С учетом тяжести общего состояния пациентов и крайне негативного настроя к обследованию и лечению, нами применена нетрудоемкая психологическая диагностика – опросник Кеттелла, являющийся наиболее популярным средством экспресс-диагностики личности. Среди предложенных автором личностных опросников, для работы с нашими пациентами применен шестнадцатифакторный (16 PF) личностный опросник (14). При интерпретации результатов опроса, наиболее показательные изменения получены в следующих блоках факторов: A, C, E, F, O, Q2, Q3, Q4. Эти данные отражают тяжелую астению, эмоциональную лабильность со склонностью к дистимиям, с учащением суицидальных намерений. Пациенты предпочитают одиночество, пессимистичны в восприятии настоящего и будущего, тревожны, насторожены. Предъявляют множество жалоб невротического характера. Ипохондричны. Нарушены межличностные, коммуникативные функции.

В факторе **B** выявлены эмоциональная дезорганизация, ригидность, обедненность мышления, снижение мнестических функций, что обусловлено проявлениями нарко-ВИЧ-энцефалопатии.

Результаты проведенного исследования подчеркивают, что акцентуации характера нельзя рассматривать как статичный, неизменный личностный статус человека. В динамике под влиянием дополнительных вредностей, характерологические дисгармонии выходят за рамки акцентуации, приобретая формы «краевой» психопатии по О.В.Кербикову, сопровождаясь частой социальной дезадаптацией.

Литература:

1. Личко А.Е., Битенский В.С.. Подростковая наркология.-Л. Медицина».-1991.-с.58-60.
2. Субханбердина А.С. Опийная зависимость в структуре сочетанной психической патологии// Автореф. докт.дисс.-2004.-40с.
3. Бориневич В.В. Наркомании. –М.1963.-с.26-30.
4. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков.-Л.-1977.-с.61-70.
5. Рохлина М.Л., Козлов А.А.- Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение.-М.2001.-с.50-51.
6. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания.-Медпрактика.М.-2000.с.19-30.
7. Москаленко В.Д. Семейная отягощенность больных наркоманиями//Вопросы наркологии.-М.-1993.№3.-с.82-88.
8. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. наркомании. патопсихология, клиника, реабилитация.-С.-П. 2001.-с.58-61.
9. Битенский В.С., Херсонский Б.Г. Мотивировка и условия, способствующие злоупотреблению опиатами у подростков// Психологические исследования и психотерапия в наркологии.-Л.1989.-с.83-88.
10. Анохина И.П., Кибитов А.О., Шамакина И.Ю., Москаленко В.Д. Генетика зависимости от ПАВ. Руководство по наркологии.-М.2008.-с.80-126.
11. Опросник К.Леонгарда (характерологический опросник) // В кН.Большая энциклопедия психологических тестов.-М.2007.-с.190-193.
12. Кербиков О.В. К учению о динамике психопатий (1961).-Избранные труды.-М.1971.-с.163-187.
13. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика. Избранные труды.-М.1964.
14. Cattel R.B., Eber H.W., 1970.

Берілген мақалада қосымша зиян келтіру әсерінен характерологиялық дисгармония жиі қоғамдық дезадаптациямен қоса келетін тұлғаның әртүрлі жолмен бұзылуы арқылы акцентуацияның шегінен шығатыны көрсетілген.

In this article it is shown that characteristic disfunctions under the influence of additional harmful habits are developed, having various kinds of the individual depression, accompanying with the frequent social disadaptation.

УДК 615.015.8+616.89-008

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ НАРУШЕНИЙ СОЗНАНИЯ БОЛЕЗНИ ПРИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

А.А. Абетова, Ж.А. Жолдасова

Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии, г. Алматы

Актуальность исследования.

Подробное описание клинических проявлений нарушений сознания наркологической болезни представляется необходимым, прежде всего необходимым в практическом плане – как в виду скудости и разноречивости их освещения в современной литературе, так и их многообразия и значительной трансформации в последние годы.

Исследование отношение личности к соматической болезни до настоящего времени проводится в рамках медицинской психологии, и в основном касаются психосоматических расстройств (Краснушкин Е.К., 1947; 1960; М.С.Лебединский, В.Н.Мясищев, 1966; Ф.В.Бассин, 1969; А.Б.Смулевич и др., 1999). Эти исследования дали возможность обозначить следующие наиболее общие варианты личностного реагирования на физическую болезнь. Они укладываются (В.В.Костиков, 1965; А.Ю.Выясновский, 1968; А.Е.Личко, Н.Я.Иванов, 1980; В.Н.Григорьева, 1998) в следующие типы личностных реакций: 1) На информацию о заболевании; 2) Эмоциональную; 3) Преодоление болезни.

