. – Р. 143-150.
260. Max J.E., Koele S.L., Castillo C.C. et al. Personality change disorder in children and adolescents following traumatic brain injury // J. Int. Neuropsychol. Soc. – 2000. – Vol. 6, № 3. – Р. 279-289.
261. McCusker J., Boulenger J.P., Bellavance F., Boyer R., Miller J.M. Outcomes in a referral cohort of patients with anxiety disorders // J. Nerv. Ment. Dis. – 2000. – Vol. 188, № 1. – Р. 3-12.
262. Miller J.D., Lynam D.R., Widiger T.A., Leukefeld C. Personality disorders as extreme variants of common personality dimensions: can the Five-Factor Model adequately represent psychopathy? // J. Pers. – 2001. – Vol. 69, № 2. – Р. 253-276.
263. Millis S.R., Rosenthal M., Novack T.A. et al. Long-term neuropsychological outcome after traumatic brain injury // J. Head Trauma Rehabil. – 2001. – Vol. 16, № 4. P. 343-355.
264. Morey L.C., Gunderson J., Quigley B.D., Lyons M. Dimensions and categories: the "big five" factors and the DSM personality disorders // Assessment. – 2000. – Vol. 7, № 3. – Р. 203-216.
265. Mowrer O.H. Anxiety-reduction and learning. // J.exp.psychol. – 1940. – Vol.27, №5. – Р. 497 – 516.
266. Mulder R.T., Joyce P.R., Sullivan P.F. et al. The relationship among three models of personality psychopathology: DSM-III-R personality disorder, TCI scores and DSQ defences // Psychol. Med. – 1999. – Vol. 29, № 4. – Р. 943-951.
267. Muris P., Van Brakel A., Meesters C. Coping styles, anxiety, and depression in children // Psychol. Rep. – 1998. – Vol. 83, № 3. - Pt. 2. – P.1225 – 1226.
268. Nakao K., Takaishi J., Tatsuta K. et al. A profile analysis of personality disorders: beyond multiple diagnoses // Psychiatry Clin. Neurosci. – 1999. - Vol. 53, № 3. – Р. 373-380.
269. Newbury-Birch D., Kamali F. Psychological stress, anxiety, depression, job satisfaction, and personality characteristics in preregistration house officers // Postgrad. Med. J. – 2001. – Vol. 77, № 2. – Р. 109-111.
270. Okasha A., Omar A.M., Lotaief F., Ghanem M. Comorbidity of axis I and axis II diagnoses in a sample of Egyptian patients with neurotic disorders // Compr. Psychiatry. - 1996. – Vol. 37, № 2. – Р. 95-101.
271. O'Rourke D., Fahy T.J., Brophy J., Prescott P. The Galway Study of Panic Disorder. III. Outcome at 5 to 6 years // Br. J. Psychiatr. – 1996. – Vol. 168, № 3. – Р. 462-469.
272. Paredes M.A., Jerez C.S. Personality disorders and adult behavior according to ICD-10 // Acta Psiquiatr. Psicol. Am. Lat. – 1993. – Vol. 39, № 2. – Р.39-41.
273. Paris J. Does childhood trauma cause personality disorders in adults? // Can. J. Psychiatry. – 1998. – Vol. 43, № 2. – Р.148-153.
274. Parker G., Blignault I., Manicavasagar V. Neurotic depression: delineation of symptom profiles and their relation to outcome // Br. J. Psychiatr. – 1988. – Vol. 152, № 3. – Р. 15-23.
275. Pavkov T.W., Lewis D.A., Lyons, J.S. Psychiatric diagnoses and racial bias: An empirical investigation // Professional Psychology: Research and Practice. – 1989. - № 20. – Р. 364-380.
276. Pinto C., Lele M.V., Joglekar A.S., Panwar V.S., Dhavale H.S. Stressful life-events, anxiety, depression and coping in patients of irritable bowel syndrome // J. Assoc. Physicians India. – 2000. – vol. 48, № 6. – P. 589-593.
277. Plutchik R., Kellerman H., Coute H. A structural theory of ego defenses and emotions // Emotions in personality and psychopathology. - N.-Y., 1979. – P.229-257.
278. Prasad A.J. Biological Basis and Therapy of Neuroses. – Dheli: CRC Press, Inc., 1989. – 194 p.
279. Pukrop R., Herpertz S., Sass H., Steinmeyer E.M. Special feature: personality and personality disorders. A facet theoretical analysis of the similarity relationships // J. Personal. Disord. – 1998. – Vol. 12, № 3. – Р. 226-246.
280. Quinton D., Gulliver L., Rutter M. A 15-20 year follow-up of adult psychiatric patients. Psychiatric disorder and social functioning // The British Journal of Psychiatry.-1995.- vol. 167. – p. 315-323.
281. Rank O. The trauma of birth. – N.Y.: Harcourt Brace & Co., Inc., 1929.
282. Rodrigues T.A., Del Porto J.A. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and personality disorders. A Brazilian controlled study // Psychopathology. – 1995. – Vol. 28, № 6. – Р. 322-329/
283. Ruchkin V.V., Eisemann M., Hagglof B. Coping styles and psychosomatic problems: are they related? // Psychopathology. – 2000. – Vol. 33, № 5. – Р. 235-239.
284. Ryle, A. The structure and development of borderline personality disorder: a proposed model // Brit. J. Psychiatry. – 1997. – Vol. 170, № 2. – Р. 82-87.
285. Samuels J., Nestadt G., Bienvenu J.O. et al. Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive—compulsive disorder // Br. J. Psychiatr. – 2000. – Vol. 177, № 6. – Р. 457-462.
286. Sander A.M., Roebuck T.M., Struchen M.A., Sherer M., High W.M. Jr. Long-term maintenance of gains obtained in postacute rehabilitation by persons with traumatic brain injury // J. Head Trauma Rehabil. – 2001. – Vol. 16, № 4. – P. 356-373.
287. Sanderson W.C., Wetzler S., Beck A.T., Betz F. Prevalence of personality disorders among patients with anxiety disorders // Psychiatry Res. – 1994. – Vol. 51, № 2. – Р. 167-174.
288. Schaie K. W., Parham J. A. Stability of adult personality traits: fact or fable? // J. Perspectives and Social Psychol. – 1976. – Vol. 34, № 1. - P. 146-158.
289. Schaie K. W., Parham J. A. Stability of adult personality traits: fact or fable? - J. Perspectiv. Soc. Psychol. – 1976. – Vol. 34, № 1. – P. 146-158.
290. Scheibe G., Albus M. Analysis of prognostic factors of course panic disorder in 5-year prospective follow-up // J. Affect. Disord. – 1996. – Vol.41, № 6. – Р. 111-116.
291. Schneider W, Klauer T, Freyberger HJ, Hake K, von Wietersheim J. Axis I "illness experience and treatment preconditions" of operational psychodynamic diagnosis // Psychother Psychosom Med Psychol 2000 Dec;50(12):454-63
292. Schnyder U., Moergeli H., R. Klaghofer R., Buddeberg C. Incidence and Prediction of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Severely Injured Accident Victims // Am. J. Psychiatry, 2001. – Vol. 158, № 4. – Р. 600-604.
293. Schwartz M. A., & Wiggins О. Р. Diagnosis and ideal types: A contribution to psychiatric classification // Comprehensive Psychiatry. – 1987. - № 28. – Р. 277-291.
294. Schwarzer R. Generalized self-efficacy: Assessment of a personal coping resource // Diagnostica. – 1994. – Vol. 40, № 2. – Р. 105-123.
295. Seiffge-Krenke I. Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology // J. Adolesc. – 2000. – Vol. 23, № 6. – Р. 675-691.
296. Seivewright H., Tyrer P., Johnson T. Change in personality status in neurotic disorders // Lancet. – 2002. – Vol. 29, № 6. – Р. 2253-2254.
297. Seivewright H., Tyrer P., Johnson T. Prediction of outcome in neurotic disorder: a 5-year prospective study // Psychol. Med. – 1998. – Vol. 28, № 5. – Р. 1149-1157.
298. Seligman L. Selecting effective treatments: A comprehensive systematic guide to treating adult mental disorders. – San Francisco: Jossey-Bass, 1990.
299. Servant D. What role does psychosocial environment play in anxiety? // Encephale. – 1998. – Vol. 24, № 3. – Р.: 235-241.
300. Shelton R.C., Davidson J., Yonkers K.A. et al. The undertreatment of dysthymia // J. Clin. Psychiatry. – 1997. – Vol. 58, № 2. – Р. 59-65.
