

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Среди клинических вариантов пограничных психических расстройств наиболее частыми являются психогенные (невротические) реакции на сам факт соматического страдания [1, 2, 5]. Очевидно, что любое тяжелое, длительно протекающее соматическое заболевание, даже если в его возникновении психогенные факторы не сыграли существенной роли, само по себе является весомым психотравмирующим фактором, обуславливающим развитие форм психической патологии [4, 8]. Действие этого фактора усиливается при получении больным статуса инвалида [6, 7].

В структуре инвалидизирующих заболеваний существенное место занимают поражения органа слуха. Последние годы характеризуются постепенным нарастанием количества лиц, страдающих хроническими заболеваниями и поражениями органа слуха, причем 65—93 % из них страдают нейросенсорной тугоухостью, при которой терапевтические мероприятия по восстановлению и нормализации слуховой функции малоэффективны [6, 7].

Наименее изученным аспектом проблемы является хроническая нейросенсорная тугоухость, при которой утрата слуха происходит в трудоспособном возрасте, когда нарушенная слуховая функция существенно затрудняет межличностное взаимодействие, коммуникации и обуславливает предпосылки развития и формирования пограничной патологии у этой категории больных [4, 8].

Термином «нейросенсорная тугоухость» обозначали тугоухость, связанную с отклонением от нормы процессов преобразования механических колебаний в энергию нервного возбуждения и его дальнейшей многоступенчатой трансформации на пути от рецептора до высших центров в коре головного мозга.

Нейросенсорная глухота определяется у больных с нарушением слуха, при котором человек не воспринимает разговорную речь, а средний порог тонального слуха превышает 95 дБ [3].

Эти пациенты, как правило, длительно наблюдаются и лечатся у ЛОР-специалистов, в то время как развившиеся у них невротические, невротоподобные и личностные проявления пограничного уровня остаются вне поля зрения психиатров.

Важной особенностью пациентов с хронической нейросенсорной тугоухостью является полиморфизм клинических проявлений, обусловленный различиями этиологии заболевания, степени слуховой и вестибулярной дисфункции, сочетающейся с органическим поражением головного мозга, что создает предпосылки для формирования разнообразных пограничных психических расстройств.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-психопатологических особенностей пограничных психических расстройств у пациентов с хронической нейросенсорной тугоухостью.

Для решения поставленных задач использовался клинико-психопатологический метод (клиническая беседа, сбор клинического анамнеза, клиническое наблюдение за невербальными проявлениями психической деятельности в динамике).

Статистическая обработка полученных результатов проведена с использованием критерия Фишера — Стьюдента. При обработке полученных результатов использовалась компьютерная технология Microsoft Excel.

В основу настоящего исследования положены материалы изучения психического состояния 166 больных с хронической нейросенсорной тугоухостью, осложненной психическими расстройствами (73 больных с невротической патологией, 66 больных с органическими психическими расстройствами и 27 — с расстройствами личности). Контрольная группа состояла из 53 больных нейросенсорной тугоухостью без признаков психической патологии.

Исследование проводилось с 2000 г. по 2004 г. на базе стационара ЛОР-отделения Украинского Государственного НИИ МСПИ. Клиническое и клинико-функциональное обследование ЛОР-органов проводилось врачами-отоларингологами научного отделения отоларингологии УкрГосНИИ МСПИ.

На момент обследования все больные имели диагноз хронической нейросенсорной тугоухости, подтвержденный аудиографическим обследованием.

В группе наблюдавшихся больных преобладали мужчины в соотношении 1,6 : 1 (102 мужчины и 64 женщины). Анализ уровня образования показал, что 77 обследованных (46,4 %) имели среднее образование, 49 чел. (29,5 %) — среднеспециальное, 40 чел. (24,1 %) — высшее образование. По мнению большинства обследованных больных, причиной отсутствия у них высшего образования были трудности с усвоением материала во время учебного процесса в связи с тугоухостью.

В браке состояло 118 чел. (71,1 %) обследованных, при этом мужчин, состоявших в браке, было достоверно больше, чем женщин ($p < 0,05$). По мнению большинства больных, не состоящих в браке, причиной этого факта была тугоухость, мешающая налаживанию взаимоотношений между полами. 69,5 % больных, не состоящих в браке, пессимистично оценивали свои шансы на образование семьи.