В отечественных работах практически не рассматривается типы реагирования на заболевания больных соматоформными расстройствами. Данный вопрос также не рассматривается с позиции гендерных различий. Отношение к болезни при психосоматических нарушениях диктуется особенностями личности и различными видами психологичсекой защиты: вытеснение, отрицание, замещение и др.

Если говорим о типах реакций, вне рамок адекватного, трезво-рассудительного отношения к болезни, то выделяют (Я.Г.Голанд, 1968; В.П.Белов, 1971; И.Д.Даренский, 1984, 2003; И.Д.Вассерман, Я.Я.Вукс, 1990) следующие: Депрессивно-астенические; Тревожно-фобические; Ипохондрические; Истерические; Эйфорически-анозогнозический.

Наиболее углубленно и дифференцированно систематизировали типологию отношения личности к соматической болезни А.Е.Личко и Н.Я.Иванов (1980, 1983). Они различали 12 типов; Гармоничный; Эргопатический; Анозогнозический; Тревожный; Ипохондрический; Неврасте-

нический; Меланхолический; Апатический; Сенситивный; Эгоцентрический; Паранойяльный; Дисфорический.

Таким образом, переживание болезни может по своей оценке быть адекватным, либо может наблюдаться недооценка болезни, или, напротив – ее переоценка.

Переживания психических расстройств, в число которых входят и наркологические заболевания, отличаются от указанных выше отношениях к болезни при других заболеваниях. Основными причинами отсутствия сознания болезни, по мнению Е.К.Краснушкина, являются интеллектуальные и аффективные расстройства: резкое поражение интеллектуальных функций со снижением критической самооценки больного при прогрессивном параличе; разорванность представлений, паралогичность суждений и отсутствие эмоциональной восприимчивости, так называемая «эмоциональная тупость» в форме или временной блокады эмоций или их стойкой утраты при шизофрении; ускорение и поверхностное течение идей с повышенным тонусом всей психической и физической сферы личности, когда эйфория и приподнятое самочувствие ни в коей мере не отвечают ощущению какой-либо болезни при маниакально-депрессивном психозе.

Оценка того, насколько адекватна позиция психического больного к своей болезни и лечению, для психиатрии всегда имела первостепенное теоретическое и практическое значение. Важность точной оценки нозогнозии, учет ее своеобразия и структурного содержания, а также нарушений, при любой болезни, а особенно при психической, определяется многими обстоятельствами. Кроме того, оценка нозогнозии способствует разграничению различных уровней нарушений психических функций, определению типологии эмоционально-волевых расстройств, особенностей сдвигов в мыслительных процессах (образования представлений, понятий, суждений – всех когнитивных актов), а также служит показателем состояния гностической сферы (В.В.Чирко, 1972; Г.В.Морозов, Б.В.Шостакович, 1982; Р.К.Назыров, 1994).

Алкогольную анозогнозию, по мнению Л.В.Клочковой (1989), предопределяет существование неадекватного общераспространенного мнения о проявлениях зависимости от алкоголя. И.С Павлов (2002) основной проблемой алкоголизма считает формирование специфической концепции своего «Я», которая проявляется наличием у больного своеобразной алкогольной позиции, обеспечивающей самореализацию личности и «Я»-концепции, только в состоянии алкогольного опьянения.

В целом, из приведенного обзора литературы можно видеть психологизированные объяснения феномена. Не освещается синдромально-психопатологическое содержание самого феномена. Лишь отдельные клиницисты (Е.А.Шевалев, 1936; А.С.Познанский, 1973, 1974) указывают на то, что отрицание алкоголизма следует отнести к явлениям деперсонализации. Что же касается наркомании, в частности опийной наркомании, то этот феномен освещен весьма скупо. Лишь некоторыми авторами (Н.Н.Иванец, 2000; М.Л.Рохлина, 1991) описываются изменения личности с формированием так называемой «наркоманической личности» с характерологическими поведенческими расстройствами.

Е.И.Цилли с соавт. (1993) выделяют несколько клинических вариантов алкогольной анозогнозии: Упорное, бездоказательное отрицание болезни как механизм психологической защиты; неустойчивая нозогнозия; амбивалентная анозогнозия; паранозогнозия; частичная нозогнозия; формальная нозогнозия.