301. Skodol A.E., Oldham J.M., Hyler S.E., Stein D.J., Hollander E., Gallaher P.E., Lopez A.E. Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity // J. Psychiatr. Res. – 1995. – Vol. 29, № 5. – Р. 361-374.
302. Slaveny P.R., Mc Hugh P.H. The hysterical personality // Arch. Gen. Psychiatry. – 1974. – Vol. 30, № 3. – p. 325 – 329.
303. Soldz S., Vaillant G.E. A 50-year longitudinal study of defense use among inner city men: a validation of the DSM-IV defense axis // J. Nerv. Ment. Dis. – 1998. – Vol. 186, № 2. – Р.104-111.
304. Soloff P. Special feature: psychobiologic perspectives on treatment of personality disorders // J. Personal. Disord. – 1997. – Vol.11, № 4. – Р. 336-344.
305. Steinhausen H.C., Meier M., Angst J. The Zurich long-term outcome study of child and adolescent psychiatric disorders in males // Psychol. Med. – 1998. – Vol. 28, № 2. – Р. 375-383.
306. Stern J., Murphy M., Bass C. Personality disorders in patients with somatisation disorder. A controlled study // Br. J. Psychiatry. – 1993. – Vol. 163. – P.785-789.
307. Stewart S.M., Schwarzer R. Stability of coping in Hong Kong medical students: A longitudinal study // Personality and Individual Differences. – 1996. – Vol. 20, № 2. – Р. 245-255.
308. **Stone M.H.** Long-term outcome in personality disorders // Brit. J. Psychiatry. – 1993. – Vol.162. – P. 299-313.
309. Sullivan H.S. Conception of modern psychiatry. – Washington, 1947.
310. Sundance P., Cope N. The Long-Term Impact of Acquired Brain Injury: What the Literature Does Not Report // Brain Inj. – 1998. – Vol. 2, № 4. – Р. 166-175.
311. Svanborg P., Mattila-Evenden M., Gustavsson P.J., Uvnas-Moberg K., Asberg M. Associations between plasma glucose and DSM-III-R cluster B personality traits in psychiatric outpatients // Neuropsychobiology. – 2000. – Vol. 41, № 2. – Р. 79-87.
312. Taylor H.G., Yeates K.O., Wade S.L., Drotar D., Stancin T., Minich M. A prospective study of short- and long-term outcomes after traumatic brain injury in children: Behavior and achievement // Neuropsychology. – 2002. – Vol. 16, № 2. – Р. 15-27.
313. The WPA Dysthymia Working Group. Dysthymia in clinical practice // Br. J. Psychiatr. – 1995. – Vol. 166, № 5. – Р. 174-183.
314. Thomae H. The Concept of Development and Life-Span Developmental Psychology // Life-Span Development and Behavior.- N. Y., 1979. – Vol. 2. – Р. 282—312.
315. То11е R.. Katamnestische Untersuchungen zur Biographie abnormaler Personlickeiten. - Berlin, 1966.
316. Torgersen S., Lygren S., Oien P.A. et. al. A twin study of personality disorders // Compr. Psychiatry. – 2000. – Vol. 41, №6. – Р. 416-425.
317. Tyrer P., Alexander J. Classification of personality disorder // Brit. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 179, № 6. – P. 81 – 84.
318. Tyrer P., Johnson T. Establishing the severity of personality disorder // Am. J. Psychiatr. – 1996. – Vol. 153, № 12. – Р. 1593-1597.
319. Upmark M., Lundberg I., Sadigh J., Allebeck P., Bigert C. Psychosocial characteristics in young men as predictors of early disability pension with a psychiatric diagnosis // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 1999. – Vol. 34, № 10. – Р. 533-540.
320. Van Reekum R., Bolago I., Finlayson M.A., Garner S., Links P.S. Psychiatric disorders after traumatic brain injury // Brain Inj. – 1996. – Vol. 10, № 5. – Р. 319-327.
321. van Velzen C.J., Emmelkamp P.M., Scholing A. Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: differences in psychopathology, personality traits, and social and occupational functioning // J. Anxiety Disord. – 2000. – Vol.14, № 4. – Р. 395-411.
322. Vetter P., Koller O. Clinical and psychosocial variables in different diagnostic groups: their interrelationships and value as predictors of course and outcome during a 14-year follow-up // Psychopathology. – 1996. – Vol. 29, № 3. – Р. 159-168.
323. Viguier D, Dellatolas G, Gasquet I, Martin C, Choquet M. A psychological assessment of adolescent and young adult inpatients after traumatic brain injury // Brain Inj. – 2001. – Vol. 15, № 3. – Р. 263-71.
324. Viguier D., Dellatolas G., Gasquet I. et al. A psychological assessment of adolescent and young adult inpatients after traumatic brain injury // Brain Inj. – 2001. – Vol. 15, № 3. – Р. 263-271.
325. Viinamaki H., Niskanen L., Jaaskelainen J. et al. Factors predicting psychosocial recovery in psychiatric patients // Acta Psychiatr. Scand. – 1996. – Vol. 94, № 5. – P. 365-371.
326. Vollrath M, Torgersen S, Alnaes R. Neuroticism, coping and change in MCMI-II clinical syndromes: test of a mediator model // Scand. J. Psychol. – 1998. – Vol. 39, № 1. – Р. 15 – 24.
327. Vollrath M., Alnaes R., Torgersen S. Coping styles predict change in personality disorders // J. Personal Disord. – 1998. – Vol. 12, № 3. – Р. 198-209.
328. Weissman M.M., Olfson M., Gameroff M.J. et al. A Comparison of Three Scales for Assessing Social Functioning in Primary Care // Am. J. Psychiatr. – 2001. – Vol. 158, № 3. – Р. 467-473.
329. Welner A., Liss J.L., Robins E. Personality disorder: Part II. Follow-up // Brit. J. Psychiatry. – 1974. – Vol. 124, № 4. – Р. 460 – 468.
330. Werhun C.D., Cox B.J. Levels of anxiety sensitivity in relation to repressive and self-deceptive coping styles // J. Anxiety Disord. – 1999. – Vol. 13, № 6. – Р. 601-609.
331. Westen D., Harnden-Fischer J. Personality Profiles in Eating Disorders: Rethinking the Distinction Between Axis I and Axis II // Am. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 158, № 4. – Р. 547-562.
332. Westen D., Shedler J. A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: toward DSM-V // J. Pers. Disord. – 2000. – Vol. 14, № 2. – Р. 109-126.
333. Widiger T.A. Personality disorders in the 21st century. // J. Personal. Disord. – 2000. – Vol., № 1. – Р. 3-16.
334. Widiger T.A., Costa P.T. Jr. Personality and personality disorders // J. Abnorm. Psychol. – 1994. – Vol. 103, № 1. – Р. 78-91.
335. Wilberg T., Karterud S., Urnes O., Pedersen G., Friis S. Outcomes of poorly functioning patients with personality disorders in a day treatment program // Psychiatr. Serv. – 1998. – Vol. 49, № 11. – Р. 1462-1467.
336. Winston A.P. Recent developments in borderline personality disorder // Advances in Psychiatric Treatment. – 2000. – Vol. 6. – P. 211-217.
337. Wunderlich U., Bronisch .T., Wittchen H.U. Comorbidity patterns in adolescents and young adults with suicide attempts // Eur. Arch. Psychiatry. Clin. Neurosci. – 1998. - Vol. 248, № 2. - Р. 87-95.
338. Yeates K.O., Taylor H.G., Drotar D. et al. Pre-injury family environment as a predictor of neurobehavioral outcomes following pediatric traumatic brain injury // J. Internation. Neuropsychol. Soc. – 1997. – Vol. 3, № 1. – Р. 617-630.
339. Zencius A.H., Wesolowski M.D. Is the social network analysis necessary in the rehabilitation of individuals with head injury? // Brain. Inj. – 1999. - Vol. 13, № 9. – Р. 723-727.
340. Zoccolillo M. Co-occurrence of conduct disorder and its adult outcomes with depressive and anxiety disorders: a review // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatr. – 1992. – Vol. 31, № 3. – Р. 547-556.