Средний возраст больных нейросенсорной тугоухостью, осложненной психическими расстройствами, к началу наблюдения составил $38,4 \pm 7,9$ (от 18 до 67 лет). Средний возраст больных ко времени формирования явных признаков тугоухости был $29,5 \pm 7,7$ года.

По результатам исследования, причиной развития хронической нейросенсорной тугоухости у 107 обследованных (64,5 %) являлся кохлеарный неврит вследствие инфекционных заболеваний и их последствий (детские инфекции, грипп, менингит, арахноидит), травмы внутреннего уха (черепно-мозговые травмы); у 35 чел. (21,1 %) — воспалительные заболевания среднего уха (адгезивный и хронический гнойный отит); у 17 больных (10,2 %) — отосклероз.

Среди других заболеваний, приведших к развитию хронической нейросенсорной тугоухости, следует отметить патологию беременности, производственные интоксикации свинцом, сахарный диабет, гипертоническую болезнь, производственные шумы, которые в настоящем исследовании отнесены в рубрику прочие причины (7 чел., 4,2 %) ввиду их немногочисленности.

У обстежених с нейросенсорної тугоухостю виявлені різні форми психічної патології. У 73 хворих (43,9 %) реєструвалися невротическі розлади в формі: неврастенії (F 48.0) — у 33 осіб (19,9 %), обсесивно-фобічного розладу (F 40.1) — у 12 осіб (7,2 %), розладу адаптації (F 43.21) — у 28 осіб (16,9 %). У 66 хворих (39,7 %) відзначалися органіческі розлади в формі органіческого тривожного розладу (F 06.4) у 27 осіб (16,3 %) і органіческого емоціонально лабільного розладу (F 06.6) у 39 хворих (23,5 %). У 27 (16,3 %) обстежених реєструвалися личнісні розлади в формі емоціонально неустійчивого розладу личности (F 60.3).

Слідовачельно, среди обстежених преобладали пацієнти с невротическими і органіческими психіческими розладами, личнісні розлади зустрічалися тільки у 16,3 % обстежених.

Изучение анамнеза показало, что ранее ни один из обследуемых не обращался за помощью ни к психиатру, ни к психотерапевту. Все пациенты лечились у оториноларингологов и принимали лечение, направленное на улучшение слухового восприятия. При этом 97 % обследуемых получало консервативное лечение (медикаментозную терапию, физиотерапию, санаторно-курортное лечение, иглорефлексотерапию), 51,2 % больных прошли сурдопедагогические занятия, 51,2 % использовали слуховые протезы, 4,8 % больным была проведена кохлеарная имплантация.

Нами обстежено 73 хворих с невротическими розладами, розвинувшимися на фоні нейросенсорної тугоухості. В цій групі у 33 (45,2 %) хворих реєструвалася неврастенія (F 48.0), у 28 (38,4 %) хворих — розлад адаптації (F 43.21), у 12 (16,4 %) обстежених — обсесивно-фобіческе розлад (F 40.1).

Аналізуючи особливості тугоухості в даній групі хворих, ми відзначили, що I (легка) ступінь тугоухості відзначалася у 28 (38,4 %) хворих, II (умерена) — у 30 (41,1 %) хворих, III (виражена) — у 10 (13,7 %) обстежених, IV (тяжеля) — у 5 (6,8 %) хворих. То єсть среди хворих с невротическими розладами преобладали больні с I і II ступеню нейросенсорної тугоухості с дльнелітністю слухових розладів до 3 років.

При обстеженні 33 хворих неврастенією устаовлено слідуєє.

Причиною розвитку неврастенії були психогенні фактори: утрата роботи 54,5 % (18 осіб), конфлікти в сім'ї 24,2 % (8 осіб) і на роботі 21,2 % (7 осіб). При цьому дефект слуха являвся специфіческою, «фоновою» психогенією, котра посилювала дієвості основної.

Клініческая картина неврастенії у цих хворих характеризувалася наявністю подразительності (100 %), швотрої утомляемості (93,9 %), розладу сна (90,9 %), вегетативних порушень (84,8 %), зниженого настроєня (63,6 %).

Раздражительність у больних проявлялась в гнєвлівості, підвищеної возбудимості, ворчливості, придирчивості, особливо в період, кода больні испытывали трудности в общении из-за своего дефекта слуха. Больні були невдоволені собою і другими, для них була характерна «беспокойная» діяльність і «неумение отдыхать». У часті обстежених являлись

раздражительності були кратковременними і часто сменялись слезами или извинениями.