Таким образом, все эти типологические модели по существу сходны и не выходят за рамки старого понятийного аппарата – психологического подхода. Клинико-психопатологический анализ остается за рамками исследований, в то время как дальнейшее познание клиники и разработка дифференцированного системного подхода к коррекции этого сложного феномена невозможны без опоры на закономерности общей патологии и общей психопатологии. В связи с этим данное исследование является актуальным и своевременным.

Целью исследования являлось выделение некоторых клинических вариантов нарушений сознания болезни при наркологических расстройствах, разработка мероприятий, направленных на формирование критики к болезни и создание мотивации к лечению и отказу от употребления алкоголя и наркотиков.

Клинический материал исследования составили 200 больных наиболее распространенными наркологическими заболеваниями. Выделены 2 группы больных:

I группа - 75 больных опийной наркоманией в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст 26,5±1,4 года), употреблявшие наркотики внутривенно, с длительностью сформированной зависимости не менее 3-х лет. К моменту начала исследования у 65% больных госпитализация была первичной, остальные неоднократно лечились в стационаре ранее.

II группа - 125 больных хроническим алкоголизмом в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст 32,4±7,4 года), употреблявшие алкоголь в псевдозапойной форме, с длительностью сформированной зависимости не менее 8 лет.

Анализ внутренней картины болезни основывался, прежде всего, на тщательном клиническом наблюдении, отражающем и регистрирующем чувственное переживание больным своей болезни, интеллектуальную переработку ее, самоанализ, критическую самооценку. В качестве дополнительной методики, способствовавшей получению объективной картины отношения больных к своей болезни и лечению, использовалась шкала формализованной оценки нарушений нозогнозии у наркологических больных. Исследование проводилось в динамике на следующих этапах болезни: При поступлении; В момент максимальной выраженности абстинентной симптоматики; По завершению острых проявлений абстинентного синдрома; В периоде становления ремиссии.

Результат исследования: Проведенное исследование показало, что в своих общих проявлениях основные признаки нарушения нозогнозии оказались сходными как у больных алкоголизмом, так и у больных наркоманией. Так, признание самого факта заболевания выявлялось у 60% больных алкоголизмом, у 70% больных наркоманией, в то время как остальные больные отказывались от болезни. Высокая заинтересованность и готовность к рассказу о своей болезни обнаруживалась по 25 и 20 % соответственно у больных 2-х групп. Пассивность, формальность в беседе выявлялась у большей части обследованных больных – по 75 % в каждой группе. Значительно меньше больных отказывались от беседы (по 15% в каждой группе). Признание наркологического заболевания констатировалось у всех больных 2 группы, в то время как во второй группе лишь 50% признавали у себя болезнь. Но признание болезни отличалось неадекватностью: осознанное патологическое влечение к психоактивным веществам признавали 35% больных 1-й группы и 20% больных 2-й группы. Эмоциональный компонент патологического влечения более четко признавался у больных 1 группы (30% против 20%). Физические компоненты влечения чаще констатировались больными 2-й группы (80% против 50%). Соматическое осложнение интоксикации недооценивались больными обоих групп (по 60%). Причинами помещения в наркологический стационар в основном указывались необходимость улучшения физического состояния (по 80%), уступка окружающим (30% в 1-й гр, 20% во 2-й гр), в то время необходимость избавления от патологического влечения признавалась у значительно меньшей части пациентов (по

15%). Вред болезни оценивался различными внешними проявлениями: большая часть больных обоих групп (60% в 1-й гр, 50% во 2-й гр) констатировала физические осложнения и социального ущерба. Стремление к познанию наступившей болезни на основе ее чувственного переживания выявлялась у одной трети всех больных обоих групп, в то время как на основе формально-логических заключений выявлено лишь у 10% больных обоих групп. А полное отсутствие стремления к познанию болезни у большей части всех больных. У больных наркоманиями способность к распознанию болезни у других пациентов имелась у 70% больных, у больных алкоголизмом – 20%. Больные 2-й группы чаще оценивали свою болезнь как более тяжелую (50%), а больные 2-й группы – как более легкую (40%). Диссимуляция болезни с приуменьшением тяжести нарушений и искажение анамнеза выявлялась значительно чаще у больных обоих групп (90%), чем отнесение болезни к прошлому и рационализация. При этом диссимулятивное поведение было более правдоподобным у трети больных, а примитивная диссимуляция встречалась чаще (по 60% в каждой группе). Противоречивая диссимуляция выявлялась также у трети всех больных. Участие в лечебном процессе у половины всех пациентов носило индифферентный характер, лишь незначительная часть больных (15% и 20%) проявляли заинтересованность. Активное сопротивление лечению оказывалось незначительной частью больных (15 и 20%).