Приложения

Приложение 1

КАРТА КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

I. Паспортные данные

1. В/звание, Ф.И.О. пациента
2. Дата рождения
3. Месяц и год призыва на ВС
4. Месяц и год увольнения из ВС
5. Должность в период службы и род войск

II. Анамнестические сведения

1. Наследственность: шизофрения (1), МДП (2), эпилепсия (3), алкоголизм (4), суициды (5), характерологические особенности (6), другое (7)
2. Кто из родственников болен: мать (1), отец (2), оба родителя (3), сибсты (4)
3. Беременность: токсикоз (1), вирусные инфекции (2), психотравмы (3), другое (4)
4. Патология родов: Да (1), Нет (0)
5. Перенесенные заболевания: ЗЧМТ (1), церебральные инфекции (2), частые простудные заболевания (3), нервно-психические расстройства детского возраста (4), другое (5)
6. Развитие: обычное (1), задержка (2), инфантилизм (3), акселерация (5), другое (6)
7. Способности в обучении: блестящие (1), успешность в обучении (2), отставание (3), дублирование (4), другое (5)
8. Личность: возбудимая (1), астеническая (2), истерическая (3), паранойяльная (5), шизоидная (6), инфантилизм (7)
9. Условия и особенности воспитания: без особенностей (1), потворствующая гиперопека (2), доминирующая гиперопека (3), гипоопека и безнадзорнотсь (4)
10. Причины, приведшие к госпитализации: глумления сослуживцев (1), неверность девушки (2), неблагополучные события в родительской семье (3), непереносимость условий военной службы (4), конфликты с сослуживцем и командованием (5), боязнь ответственности за совершенный проступок (6), другое (7)
11. Реагирование в конфликтных ситуациях: интрапунитивное (1), экстрапунитивное (2), импунитивное (3), смешанное (4)

II. Феноменологическая ось

1. Диагноз выписки: (по МКБ-10)
2. нозологический
3. Ведущий синдром: депрессивный (1), астено-депрессивный (2), тревожно-депрессивный (3), истеро-депрессивный (4), истерический (5), эмоционально-волевой неустойчивости (6), ипохондрический (7), обсессивно-фобический (8), галлюцинаторно-бредовые и аффективно-бредовые (9)
4. Диагноз катамнестически (нозологический и по МКБ-10)
5. Ведущий синдром депрессивный (1), астено-депрессивный (2), тревожно-депрессивный (3), истеро-депрессивный (4), истерический (5), эмоционально-волевой неустойчивости (6), ипохондрический (7), обсессивно-фобический (8), галлюцинаторно-бредовые и аффективно-бредовые (9)

III. Социальная адаптация

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | До призыва | в настоящее время |
|  | Профессия (специальность) |  |  |
|  | Сколько месяцев в предшествующем периоду исследования году пациент работал по специальности  |  |  |
|  |  |
|  | Сколько лет пациент работал в этой области  |  |  |
|  | Семейное положение: женат (1), вдовец (2), разведен (3), гражданский брак (4), никогда не был женат (5) |  |  |
|  |  |
|  | Приводы в милицию (да – 1, нет – 0) |  |  |
|  | Злоупотребление психоактивными веществами: нет (0), алкоголь (1), каннабиоиды (2), опиаты (3), психостимуляторы (4), токсические летучие вещества (5), другие (6), полисубстантное злоупотребление (7)  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Попытки самоубийства: нет (0), демонстративные (1), повторные (2), истинные (3) |  |  |
|  |  |
|  | Обращения к психиатру (психоневрологу) (да – 1, нет – 0) |  |  |
|  | Образование: 11 классов и менее (1), 8 классов и ПТУ, 10 классов и ПТУ (2), среднее – специальное (техникум), незаконченное высшее (3), высшее (4), высокое (два высших, ординатура, аспирантура, и пр.) (5) |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Работа (учеба): в течение длительного времени не работает (1), не работает периодически (без объективных причин) (2), характер работы не соответствует образованию (без достаточной материальной компенсации) либо категорически не устраивает больного (3), благополучный профессиональный статус (4), высокопродуктивное, творческое отношение к работе (5) |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Семейные отношения: крайнее неблагополучие (1), отчетливое неблагополучие (2), "неустойчивое равновесие" (3), благополучное положение (4), "полная гармония" (5) |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Межличностные отношения: "жизнь в себе" (1), общение в значительной степени определяется ситуационно значимыми факторами либо болезненными мотивами (2), субъективно переживаемая недостаточность общения либо объективно узкий круг общения (3), благополучное положение (4), широкий круг эмоционально дифференцированных контактов (5) |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Досуг: полностью определяется спецификой болезненного процесса (1), отчетливо изменен заболеванием (2), незначительное сужение круга интересов (3), соответствует образовательному уровню и преморбидному личностному потенциалу (4), глубокие (или разнообразные) увлечения (5) |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Общее отношение к жизни: отчетливые суицидные установки или намерения (1), устойчивые отчетливая апатия, глубокий пессимизм (2), преходящие ситуационно или психогенно обусловленные безучастность, равнодушие, отчаяние и т. п. (3), типичное для социума больного (4), оптимистичный (но адекватный) и деятельный подход (5) |  |  |
|  |  |
|  |  |

IV. Уровневая ось

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | До призыва | При увольнении | катамнез |
|  | Выраженность психических расстройств по шкале "GAF" |  |  |  |
|  | Выраженность психических расстройств по тесту НПА |  |  |  |
|  | Выраженность психических расстройств по тесту СОС |  |  |  |

V.Функциональная ось

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | допризыва | приувольнении | катамнез |
|  | Тип приспособительного поведения: конструктивный (1), регрессивный (2), дезадаптивный (3), неопределенный (4) |  |  |  |
|  |  |  |

VI. Исход

1. Тип адаптации: устойчивая адаптация (1), неустойчивая адаптация (2), парциальная адаптация (3), дезадаптация (4)
2. Вид диспансерного учета
3. Группа инвалидности

Приложение 2

# СХЕМА ОЦЕНКИ ВЫРАЖЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ (по шкале "GAF")

Укажите наиболее низкий уровень функционирования пациента в течение последней недели, ориентируясь на самые низкие показатели его состояния за данный период времени. Например, больному, чье "поведение в значительной степени обусловлено бредом", следует присвоить индекс в промежутке 21 – 30, несмотря на то, что выявляются и "грубые нарушения в нескольких сферах функционирования" (индекс 31 – 40). Используйте, при необходимости, промежуточные значения (35, 58, 63 и т.д.). Оценивайте именно текущее состояние, не ориентируясь на соображения прогноза, предшествующую диагностику, этиологию расстройств, проводимое лечение и другие факторы. Не учитывайте нарушений, обусловленных соматическими заболеваниями или "объективными обстоятельствами".