Утомляемость проявлялась более или менее быстро возникающим чувством физической и умственной усталости, снижением работоспособности, неспособностью к длительному напряжению. В работе больные быстро истощались, у них падало качество выполняемой работы. Ухудшение качества работы вызывало у больных отчаяние и слезы.

На фоне сниженного слуха и в связи со снижением качества работы больные еще сильнее чувствовали себя неполноценными и старались «работать еще лучше». Подобное состояние приводило к еще большему психическому и физическому истощению.

Розлади сна у больних с нейросенсорної тугоухостю, ускладненої неврастенією, мали неоднорідний характер. У часті больних реєструвалися заважливості — чем сильнее усталость, тем труднее засыпание (45,5 %). У другій часті больних розладу сна проявлялись упорной и длительной бессонницей или сном без «чувства сна», кода больної считаєт, что он не спал (54,5 %). Реже відзначалася підвищеної сонливість днем, сочетаючяся с постійною фізическою і психическою усталістю і бессонницей ночью (33,3 %). У більшості больних сон характеризувался чутливістю, тривожністю, відсуттєвості «свежести» после сна (60,6 %). Порушення сна у обстежених всегда сочетались с колебаниями настроения, самочувствия и работоспособности.

Розлади сна у больних неврастенією були найбільш стійким симптомом. Восстановление сна у більшості обстежених являлось признаком выхода из астенического состояния.

Из вегетативных симптомов у обследуемых с неврастенією чаще відзначалися головні боли стягивающего характера при волнениях, усталости и стрессовых состояниях (57,5 %), лабільність пульса і артеріального тиску (51,5 %), тремор пальців рук (39,4 %), гіпергідроз (42,4 %).

Наряду с вышеописанными симптомами, у больних этой группы наблюдались колебания эмоционального состояния, частая смена настроения (от приподнятого до пессимистического), чередования тревоги, обиды, гнєвлівості, растерянности и т. д. У 63,6 % больних настроєня было сниженным.

Среди обстежених было 12 (7,2 %) больних с диагнозом обсесивно-фобіческі розлади, котрі проявлялись в формі соціальних фобій (F 40.1).

Обсесивно-фобіческі розлади формувались в результаті впливу специфіческих психогенів в формі перенесених вегетосудистих пароксизмов у 75,0 % (9 осіб) і переживаній по поводу болезни близких у 25,0 % (3 человека). Клініческими проявленіями обсесивно-фобіческих розладів у всіх больних нейросенсорної тугоухостю являлось состояние тревоги (91,6 %) і страху (100 %), обусловленное преимущественно ситуациями речевого общения (при встрече с противоположным полом, при публичном выступлении, при общении с администрацией и другими «важными» людьми т. д.). Состояние страха формировалось у большинства больних постепенно на фоне смущения по поводу ранее неудачных речевых коммуникаций с нарастающим чувством собственной неполноценности.

У 9 больних (75 %) отмечалось избегание подобных встреч и общений под любыми предлогами. Чем больше больные нейросенсорной тугоухостью избегали речевых общений, тем сильнее у них формировался страх перед последующими коммуникациями и больше расширялся круг людей, с которыми больные избегали общаться.

Постепенно к проявлениям страха при ожидании общения и в период самого общения присоединялись вегетативные расстройства, усиливающие чувство страха. Из вегетативных расстройств у обследуемых наблюдались тремор, гипергидроз (75,0 %), боли и неприятные ощущения в области сердца (66,6 %), затруднения дыхания (50,0 %), головокружение (41,6 %). У 4 больных (33,3 %) концентрация внимания на вегетативных расстройствах обуславливала вторичный страх потери сознания. При этом ни у одного больного из этой группы не выявлено выраженной панической атаки.

Расстройства адаптации регистрировались у 28 (16,9 %) обследованных и проявлялись в виде пролонгированной депрессивной реакции (F 43.21).

Важно отметить, что у 54,6 % больных (12 чел.) с расстройствами адаптации определялась I степень тугоухости, у 40,9 % больных (9 чел.) — II степень, у 4,5 % (1 больной) — III степень тугоухости. Из этой группы больных только 6 чел. (27,3 %) пользовались слуховыми аппаратами, ни один больной не был инвалидом.