На основе полученных результатов был проведен корреляционный анализ между отдельными компонентами нарушения нозогнозии. Обнаружено, что тяжесть нарушений терапевтической позиции высоко коррелировала как с нарушениями оценки вреда болезни, так и диссимуляцией и адекватностью нозогнозии в целом. Слабая корреляция связей выявлена между слабостью стремления к познанию сути болезни и адекватностью сравнения тяжести собственной и чужой патологии.

Обсуждение. Проведенное исследование показало, что феноменологическое содержание нозогнозии при алкоголизме и наркомании представлено широким спектром клинических явлений, структура которых определялось как сохранными элементами психической деятельности, связанными с индивидуальными личностными характеристиками пациента, так и синдромально-диагностическими особенностями самого патологического процесса.

Выводы: Таким образом, обобщение результатов проведенного статистического анализа, указывают на возможность выделения двух категорий: диагностически значимые и сопутствующие. К первой группе отнесены нарушение оценки вреда болезни, отрицание симптомов, нарушение терапевтической позиции. Ко 2-й группе отнесены: слабость тенденции к познанию сути болезни, адекватность сравнения тяжести собственной и чужой патологии.

Литература:

1. Альтшуллер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. - М, 1994. - 216 с.
2. Альтшуллер В.Б., Кравченко С.Л., Павлова О.О. Соотношение между депрессией, патологическим влечением к алкоголю и влечением к опиатам // Материалы международной конференции психиатров. - М., 1998. С. 294.
3. Батаршев А.В. Психодиагностика в управлении: Практическое руководство: Учебно-практическое пособие. – М.: Дело, 2005. – 496 с.
4. Иванец Н.Н., Винникова М.Л. Героиновая наркомания. Постабстинентное состояние: клиника, лечение. - М: Медицина, 2000. - 122 с.
5. Краснушкин Е.К. Избранные труды. – М., «Медицина», 1960. – 608 с.
6. Лебединский М.С., Мясищев В.Н. Введение в медицинскую психологию. – Л. – «Медицина», - 1966, 430 с.
7. Личко А.Е. (ред.) Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни (методические рекомендации). – Л., 1987, 28 с.
8. Познанский А.С. Нарушение сознания болезни и диссимуляция при шизофрении. // В сб.: Проблемы сознания. М., - 1966, - С. 580-585
9. Рохлина М.Л., Воронин К.Э. Ремиссии и причины рецидивов у больных моно- и полинаркоманией // Профилактика рецидивов при алкоголизме и наркоманиях. Санкт-Петербург, 1991. - С. 46-50.
10. Смулевич А.Б.и др. Клинические и психологические аспекты реакции личности на болезнь. // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1997, т. 97, №2. – С. 4-11.
11. Чирко В.В. К вопросу о диисимуляции при параноидной форме шизофрении: дисс. к.м.н. - Уфа, 1972. - С. 288-290.
121. Шевалев Е.А. О переживании болезни // Советская психоневрология, 1936. - № 4. - С. 19-33.

УДК 612.821:612.1

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НАПРЯЖЕНИЯ ОРГАНИЗМА СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ КУРСОВ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ

Н.К. Смагулов, М.А. Калиева
Карагандинский государственный медицинский университет, г.Караганда

В условиях современного реформирования и модернизации системы высшего профессионального образования вызывает тревогу здоровье студентов. Получение высшего образования в современных условиях требует от студентов значительных интеллектуальных и нервно-эмоциональных напряжений. Тяжелым испытанием для организма студентов является психическая нагрузка, возникающая при изучении многочисленных учебно-теоретических и практических дисциплин, научный уровень и информационный объем которых с каждым годом постоянно возрастает. Для учебной деятельности студентов в настоящее время характерна большая информационно-операционная нагрузка с дефицитом времени, возросшей ответственностью, малоподвижным образом жизни, высокой эмоциональной напряженностью [1]. Адаптация к комплексу новых факторов, специфичных для высшей школы, представляет собой сложный многоуровневый социально-психофизиологический процесс и сопровождается значительным напряжением компенсаторно-приспособительных систем организма студентов [2].

Цель работы: дать физиологическую оценку напряжения организма студентов различных курсов в процессе обучения.

Материалы и методы исследования: Объект исследования – студенты КГМУ в возрасте 20-22 года. Всего было обследовано 83 студента (40 юношей и 43 девушек).