## БАЛЛЫ ПРИМЕРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ

81-90 Отсутствие симптомов или минимальное неблагополучие (например, незначительная тревога перед экзаменом); высокая межличностная, профессиональная и социальная активность; заинтересованность и вовлеченность в широкий круг деятельности; общая удовлетворенность жизнью; не более, чем ежедневные "бытовые" проблемы (например, периодические размолвки в семье).

71-80 Если симптомы отмечаются, они являются преходящими и ожидаемыми реакциями на психотравмирующие воздействия (например, затруднение концентрации внимания после ссоры); не более, чем легкое нарушение функционирования в межличностной, профессиональной или учебной сферах (например, временное отставание в учебе).

61-70 Незначительно выраженная симптоматика (например, сниженное настроение или легкая бессонница) или определенные затруднения в работе, учебе, межличностных взаимоотношениях, и т.д. (эпизодические прогулы занятий или мелкие кражи у своих родителей), однако, в целом, функционирование вполне достаточное, сохранены значимые межличностные связи, а большинство неспециалистов не будут относиться к такому человеку, как к больному.

51-60 Умеренно выраженная симптоматика (например, аффективная сглаженность, вязкость мышления, приступы фобий) или отчетливые затруднения в социальном функционировании (ограниченный круг друзей, частые конфликты на работе).

41-50 Любая отчетливо выраженная симптоматика или нарушение функционирования, которые по мнению большинства клиницистов, безусловно будут требовать внимания или лечения (например, суицидные приготовления, выраженные обсессии и навязчивые действия, частые приступы тревоги, компульсивное пьянство, грубое антисоциальное поведение).

31-40 Грубые нарушения в нескольких сферах функционирования, таких как работа или семейные взаимоотношения; отчетливая патология мышления или настроения (например, женщина в депрессии игнорирует семью, неспособна к домашней работе); некоторая неадекватность отражения окружающего либо затруднения при общении с больным (например, речь, временами, неуместная и невразумительная).

21-30 Неспособность к деятельности почти во всех областях (например, пребывание в постели весь день); или поведение в значительной степени обусловлено бредом либо галлюцинациями; или выраженные затруднения при общении с больным (периодами не доступен контакту); или отчетливо неадекватное поведение.

11-20 Нуждается в индивидуальном наблюдении для предупреждения агрессии или самоповреждений либо для выполнения простейших гигиенических процедур (например, повторные суицидные попытки, периоды ажитации или маниакального возбуждения; неопрятность) или резкие затруднения в общении (бессвязность мышления или мутизм).

1-10 Нуждается в постоянном наблюдении в течение нескольких дней для предотвращения самоповреждений или агрессии; или не предпринимает никаких попыток для выполнения простейших гигиенических процедур; или истинная суицидная попытка с отчетливым желанием смерти.

Приложение 3

## КАРТА СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| 1. Самочувствие |
| Очень плохое | 2 1 0 1 2 | Очень хорошее |
| 2. Настроение |
| Очень плохое | 2 1 0 1 2 | Очень хорошее |
| 3. Физический тонус |
| Обессиленный | 2 1 0 1 2 | Полный сил |
| 4. Стремление к деятельности |
| Совершенно отсутствует | 2 1 0 1 2 | Очень сильное |
| 5. Отношение к происходящему |
| Выраженное безразличие | 2 1 0 1 2 | Выраженная заинтересованность |
| 6. Сон |
| Очень плохой | 2 1 0 1 2 | Очень хороший |
| 7. Память |
| Плохая | 2 1 0 1 2 | Хорошая |
| 8. Работоспособность |
| Очень низкая | 2 1 0 1 2 | Очень высокая |
| 9. Внимание |
| Очень плохое | 2 1 0 1 2 | Очень хорошее |
| 10. Планы на будущее |
| Пессимистические | 2 1 0 1 2 | Оптимистические |
| 11. Головные боли |
| Очень сильные | 2 1 0 1 2 | Отсутствуют |

Приложение 4

|  |
| --- |
| Таблица 1 Распределение больных по нозологической и синдромальной структуре при выписке из стационара |
| Группырасстройств  | Варианты синдромов |
| Депрессивный | Астено-депрессивный | Тревожно-фобический | Истеродепрессивный | Истерический | Эмоционально-волевой неустойчивости | Всего |
| Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| Невротическиерасстройства | 7 | 14.6 | 21 | 43.6 | 7 | 14.6 | 12 | 25.0 | 1 | 2.1 | 0 | 0 | 48 | 41.4 |
| Расстройства личности  | 1 | 2.1 | 1 | 2.1 | 0 | 0 | 12 | 25.0 | 3 | 6.3 | 31 | 64.6 | 48 | 41.4 |
| Органическое психические расстройства  | 2 | 10.0 | 8 | 40.0 | 2 | 10.0 | 2 | 10.0 | 0 | 0 | 6 | 30.0 | 20 | 17.2 |
| Всего | 10 | 8.6 | 30 | 25.9 | 9 | 7.8 | 26 | 22.4 | 4 | 3.4 | 37 | 31.9 | 116 | 100 |

|  |
| --- |
| Таблица 3 Структура окончательных диагнозов в катамнезе больных  |
| Диагноз при катамнестическом обследовании  | Диагноз при выписке из стационара  |
| Невротическиерасстройства | Личностнаяпатология | ОрганическиеПсихические расстройства | Всего |
| Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| Здоров | 22 | 45.8\* | 21 | 43.8\* | 4 | 20.0 | 47 | 40.5 |
| Невротические расстройства | 9 | 18.8 | 3 | 6.3 | 0 | 0 | 13 | 11.2 |
| Расстройства личности | 11 | 22.9 | 18 | 37.5 | 0 | 0 | 28 | 24.1 |
| Органические пограничные психические расстройства | 0 | 0\* | 1 | 2.1\* | 12 | 60.0 | 13 | 11.2 |
| Расстройства психотического регистра  | 3 | 6.3 | 5 | 10.4 | 4 | 20.0 | 12 | 10.3 |
| Болезни зависимости | 3 | 6.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 2.6 |
| Всего | 48 | 100 | 48 | 100 | 20 | 100 | 116 | 100 |

\* - достоверность различий с группой органических психических расстройств p<0.05

Таблица 7 Синдромологическая структура пограничных психических расстройств у обследованных больных

|  |  |
| --- | --- |
| Варианты синдромов при катамнестическом обследовании | Варианты синдромов на момент выписки  |
| Депрессивный | Астено-депрессивный | Тревожно-фобический | Истеро-депрессивный | Истерический | Эмоционально-волевой неустойчивости | Всего |
| Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| Депрессивный | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 7.7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1.7 |
| Астено-депрессивный | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Тревожно-фобический | 0 | 0 | 5 | 16.7 | 2 | 22.2 | 2 | 77 | 0 | 0 | 1 | 2.7 | 10 | 8.6 |
| Истеро-депрессивный | 2 | 20 | 0 | 0 | 1 | 11.1 | 2 | 7.7 | 1 | 25.0 | 0 | 0 | 6 | 5.1 |
| Истерический | 0 | 0 | 1 | 3.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5.4 | 3 | 2.6 |
| Эмоционально-волевой неустойчивости | 0 | 0 | 6 | 20.0 | 0 | 0 | 4 | 15.4 | 0 | 0 | 17 | 45.9 | 27 | 23.3 |
| Ипохондрический | 0 | 0 | 4 | 13.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 3.4 |
| Обсессивный | 0 | 0 | 1 | 3.3 | 2 | 22.2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 2.6 |
| Галлюцинаторно-бредовые и аффективно-бредовые синдромы | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 | 44.4 | 0 | 0 | 2 | 50.0 | 5 | 13.5 | 12 | 10.3 |
| Синдромы зависимости | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 7.7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1.7 |
| Отсутствие синдрома | 8 | 80 | 12 | 40.0 | 0 | 0 | 14 | 53.8 | 1 | 25.0 | 12 | 32.4 | 47 | 40.5 |
| Всего | 10 | 8.6 | 30 | 25.9 | 9 | 7.8 | 26 | 22.4 | 4 | 3.4 | 37 | 31.9 | 116 | 100 |