Согласно результатам исследования расстройства адаптации в 75 % случаев встречаются у больных с нейросенсорной тугоухостью I—II степени, с длительностью слуховых нарушений от 1 до 3-х лет.

Депрессивные проявления в этой группе возникали у обследованных в ответ на острую психогению. У 18 (64,3 %) больных в качестве психогении выступало наличие дефекта слуха (установление диагноза, чувство неполноценности, связанное с тугоухостью, мысли о невозможности полноценно трудиться или устроит свою личную жизнь), а у 10 больных (35,7 %) — переживание разлуки или болезнь близких. Под действием этих факторов у пациентов возникало чувство неуверенности, они считали, что не справятся с жизненными задачами из-за плохого слуха, думали, что к ним относятся по-особому, одни — с жалостью, другие — с пренебрежением. На высоте подобных переживаний возникали мысли об обузе для семьи и сотрудников по работе, «никчемности», профессиональной непригодности и т. д. На этом фоне у больных формировались астено-депрессивные и депрессивные расстройства в рамках расстройств адаптации.

Расстройства адаптации у обследованных проявлялись сочетанием астенических (89,3 %) и депрессивных (100,0 %) расстройств.

Больные с этим вариантом психической патологии отмечали повышенную утомляемость (89,3 %), которую пытались преодолеть старательностью, усидчивостью и повышенной требовательностью к себе и окружающим. Подобная гиперкомпенсация, по типу замкнутого круга, усиливала утомляемость и углубляла астенические явления. Усиление астенических симптомов приводило к ухудшению слуха и новым проблемам в речевом общении.

Характерным для больных было снижение трудоспособности (96,4 %), ухудшение памяти (64,3 %) и внимания (67,9 %), что приводило к рассеянности на работе, увеличению числа ошибок, которые с еще большей

силой убеждали больного в его профессиональной некомпетентности и обузе для окружающих.

Указанные нарушения сопровождались возбудимостью, раздражительностью (89,3 %), несдержанностью (89,3 %), нетерпимостью (64,3 %), эмоциональной неустойчивостью (96,4 %). Эмоциональные реакции больных, как правило, были не адекватны раздражителю, при небольших проблемах на работе или в семье настроение резко снижалось, больные пессимистически относились к своему будущему, перспективам выздоровления.

Признаки астении у этих больных сопровождались сниженным настроением депрессивного уровня. Больные постоянно чувствовали себя усталыми, вялыми, потерявшими интерес к окружающему, отмечался пессимизм с тенденцией восприятия всех сторон жизни и деятельности в мрачном свете, замедленность течения мыслей. Мимика и жестикация отражали состояние некоторой подавленности и пессимистического отношения к жизни. Депрессивные переживания у больных носили ситуационный характер. Ни у одного из обследуемых не наблюдались суицидальные мысли.

Из вегетативных расстройств у большинства обследуемых отмечалась лабильность пульса (53,6 %) и артериального давления (67,9 %), спонтанная дермографическая реакция (42,8 %), гипергидроз (32,1 %), головные боли (53,6 %).

Большинство пациентов не идентифицировали свое состояние с проявлениями психической патологии, а связывали его с имеющимся дефектом слуха и его негативными последствиями в их социальной жизни. В отличие от больных с клинически выраженной пограничной психической патологией они отказывались от квалифицированной психиатрической помощи, так как считали, что проблема не в них самих, а в патологии слуха.

Нами обследовано 66 больных (39,8 %) с хронической нейросенсорной тугоухостью, *сопровождающейся органическими психическими расстройствами*. При этом органическое тревожное расстройство (F 06.4) отмечалось у 27 чел. (16,3 % от всей выборки), органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F 06.6) — у 39 чел. (23,5 %).

Следует отметить, что явно выраженной связи между степенью тугоухости и наличием и выраженностью органических психических расстройств нами не выявлено. Так, у 21,2 % больных (14 чел.) определялась I степень тугоухости, у 25,8 % больных (17 чел.) — II степень тугоухости, у 28,8 % (19 больных) — тугоухость III степени, у 24,2 % больных (16 чел.) — IV степень тугоухости. Из этих больных 46 чел. (69,7 %) пользовались слуховыми аппаратами, 25 чел. (37,9 % от выборки больных с органическими расстройствами психики) имели группу инвалидности по слуху.

Для больных с органическим тревожным расстройством (F 06.4) были характерны следующие психопатологические проявления.

У 19 обследуемых (70,4 %) тревога носила генерализованный и стойкий характер. У 8 обследуемых (29,6 %) органическая тревожность приняла эпизодический (панический) характер. Генерализованная тревога у большинства больных была немотивированной и бессодержательной. Часто больными отмечалось ожидание какого-либо несчастья, неприятности.

У 22 обследуемых (81,5 % от выборки больных F 06.4) тревожность усиливалась в ситуациях социально

значимого общения, при смене стереотипного течения жизни, при предъявлении новых требований к ним со стороны близких или руководства. Такие больные постоянно ощущали чувство неуверенности в себе, боялись не справиться на службе с поставленными задачами, считали, что к ним относятся либо с жалостью, либо с пренебрежением. Свою тревогу больные связывали с дефектом слуха.

Важно отметить, что в отличие от расстройств адаптации, протекающих с тревожным компонентом, у таких пациентов тревога не ослабевала после удачной коммуникации или удачно выполненного задания.

У 16 больных (59,3 % от выборки F 06.4) отмечалось избегание ситуаций общения из-за страха оказаться в нелепой ситуации «говорения невпопад» вследствие своей глухоты. Подобное поведение постепенно приводило к социальной дезадаптации, которая наряду с расстройством слуха являлась причиной инвалидизации больного.

В связи с доминированием чувства тревоги и страха у 19 больных (70,4 % от выборки F 06.4) отмечались трудности в сосредоточении внимания, повышенная возбудимость, аффективная неустойчивость, расстройство сна, снижение полового влечения.

У 9 больных (33,3 % от выборки F 06.4) отмечались ипохондрические переживания, связанные с сопутствующими вегетативными расстройствами: головокружением, тахикардией, тремором, удушьем, потливостью, тошнотой, онемением конечностей, болью или дискомфортом в груди. Ипохондрические переживания формировались только при сочетании выраженной тревоги и вегетативного приступа.

У 12 пациентов (44,4 % от выборки F 06.4) отмечалось постоянное мышечное напряжение в форме суетливости, невозможности расслабиться. Подобный физический дискомфорт мешал больным в работе и в общении.

У 8 обследуемых (29,6 % от выборки F 06.4) органическая тревожность носила эпизодический (панический) характер.

Первый приступ паники возникал как в помещениях, так и на открытых пространствах. Приступ развивался в течение 10 минут, в течение которых появлялся чрезвычайный страх, чувство надвигающейся катастрофы, затруднения в концентрации внимания, тахикардия, одышка, потливость и другие вегетативные расстройства. Приступы паники у этих больных длились от 15 до 30 мин. У 75 % этих больных (6 чел.) отмечались явления деперсонализации и дереализации. Для всех больных между приступами характерной была озабоченность своим состоянием и ожидание следующего приступа.

У 22 больных (81,5 % от выборки F 06.4) из-за выраженной тревоги, панических приступов, физического дискомфорта отмечались трудности в контактах, выражающиеся в нежелании заводить новые знакомства, ограничении, избегании и прекращении общения со старыми знакомыми и друзьями. При этом отмечалась парадоксальная закономерность: больные вначале с трудом устанавливали новые контакты, но после установления доверительных отношений общение становилось тесным.

У 39 больных с органическим эмоционально лабильным (астеническим) расстройством (F 06.6) ведущими клиническими проявлениями были эмоциональная лабильность (97,4 %), быстрая утомляемость

(92,3 %), слабость (84,6 %), непереносимость шума (74,3 %), жары (64,1 %).

Эмоциональная лабильность у большинства больных этой группы выражалась в несдержанности, нетерпеливости, придирчивости, реакциях недовольства и неудовлетворенности. Вспышки раздражения были кратковременными и заканчивались раскаянием, а порой и слезами. Отмечалась повышенная ранимость, обидчивость, нерешительность, неверие в свои силы и перспективы лечения тугоухости.

У 30 (76,9 %) больных в когнитивной сфере отмечались рассеянность, забывчивость, трудность сосредоточения внимания, затруднения при запоминании и усвоении нового материала, «вязкость», обnoxiousность, инертность, низкая продуктивность, сложные переключаемость, уровень мыслительной деятельности и объем восприятия.

У 32 (82,1 %) больных выявлены нарушения сна, проявляющиеся в трудности засыпания, частых пробуждениях, отсутствии удовлетворения после сна утром.