Таблица 12 Социальная адаптация в катамнезе больных с различной синдромальной структурой пограничных расстройств (в баллах)

|  |  |
| --- | --- |
| Варианты синдромов при выписке  | Показатели социальной адаптации |
| О | СО | ПО | МО | Д | ООЖ | ИП |
| Депрессивный | 2.1+0.6  | 2.8+0.9 3 | 3.2+1.0 6 | 3.1+0.6 3 | 3.6+0.6 3,5,6 | 3.1+0.5 | 3.0+0.6 3,6 |
| Астено-депрессивный | 2.3+0.4 6 | 3.0+0.3 3,6 | 2.9+0.5 6 | 2.9+0.3 3 | 3.0+0.4 3 | 3.1+0.3 3,4,6 | 2.8+0.3 3,6 |
| Тревожно-фобический  | 2.4+0.6 6 | 1.8+0.5 1,2,4,6 | 2.4+1.3 | 2.1+0.3 | 2.0+0.4 1,2,4,6 | 2.6+0.4 4,5,6 | 2.2+0.4 1,2,4 |
| Истеро-депрессивный | 2.3+0.3 6 | 2.8+0.4 3,6 | 2.9+0.5 6 | 3.0+0.3 3 | 3.0+0.4 3 | 3.6+0.3 | 2.9+0.3 3,6 |
| Истерический | 2.0+1.8 | 2.3+0.8 | 2.0+2.3 | 2.5+0.9 | 2.5+0.9 | 3.3+0.8 | 2.4+0.9 |
| Эмоционально-волевой неустойчивости | 1.6+0.3 | 2.3+0.2 2,3,4 | 1.9+0.4 | 2.7+0.3 3 | 2.8+0.4 3 | 3.5+0.2 | 2.5+0.2 1,2,4 |

Примечание: О – образование, СО – семейные отношения, ПО – производственные отношения, МО – межличностные отношения, Д – досуг, ООЖ – общее отношение к жизни, ИП – интегральный показатель социальной адаптации;

1 - различия с группой больных с депрессивным синдромом p<0,05;

2 - различия с группой больных с астено-депрессивным синдромом p<0,05;

3 - различия с группой больных с тревожно-депрессивным синдромом p<0,05;

4 - различия с группой больных с истеро-депрессивным синдромом p<0,05;

5 - различия с группой больных с истерическими синдромом p<0,05;

6 - различия с группой больных с синдромом эмоционально-волевой неустойчивости p<0,05

Таблица 13Распределение больных по выраженности психических расстройств

|  |  |
| --- | --- |
| Диапазоны выраженности психических расстройств по шкале "GAF" (баллы)  | Диагноз при выписке из стационара  |
| Невротические расстройства | Личностные расстройства  | Органические психические расстройства |
| Поступление | Выписка | Катамнестически | Поступление | Выписка | Катамнестически | Поступление | Выписка | Катам-нестически |
|  | Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| <31  | 19 | 39,6 | 0 | 0 | 1 | 2.1 | 16 | 33.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 10.0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 31 – 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4.2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 10.4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 15.0 |
| 41 – 50 | 6 | 12.5 | 0 | 0 | 8 | 16.7 | 25 | 52.8 | 21 | 43.6 | 8 | 16.7 | 8 | 40.0 | 4 | 20.0 | 7 | 35.0 |
| 51 – 60 | 23 | 47.9 | 14 | 29.2 | 7 | 14.6 | 7 | 14.6 | 17 | 35.4 | 11 | 22.9 | 10 | 50.0 | 10 | 50.0 | 4 | 20.0 |
| 61 – 70 | 0 | 0 | 30 | 62.5 | 10 | 20.8 | 0 | 0 | 9 | 18.8 | 12 | 25.0 | 0 | 0 | 4 | 20.0 | 2 | 10.0 |
| 71 – 80 | 0 | 0 | 4 | 8.3 | 12 | 25.0 | 0 | 0 | 1 | 2.1 | 11 | 22.9 | 0 | 0 | 2 | 10.0 | 3 | 15.0 |
| >80  | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 16.7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2.1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5.0 |
| Итого | 48 | 100 | 48 | 100 | 48 | 100 | 48 | 100 | 48 | 100 | 48 | 100 | 20 | 100 | 20 | 100 | 20 | 100 |

Таблица 15 Показатели выраженности психических расстройств у больных с различной синдромальной структурой

|  |  |
| --- | --- |
| Варианты синдромовПсихических расстройств  | Выраженность психических расстройств по шкале "GAF" |
| При поступлении | При выписке | Динамика состояния  | При катамнестическом обследовании |
| ДепрессивныйXX minX max | 44.40+12,481257 | 65.40+4.92 4, 5, 665373 | 21.00+13.80647 | 71.10+11.26 3, 55, 64388 |
| Астено-депрессивныйXX minX max | 29.33+13,721258 | 61.37+2.615, 665276 | 22.47+5.34 6644 | 61.00+6.35 31882 |
| Тревожно-фобическийXX minX max | 34.78+9.89 41253 | 59.22+6.09664667 | 29.89+17.14 66354 | 44.33+8.96 11,2,44,63462 |
| Истеро-депрессивныйXX minX max | 42.58+6.04 3, 61357 | 60.04+2.611, 664772 | 17.46+5.74451 | 65.19+5.43 33, 5, 664385 |
| ИстерическийXX minX max | 32.00+29.851652 | 54.00+15.04 1, 24767 | 22.00+21.03331 | 48.00+28.64 1, 43369 |
| ЭВНXX minX max | 36.24+4.88 41253 | 52.14+2.18 11, 22, 33, 44, 554567 | 15.89+5.27248 | 55.00+4.21 1, 3, 443277 |

Примечание: 1 – достоверность различий с депрессивным синдромом p<0.05

11 – достоверность различий с депрессивным синдромом p<0.005

2 – достоверность различий с астено-депрессивным синдромом p<0.05

22 – достоверность различий с астено-депрессивным синдромом p<0.005

3 – достоверность различий с тревожно-депрессивным синдромом p<0.05

33 – достоверность различий с тревожно-депрессивным синдромом p<0.005

4 – достоверность различий с истеро-депрессивным синдромом p<0.05

44 – достоверность различий с истеро-депрессивным синдромом p<0.005

5 – достоверность различий с истерическим синдромом p<0.05

55 – достоверность различий с истерическим синдромом p<0.005

6 – достоверность различий с синдромом ЭВН p<0.05

66 – достоверность различий с синдромом ЭВН p<0.005

Таблица 19 Структура окончательных диагнозов в катамнезе больных с различной выраженностью расстройств при поступлении в стационар