У 33 (84,6 %) больных с этой формой расстройств регистрировались соматовегетативные расстройства: лабильность артериального давления со склонностью к гипотонии, лабильность пульса, гипергидроз, сосудистая лабильность.

У всех больных этой группы отмечалась рассеянная неврологическая микросимптоматика резидуального характера в виде недостаточности конвергенции (56,4 %), частичного страбизма (43,6 %), сглаженности носогубной складки (69,2 %), девиации кончика языка (64,1 %), понижения или повышения сухожильных рефлексов (87,2 %), тремора век и пальцев рук (82,1 %), пошатывания в позе Ромберга (74,4 %).

У всех больных данной группы астеническое расстройство манифестировало на фоне резидуально-органической патологии головного мозга, при этом важным фактором рецидивирования этих расстройств была специфическая психогения, обусловленная дефектом слуха.

Среди обследованных больных нейросенсорной тугоухостью у 27 чел. (16,3 % от всей выборки) отмечались *расстройства личности*. У всех 27 обследованных диагностировано эмоционально неустойчивое расстройство личности (F 60.30).

У 3,7 % больных (1 чел.) с расстройством личности определялась I степень тугоухости, у 14,8 % больных (4 чел.) — II степень тугоухости, у 51,9 % (14 больных) — тугоухость III степени, у 29,6 % больных (8 чел.) — отмечалась IV степень тугоухости. Из этих больных 77,8 % (21 чел.) пользовались слуховыми аппаратами, 12 чел. (44,4 %) имели инвалидность в связи с дефектом слуха.

Следовательно, в 81,5 % случаев личностные расстройства формировались у больных нейросенсорной тугоухостью III—IV степени.

Следует дополнительно отметить, что расстройства личности формировались только после длительного (10 ± 5 лет) течения тугоухости.

У больных этой группы в большинстве случаев (23 чел., 85,2 %) признаки тугоухости впервые появились в детском возрасте, в результате либо первичных, либо вторичных тяжелых воспалений среднего уха.

Для больных с эмоционально неустойчивым расстройством личности были характерны выраженная тенденция к импульсивным действиям (100,0 %), порой без учета последствий, неустойчивое настроение (92,6 %), низкая способность прогнозировать

результати своїх дій і поступків (88,8 %), легко провокує гнів (96,2 %).

Больні тугухістю з подібним особистісним розладом постійно вступають у конфлікти зі своїм керівництвом, безосновательно вимагали підвищення зарплати, особливих умов праці, особливого до них ставлення. В разі відмови грубили, запугували зверненням до вищих інстанцій. При цьому більшість больних працювали без ентузіазму, без виробничих успіхів і зберігали робоче місце тільки завдяки покірливості керівництва до працівників-інвалідів.

Умови вести себе благорозумно і спроби колег заспокоїти больних, знайомих з ситуацією гніву, не приносили успіху, а тільки сприяли посиленню гніву і непередбачуваним поступкам.

Імпульсивність і гнівливі стани спостерігалися не тільки на роботі, але і в сім'ї. Неблизьким проступком з боку дітей або чоловіка (жінки) породжував цілий потік гніву, без наступного заспокоєння.

Таким чином, результати проведених досліджень показали, що пограничні психічні розлади у осіб з нейросенсорною тугухістю проявляються різними клінічними варіантами:

— клінічна картина невротичних у больних з нейросенсорною тугухістю характеризується наявністю подразливості (100 %), швидкої втоми (93,9 %), розладу сну (90,9 %), вегетативних порушень (84,8 %);

— обсессивно-фобічні розлади проявлялись у вигляді постійної тривоги (91,6 %) і страху (100 %), обумовлених переважно ситуаціями речевого спілкування (з керівництвом на роботі, протилежним полом, при публічному виступі);

— розлади адаптації проявлялись поєднанням астеничних (89,3 %) і депресивних (100 %) розладів;

— у больних з нестійким розладом особистості клінічна картина включає виражені тенденції до імпульсивних дій без урахування їх наслідків (100 %), нестійке настрій (92,6 %), низьку здатність прогнозувати результати своїх дій і поступків (88,8 %), легко провокує гнів (96,2 %);

— для больних з органічним тривожним розладом (F 06.4) характерно переважає в клінічній картині генералізована (70,4 %) і епізодична (29,6 %) тривога, посилюється в ситуаціях соціально значимого спілкування, супроводжується поведінкою уникання (59,3 %), м'язовим напруженням (44,4 %) і іпохондричними переживаннями (33,3 %);

— при емоційно лабільному розладі (F 06.6) ведучими клінічними проявами є емоційна лабільність (97,4 %), швидка втоми (92,3 %), слабкість (84,6 %), непереносимість шуму (74,3 %), жару (64,1 %) і когнітивні порушення (76,9 %) у вигляді розсіяності, забудови, труднощі зосередження уваги і засвоєння нового матеріалу.