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Диагноз при поступлении в стационар  | ВыраженностьРасстройств по шкале "GAF" | Диагноз при катамнестическом обследовании |
| Невротические расстройства  | Расстройства личности | Органическиенепсихотические расстройства | Практически здоров | Психотические расстройства  | Аддиктивные расстройства |
| Баллы | Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| Невротические расстройства | >50 | 4 | 16.7 | 3 | 12.5 | 0 | 0 | 16 | 66.7 | 0 | 0 | 1 | 4.2 |
| 40-50 | 2 | 33.3 | 2 | 33.3 | 0 | 0 | 2 | 11.1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <40 | 3 | 16.7 | 6 | 33.3 | 0 | 0 | 4 | 22.2 | 3 | 16.7 | 2 | 11.1 |
| Расстройства личности | >50 | 1 | 12.5 | 1 | 12.5 | 0 | 0 | 6 | 75.0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 40-50 | 0 | 0 | 12 | 48.0 | 1 | 4.0 | 9 | 36.0 | 3 | 12.0 | 0 | 0 |
| <40 | 2 | 13.3 | 5 | 33.3 | 0 | 0 | 6 | 40.0 | 2 | 13.3 | 0 | 0 |
| Органические психические расстройства | >50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 40.0 | 4 | 40.0 | 2 | 20.0 | 0 | 0 |
| 40-50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 75.0 | 0 | 0 | 2 | 25.0 | 0 | 0 |
| <40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Таблица 20 Структура окончательных диагнозов в катамнезе больных с различной выраженностью расстройств при выписке из стационара

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Диагноз при выписке из стационара  | Выраженностьрасстройств по шкале "GAF" | Диагноз при катамнестическом обследовании |
| Невротические расстройства  | Расстройства личности | Органическиенепсихотические расстройства | Практически здоров | Психотические расстройства  | Аддиктивные расстройства |
| Баллы | Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| Невротические расстройства | >70 | 1 | 25.0 | 1 | 25.0 | 0 | 0 | 2 | 50.0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 60-70 | 7 | 28.0 | 3 | 12.0 | 0 | 0 | 14 | 56.0 | 0 | 0 | 1 | 4.0 |
| <60 | 1 | 5.3 | 7 | 36.8 | 0 | 0 | 6 | 31.6 | 3 | 15.8 | 2 | 10.5 |
| Расстройства личности | >70 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 60-70 | 1 | 12.5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 87.5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 50-60 | 2 | 11.8 | 5 | 29.4 | 0 | 0 | 7 | 41.2 | 3 | 17.6 | 0 | 0 |
| <50 | 0 | 0 | 13 | 61.9 | 1 | 4.8 | 5 | 23.8 | 2 | 9.5 | 0 | 0 |
| Органические психические расстройства | >70 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 60-70 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 50.0 | 2 | 50.0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 50-60 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 80.0 | 0 | 0 | 2 | 20.0 | 0 | 0 |
| <50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 50.0 | 0 | 0 | 2 | 50.0 | 0 | 0 |

Таблица 21 Распределение больных ППР по выраженности психических расстройств в катамнезе в зависимости от тяжести состояния при выписке из стационара

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Диагноз при выписке из стационара | Выраженность расстройств при выписке | Выраженность психических расстройств при катамнестическом обследовании  |
| >70 | 60-70 | 50-60 | <50 |
| Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| Невротические расстройства | >70 | 2 | 50.0 | 1 | 25.0 | 0 | 0 | 1 | 25.0 |
| 60-70 | 13 | 52.0 | 5 | 20.0 | 3 | 12.0 | 4 | 16 |
| 50-60 | 5 | 26.3 | 4 | 21.1 | 5 | 26.3 | 5 | 26.3 |
| Расстройства личности | >70 | 3 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 60-70 | 7 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 50-60 | 2 | 11.8 | 7 | 41.2 | 5 | 29.4 | 3 | 17.6 |
| <50 | 0 | 0 | 4 | 19.0 | 7 | 33.3 | 10 | 47.6 |
| Органические психические расстройства | >70 | 2 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 60-70 | 3 | 75.0 | 1 | 25.0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 50-60 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 30.0 | 7 | 70.0 |
| <50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 25.0 | 3 | 75.0 |

Таблица 24 Социальная адаптация в катамнезе больных с различной выраженностью психических расстройств при поступлении в стационар (в баллах)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Диагноз  | Выраженность расстройств по шкале "GAF" | Показатели социальной адаптации |
| О | СО | ПО | МО | Д | ООЖ | ИП |
| Баллы |
| Невротические расстройства | >50 | 2.4+0.3 3 | 3.1+0.4 | 3.7+0.5 3 | 3.2+0.3 3 | 3.4+0.4 3 | 3.3+0.3 | 3.2+0.2 3 |
| 40-50 | 2.7+1.4 | 2.8+1.0 | 3.2+1.4 | 3.0+0.0 | 3.2+0.8 | 2.8+0.8 | 2.9+0.8 |
| <40 | 1.9+0.4 | 2.6+0.4 | 2.5+0.7 | 2.6+0.5 | 2.6+0.5 | 3.1+0.3 | 2.5+0.3 |
| Расстройства личности | >50 | 2.5+0.9 | 3.4+0.6 2,3 | 3.5+0.6 2,3 | 3.4+0.4 2 | 4.0+0.6 2,3 | 3.9+0.3 | 3.4+0.3 2,3 |
| 40-50 | 1.8+0.4 | 2.1+0.3 1,3  | 1.9+0.5 1 | 2.6+0.3 | 2.6+0.4 1 | 3.6+0.3 | 2.4+0.3 1 |
| <40 | 1.8+0.5 | 2.7+0.5 1,2 | 2.1+0.7 1 | 2.8+0.4 | 2.7+0.6 1 | 3.7+0.3 | 2.6+0.4 1 |
| Органические психические расстройства | >50 | 2.4+0.4 3 | 2.8+0.7 2 | 2.6+0.9 2 | 2.8+0.6 3 | 2.6+0.6 2 | 3.2+0.6 2 | 2.7+0.5 2,3 |
| 40-50 | 1.8+0.7 | 1.5+0.4 | 1.0+0.0 | 2.0+0.0 | 2.0+0.0 | 2.0+0.0 | 1.7+0.2 1 |
| <40 | 1.0+0.0 | 2.0+0.0 | 1.0+0.0 | 3.0+0.0 | 3.0+0.0 | 3.0+0.0 | 2.2+0.0 1 |

Примечание: О – образование, СО – семейные отношения, ПО – производственные отношения, МО – межличностные отношения, Д – досуг, ООЖ – общее отношение к жизни, ИП – интегральный показатель социальной адаптации;

1 – достоверность различий с соответствующей нозологической группой с выраженностью расстройств >50 баллов р<0.05

2 – достоверность различий с соответствующей нозологической группой с выраженностью расстройств 40-50 баллов р<0.05

3 – достоверность различий с соответствующей нозологической группой с выраженностью расстройств <40 баллов р<0.05

Таблица 26 Социальная адаптация в катамнезе больных с различной выраженностью психических расстройств при выписке из стационара (в баллах)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Диагноз  | Выраженность расстройств по шкале "GAF" | Показатели социальной адаптации |
| О | СО | ПО | МО | Д | ООЖ | ИП |
| Баллы |
| Невротические расстройства | >70 | 3.3+0.8 2,3 | 3.8+0.8 2,3 | 4.0+2.3 2,3 | 2.8+1.5 | 3.3+1.5 | 2.8+0.8 | 3.3+0.9 3 |
| 60-70 | 2.4+0.4 1,3 | 2.8+0.4 1 | 3.6+0.5 1 | 3.1+0.3 | 3.2+0.4 | 3.1+0.3 | 3.0+0.3 |
| <60 | 1.8+0.3 1,2 | 2.7+0.4 1 | 2.5+0.6 1 | 2.7+0.4 | 2.8+0.5 | 3.2+0.3 | 2.6+0.3 1 |
| Расстройства личности | >70 | 2.5+1.4 4 | 4.0+0.0 3,4 | 3.5+1.4 4 | 3.5+1.4 4 | 4.5+1.4 3,4 | 4.0+0.0 | 3.7+0.0 3,4 |
| 60-70 | 2.5+0.9 4 | 3.6+0.4 3,4 | 4.0+0.0 3,4 | 3.5+0.4 3,4 | 4.5+0.4 3,4 | 4.0+0.0 4 | 3.7+0.2 3,4 |
| 50-60 | 2.2+0.4 4 | 2.2+0.4 1,2 | 2.3+0.6 4 | 2.7+0.4 2 | 2.7+0.5 1,2 | 3.6+0.4 | 2.6+0.4 1,2 |
| <50 | 1.3+0.3  | 2.1+0.2 1,2 | 1.4+0.3 | 2.4+0.3 1,2 | 2.3+0.3 1,2 | 3.6+0.2 2 | 2.2+0.2 1,2 |
| Органические психические расстройства | >70 | 2.0+0.0 | 4.0+0.0 3,4 | 4.0+0.0 3 | 4.0+0.0 | 4.0+0.0 2,4 | 4.0+0.0 3,4 | 3.7+0.0 3,4 |
| 60-70 | 2.5+0.9 | 3.0+1.8 3,4 | 3.0+1.8 3,4 | 2.5+0.9 1 | 2.5+0.9 3 | 3.5+0.9 3,4 | 2.8+1.2 3,4 |
| 50-60 | 2.0+0.7 4 | 1.8+0.3 1,2 | 1.2+0.3 1,2 | 2.2+0.3 1 | 2.0+0.0 4 | 2.2+0.3 1,2 | 1.9+0.2 1,2 |
| <50 | 1.5+0.9 3 | 1.5+0.9 1,2 | 1.0+0.0 2 | 2.5+0.9 1 | 2.5+0.9 1,3 | 2.5+0.9 1,2 | 1.9+0.5 1,2 |