Отримані результати необхідно враховувати в терапії і реабілітації цього контингенту больних.

Список літератури

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. — Ростов н/Д.: Феникс, 1997. — 576 с.
2. Бачериков Н. Е., Воронцов М. П., Петрюк П. Т. и др. Эмоциональный стресс в этиологии и патогенезе психических и психосоматических заболеваний. — Харьков: Основа, 1995. — 276 с.
3. Кліменко Д. І. Хронічні захворювання слухового і вестибулярного аналізаторів (Клініка, діагностика, відновне лікування, медико-соціальна експертиза, професійна реабілітація). ДДУ; Дніпропетровськ, 1997. — 140 с.
4. Марута Н. А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах. — Харьков: Арсис, 2000. — 160 с.
5. Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Сарвир И. Н. с соавт. Соматоформные расстройства как междисциплинарная проблема современной медицины // Матер. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы сексопатологии и медицинской психологии». — Харьков, 2002. — С. 163—173.
6. Надеина Н. А., Горустович Л. Н., Кухарук А. Д. и др. Методические подходы к оценке ограниченной жизнедеятельности и составлению программ медико-социальной реабилитации больных с последствиями заболеваний органа слуха: Метод. рекоменд. МЗ респ. Беларусь. — Минск: Б. и., 2000. — 41 с.
7. Рахманов В. М. Психосоциальная реабилитация больных функциональными и органическими расстройствами слуха: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18, 19.00.04, 14.00.04. — СПб., 1992. — 37 с.
8. Сердюк А. И. Соматопсихиатрические соотношения у больных с непсихотическими расстройствами психики // Международный медицинский журнал. — 1999. — № 2. — С. 36—39.

Надійшла до редакції 05.02.2007 р.

С. В. Рокутов

Клініко-психопатологічні особливості граничних психічних розладів у осіб з нейросенсорною приглухуватістю

*Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України
(Харків)*

Метою дослідження стало вивчення клініко-психопатологічних особливостей граничних психічних розладів у хворих на нейросенсорну приглухуватість. Встановлено, що основними формами граничних розладів у хворих на нейросенсорну приглухуватість є невротичні (43,9 %), органічні (39,7 %) розлади та розлади особистості (16,3 %). Невротичні розлади проявляються у формі невротичної F 48.0 (49,9 %), обсессивно-фобічного розладу F 40.1 (7,2 %) та розладів адаптації F 43.2 (16,9 %). Органічні розлади представлені тривожними F 06.4 (16,3 %) та емоційно лабільними (астеничними) F 06.6 (23,5 %) розладами. Особистісні розлади проявляються у формі емоційно лабільного розладу особистості F 60.3 (16,3 %). У роботі наведено клініко-психопатологічну структуру вказаних розладів.

S. V. Rokutov

Clinico-psychopathological peculiarities of the border psychic disorders in patients with neurosensory bradyacusia

*Institute Neurology, Psychiatry and Narcology
of the AMS of Ukraine (Kharkiv)*

The aim of the study was the clinico-psychopathologic peculiarities of the border psychic disorders in patients on neurosensory bradyacusia. It has been established that the main forms of border disorders in patients on neurosensory bradyacusia are: neurotics (43.9 %), organic disorders (39.7 %) and personal disorders (13.3 %). The neurotic disorders are in neurasthenia form F 48.0 (49.9 %), obsessive-phobic disorder F 40.1 (7.2 %) and adaptation disorders F 43.2 (16.9 %). The organic disorders are presented by anxious F 06.4 (16.3 %) and emotional lability (asthenic) F 06.6 (23.5 %) disorders. The personal disorders are in emotional lability form of disorder F 60.3 (16.3 %).

In the work was presented the clinico-psychopathological structure that pointed to these disorders.