Примечание: О – образование, СО – семейные отношения, ПО – производственные отношения, МО – межличностные отношения, Д – досуг, ООЖ – общее отношение к жизни, ИП – интегральный показатель социальной адаптации; 1 – различия с соответствующей нозологической группой с выраженностью расстройств >70 баллов р<0.05

2 – различия с соответствующей нозологической группой с выраженностью расстройств 60-70 баллов р<0.05

3 – различия с соответствующей нозологической группой с выраженностью расстройств 50-60 баллов р<0.05

Таблица 27 Коэффициенты корреляции между показателями социальной адаптации и выраженностью психических расстройств при поступлении в стационар

|  |  |
| --- | --- |
| Группы психических расстройств  | Показатели социальной адаптации |
| О | СО | ПО | МО | Д | ООЖ | ИП |
| КК |
| Невротические расстройства | 0.2 | 0.3\* | 0.3\* | 0.3\* | 0.3\* | 0.2 | 0.3\* |
| Расстройства личности | 0.2 | 0.2 | 0.3\* | 0.2 | 0.3\* | 0.2 | 0.3\* |
| Органические психические расстройства | 0.6\* | 0.5\* | 0.6\* | 0.2 | 0.1 | 0.4\* | 0.5\* |

Примечание: О – образование, СО – семейные отношения, ПО – производственные отношения,

МО – межличностные отношения, Д – досуг, ООЖ – общее отношение к жизни, ИП – интегральный показатель социальной адаптации; \* достоверность коэффициентов корреляции p<0.05

Таблица 28 Коэффициенты корреляции между показателями социальной адаптации и выраженностью психических расстройств при поступлении в стационар

|  |  |
| --- | --- |
| Группы психических расстройств  | Показатели социальной адаптации |
| О | СО | ПО | МО | Д | ООЖ | ИП |
| КК |
| Невротические расстройства | 0.4\* | 0.2 | 0.3\* | 0.2 | 0.2 | -0.2 | 0.3\* |
| Расстройства личности | 0.5\* | 0.6\* | 0.7\* | 0.5\* | 0.7\* | 0.3\* | 0.7\* |
| Органические психические расстройства | 0.3 | 0.8\* | 0.8\* | 0.5\* | 0.6\* | 0.7\* | 0.8\* |

Примечание: О – образование, СО – семейные отношения, ПО – производственные отношения, МО – межличностные отношения, Д – досуг, ООЖ – общее отношение к жизни, ИП – интегральный показатель социальной адаптации; \* достоверность коэффициентов корреляции p<0.05

Таблица 29 Показатели интернальности по тесту УСК у больных с различными типами приспособительного поведения (в баллах)

|  |  |
| --- | --- |
| Тип приспособительного поведения | Показатели интернальности  |
| Ио | Ид | Ин | Ис | Ип | Им | Из |
| КТПП | 5.06+1.242 | 6.06+1.392,4 | 4.88+1.19 | 4.53+0,983 | 3.88+0.60 | 5.82+1.06 | 6.71+0.8922 |
| РТПП | 3.55+0.75 | 3.82+0.82 | 3.91+0.61 | 4.59+0,4333 | 3.82+0.54 | 4.91+0.764 | 4.91+0.76 |
| ДТПП | 4.71+1.03 2 | 5.29+0.452,4 | 5.43+0.842 | 6.00+0,92 | 3.29+0.88 | 5.14+0.344 | 6.29+1.082 |
| НТПП | 3.75+1.02 | 3.75+0.72 | 5.00+1.09 | 3.75+0,913 | 4.50+0.91 | 7.00+0.91 | 5.25+0.97 |

Примечание: Ио - общая интернальность, Ид - интернальность в области достижений, Ин - интернальность в области неудач, Ис - интернальность в семейных отношениях, Ип - интернальность в производственных отношениях, Им - интернальность в межличностных отношениях, Из - интернальность в отношении к здоровью, Иср - средний показатель интернальности;

2 – различия с группой регрессивного типа приспособительного поведения р<0,05;

3 – различия с группой дезадаптивного типа приспособительного поведения р<0,05;

33 – различия с группой дезадаптивного типа приспособительного поведения р<0,005;

4 – различия с группой дезадаптивного типа приспособительного поведения р<0,05.

127

Рис. 9. Соотношение механизмов психологической защиты при различных типах приспособительного поведения

Таблица 35 Распределение больных с различной синдромологической структурой по типам приспособительного поведения на момент поступления

|  |  |
| --- | --- |
| Типприспособительного поведения | Варианты синдромов |
| Депрессивный | Астено-депрессивный | Тревожно-фобический  | Истеро-депрессивный | Истерический | Эмоционально-волевой неустойчивости | Всего |
| Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| КТПП | 4 | 40.0 | 7 | 23.3 | 2 | 22.2 | 1 | 3.8 | 0 | 0 | 3 | 8.1 | 17 | 14.7 |
| РТПП | 3 | 30.0 | 13 | 43.3 | 7 | 77.7 | 18 | 69.2 | 2 | 50.0 | 14 | 37.8 | 57 | 49.1 |
| ДТПП | 0 | 0 | 2 | 6.7 | 0 | 0 | 4 | 15.4 | 1 | 25.0 | 18 | 48.6 | 25 | 21.6 |
| НТПП | 3 | 30.0 | 8 | 26.7 | 0 | 0 | 3 | 11.5 | 1 | 25.0 | 2 | 5.4 | 17 | 14.7 |
| Всего | 10 | 100 | 30 | 100 | 9 | 100 | 26 | 100 | 4 | 100 | 37 | 100 | 116 | 100 |

Таблица 36 Распределение больных с различной синдромологической структурой по типам приспособительного поведения на момент выписки

|  |  |
| --- | --- |
| Тип приспособительного поведения | Варианты синдромов |
| Депрессивный | Астено-депрессивный | Тревожно-фобический  | Истеро-депрессивный | Истерический | Эмоционально-волевой неустойчивости | Всего |
| Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| КТПП | 8 | 80.0 | 10 | 33.3 | 3 | 33.3 | 11 | 42.3 | 0 | 0 | 11 | 29.7 | 43 | 37.1 |
| РТПП | 2 | 20.0 | 13 | 43.3 | 6 | 66.7 | 12 | 46.2 | 3 | 75.0 | 11 | 29.7 | 47 | 40.5 |
| ДТПП | 0 | 0 | 3 | 10.0 | 0 | 0 | 3 | 11,5 | 1 | 25.0 | 14 | 37.8 | 21 | 18.1 |
| НТПП | 0 | 0 | 4 | 13.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2.7 | 5 | 4.3 |
| Всего | 10 | 100 | 30 | 100 | 9 | 100 | 26 | 100 | 4 | 100 | 37 | 100 | 116 | 100 |

Таблица 37 Распределение больных с различной синдромологической структурой по типам приспособительного поведения при катамнестическом исследовании

|  |  |
| --- | --- |
| Типприспособительного поведения  | Варианты синдромов |
| Депрессивный | Астено-депрессивный | Тревожно-фобический | Истеро-депрессивный | Истерический | Эмоционально-волевой неустойчивости | Всего |
| Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| КТПП | 8 | 80.0 | 11 | 36.7 | 1 | 11.1 | 14 | 53.9 | 2 | 50.0 | 14 | 37.8 | 50 | 43.1 |
| РТПП | 0 | 0 | 14 | 46.7 | 5 | 55.6 | 8 | 30.8 | 2 | 50.0 | 9 | 24.3 | 38 | 32.8 |
| ДТПП | 2 | 20.0 | 3 | 10.0 | 1 | 11.1 | 4 | 15.4 | 0 | 0 | 11 | 29.7 | 21 | 18.1 |
| НТПП | 0 | 0 | 2 | 6.7 | 2 | 22.2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 8.1 | 7 | 6.0 |
| Всего | 10 | 100 | 30 | 100 | 9 | 100 | 26 | 100 | 4 | 100 | 37 | 100 | 116 | 100 |

Таблица 41 Социальная адаптация в катамнезе больных с разными типами приспособительного поведения при выписке из стационара (в баллах)

|  |  |
| --- | --- |
| ТПП | Показатели социальной адаптации |
| О | СО | ПО | МО | Д | ООЖ | ИП |
| КТПП | 2.2+0.5  | 3.4+0.4 | 3.2+0.5 | 3.6+0.3 | 3.8+0.2 | 4.0+0.3 | 3.4+0.2 |
| РТПП | 2.5+0.4 3 | 2.6+0.4 1 | 2.4+0.3 11 | 2.5+0.3 11 | 2.4+0.4 11 | 2.9+0.2 11, 3 | 2.5+0.2 11 |
| ДТПП | 1.4+0.5 1 | 2.1+1.2 1 | 2.3+0.5 1 | 2.0+0.8 11 | 2.0+0.8 11, 4 | 3.4+0.9 1 | 2.2+0.5 11 |
| НТПП | 2.3+1.5  | 2.5+0.9 1 | 2.8+0.8  | 2.3+1.5 11 | 3.0+1.3 1 | 3.3+0.8 1 | 2.7+0.4 11 |

Примечание: О – образование, СО – семейные отношения, ПО – производственные отношения, МО – межличностные отношения, Д – досуг, ООЖ – общее отношение к жизни, ИП – интегральный показатель социальной адаптации; 1 – достоверность различий с группой конструктивного типа приспособительного поведения p<0.05

11 – достоверность различий с группой конструктивного типа приспособительного поведения p<0.005

2 – различия с группой регрессивного типа приспособительного поведения р<0,05;

3 – различия с группой дезадаптивного типа приспособительного поведения р<0,05;

33 – различия с группой дезадаптивного типа приспособительного поведения р<0,005;

4 – различия с группой неопределенного типа приспособительного поведения р<0,05;

Таблица 42 Структура окончательных диагнозов в катамнезе больных с различными типами приспособительного поведения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Диагноз при выписке | Типприспособительного поведения | Диагноз при катамнестическом обследовании  |
| Невротические расстройства  | Расстройства личности | Органическиерасстройства | Здоров | Психотические расстройства  | Аддиктивные расстройства |
| Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| Невротические расстройства | КТПП | 1 | 5.3 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 18 | 94.7 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| РТПП | 7 | 28.0 | 9 | 36.0 | 0 | 0.0 | 3 | 12.0 | 3 | 12.0 | 3 | 12.0 |
| ДТПП | 1 | 50.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 50.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| НТПП | 0 | 0.0 | 2 | 100 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Расстройства личности | КТПП | 1 | 5.6 | 3 | 16.7 | 0 | 0.0 | 14 | 77.8 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| РТПП | 2 | 13.3 | 5 | 33.3 | 0 | 0.0 | 5 | 33.3 | 3 | 20.0 | 0 | 0.0 |
| ДТПП | 0 | 0.0 | 10 | 71.4 | 1 | 7.1 | 2 | 14.3 | 1 | 7.1 | 0 | 0.0 |
| НТПП | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 100 | 0 | 0.0 |
| Органические психические расстройства | КТПП | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 3 | 50.0 | 1 | 16.7 | 2 | 33.3 | 0 | 0.0 |
| РТПП | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 4 | 57.1 | 2 | 28.6 | 1 | 14.3 | 0 | 0.0 |
| ДТПП | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 3 | 60.0 | 1 | 20.0 | 1 | 20.0 | 0 | 0.0 |
| НТПП | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 100 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |

Таблица 43 Распределение больных по выраженности психических расстройств при катамнестическом обследовании в зависимости от типа приспособительного поведения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Диагноз при выписке | Тип приспособительного поведения  | Выраженность психических расстройств в катамнезе  |
| >70 | 60-70 | 50-60 | <50 |
| Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| Невротические расстройства | КТПП | 17 | 89.5 | 2 | 10.5 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| РТПП | 3 | 12 | 5 | 20.0 | 8 | 32.0 | 9 | 36.0 |
| ДТПП | 0 | 0.0 | 2 | 100 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| НТПП | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 100 |
| Расстройства личности | КТПП | 11 | 61.1 | 5 | 27.8 | 1 | 5.6 | 1 | 5.6 |
| РТПП | 0 | 0.0 | 6 | 40.0 | 5 | 33.3 | 4 | 26.7 |
| ДТПП | 1 | 7.1 | 1 | 7.1 | 4 | 28.6 | 8 | 57.1 |
| НТПП | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 100 | 0 | 0.0 |
| Органические психические расстройства | КТПП | 2 | 33.3 | 1 | 16,7 | 1 | 16,7 | 2 | 33.3 |
| РТПП | 1 | 14.3 | 0 | 0.0 | 1 | 14.3 | 5 | 71.4 |
| ДТПП | 1 | 20.0 | 1 | 20.0 | 2 | 40.0 | 1 | 20.0 |
| НТПП | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 100 |

Таблица 44 Распределение больных по качеству социальной адаптации в катамнезе в зависимости от типа приспособительного поведения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Диагноз при выписке | Тип приспособительного поведения  | Социальная адаптация |
| >3.5 | 2.5 – 3.4 | <2.5 |
| Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| Невротические расстройства | Конструктивный | 15 | 78.9 | 4 | 21.1 | 0 | 0 |
| Регрессивный  | 1 | 4.0 | 9 | 36.0 | 15 | 60.0 |
| Дезадаптивный | 0 | 0 | 2 | 100 | 0 | 0 |
| Неопределенный  | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 100 |
| Расстройства личности | Конструктивный | 12 | 66.7 | 6 | 33.3 | 0 | 0 |
| Регрессивный  | 0 | 0 | 5 | 33.3 | 10 | 66.7 |
| Дезадаптивный | 0 | 0 | 1 | 7.1 | 13 | 92.9 |
| Неопределенный  | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 100 |
| Органические психические расстройства | Конструктивный | 3 | 50.0 | 1 | 16.7 | 2 | 33.3 |
| Регрессивный  | 0 | 0 | 1 | 16.7 | 5 | 83.3 |
| Дезадаптивный | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 100 |
| Неопределенный  | 0 | 0 | 1 | 50.0 | 1 | 50.0 |