

Світлична О. В.

E. V. Svitlychna

**Патопсихологічні порушення у хворих на епілепсію підлітків та їхня психокорекція***Харківська медична академія післядипломної освіти  
(Харків)*

У роботі наведені дані психодіагностичного вивчення психічного стану 68 підлітків 12—16 років з епілепсією за допомогою методики Векслера, тестів Люшера, «Дім, дерево, людина». Результати проведеного дослідження відображають вікову своєрідність проявів інтелектуального зниження легкого, помірного, вираженого рівнів, патопсихологічні особливості порушень у різних сферах психічної діяльності, що необхідно враховувати під час вибору обґрунтованої психокорекції хворих пубертатного віку.

**Psychodiagnosics violations at patients by epilepsy of adolescents and their psychocorrection***Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education  
(Kharkiv)*

This work are cited information of psychodiagnosics study of mental condition is in-process expounded 68 adolescents 12—16 with epilepsy by the method of Vexler, tests of Lusher, "House, tree, man". The results of the conducted research reflect age-dependent originality of displays of intellectual decline of boundary, moderate, expressed levels, pathopsychological features of violations in the different spheres of psychical activity that it is necessary to take into account at the choice of grounded psychocorrection of patients of pubertal age.

УДК 616.8956616.839-07:616.3

**О. В. Скринник**, мол. наук. співробітникДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України»  
(м. Харків)**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ  
У ХВОРИХ НА СОМАТОФОРМНУ ВЕГЕТАТИВНУ ДИСФУНКЦІЮ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ**

За сучасними епідеміологічними оцінками соматоформна вегетативна дисфункція органів травлення складає близько третини від загальної кількості соматоформних розладів [1]. Актуальність проблеми визначається не тільки її медичною, а й соціальною значимістю. Як правило, хворі на соматоформні розлади, звертаючись до лікаря, підлягають додатковим лікувально-діагностичним процедурам, вартість яких у поєднанні з неадекватною та малоефективною терапією досить велика. Таким чином, несвоєчасна діагностика цих захворювань може розглядатися як соціально-економічна проблема.

В основі даної патології лежать процеси соматизації, тобто переносу психічних феноменів у соматичну площину. На думку Б. Любана-Плоцци, це явище є невід'ємною часткою розвитку багатьох психічних розладів [2]. Найчастіше соматизуються депресія та тривога [3]. Вивчаючи роль соціально-психологічних та клінічних факторів у розвитку соматизованих порушень, С. Г. Сукіасян з співавторами виявив виражену тенденцію до підвищення рівня тривоги та зниження рівня агресивності [4]. Також велику роль відіграє неможливість особистості адекватно вербалізувати свій емоційний стан (алекситимія). У публікаціях одного з сучасних провідних спеціалістів з функціональних гастроентерологічних розладів D. Drossman велику увагу приділяється біопсихологічній моделі як основи для розуміння та лікування даних порушень. Також автором було зазначено, що особливості особистості, порушення настрою та інші риси відрізняють пацієнтів з функціональними розладами від здорових людей, але вони часто спостерігаються у хворих на інші психічні розлади [5].

Слід відмітити, що на сьогодні класифікаційна категорія соматоформних розладів має більш феноменологічні межі, ніж клініко-патогенетичні, та включає як прояви соматизації афективних порушень, невротичні конверсійні симптоми й рудиментарні дисморфобічні симптоми. Також залишаються мало вивченими механізми соматизації депресії і тривоги та структура афек-

тивної патології у хворих на соматоформну патологію шлунково-кишкового тракту.

Метою нашого дослідження є виявлення психопатологічних особливостей, що лежать в основі соматоформної вегетативної дисфункції органів травлення, визначення їхньої ролі у патогенезі даної патології. У зв'язку з цим були поставлені такі задачі: 1) вивчити синдромальну структуру та особливості розвитку психопатології соматоформних розладів органів травлення; 2) дослідити механізми формування синдрому у хворих, що страждають на вищезгадану патологію. Об'єктом дослідження була соматоформна вегетативна дисфункція органів травлення; предметом — клініко-психопатологічні особливості у хворих на дану патологію.

Дослідження проводилось в рамках науково-дослідних робіт «Розробити диференціально-діагностичні критерії перебігу біполярного афективного розладу та уніфікувати схеми лікування хворих» (шифр АМН. БА.6.06, номер держреєстрації 0103U001309) та «Науково обґрунтувати диференціально-діагностичні критерії депресивних розладів у хворих, що перебувають на лікуванні у загальносоматичних стаціонарах та розробити принципи їхньої терапії» (шифр ПР ЗН.1.03, номер держреєстрації 0106U002005), що виконувалася в Інституті неврології, психіатрії та наркології АМН України в 2003—2006 рр. за Міжгалузевою комплексною програмою «Здоров'я нації».

Дослідження проведено на 92 хворих з соматоформними розладами органів травлення (соматоформна вегетативна дисфункція верхнього та нижнього відділу шлунково-кишкового тракту — F 45.31 та F 45.32 за МКХ-10 відповідно). Серед них 82 пацієнти перебували на обстеженні та лікуванні у відділенні гастроентерології Інституту терапії АМН України та 10 хворих — у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії Інституту неврології, психіатрії та наркології АМН України у період з 2004 по 2006 роки. Всі пацієнти дали інформовану згоду на участь в дослідженні. В дослідження не включалися хворі на важку супутню соматичну, неврологічну

або психічну патологію. Особлива увага приділялася диференціальній діагностиці з атиповою соматизованою депресією. Як критерій вилучення були використані клінічні прояви захворювання. Клінічна картина соматоформної вегетативної дисфункції складається з чіткого залучення вегетативної нервової системи та додаткових суб'єктивних скарг хворого на розлади травлення, які провокуються емоційними стресами, їм не притаманна періодичність, як добова, так і сезонна. При соматизованій депресії, навпроти, симптоми не мають чіткої локалізації, характерна періодичність перебігу. Обстежені пацієнти належали до працездатного віку — від 18 до 57 років (середній вік  $37,5 \pm 19,5$  років), серед них було 48 жінок та 44 чоловіків (співвідношення 1,09 : 1). Середня тривалість спостереження у гастроентеролога —  $(5,5 \pm 2,5)$  років.

Основним методом дослідження був клініко-психопатологічний. Гастроентерологічна симптоматика оцінювалась за допомогою спеціальної шкали. Вона складалася з 13 пунктів, кожен з яких мав значення від 0 (симптом відсутній), 1 (слабкий), 2 (помірний) до 3 (значно виражений). Вивчення тривожної та депресивної симптоматики проводилося за допомогою шкали Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [6]. Для визначення рівня алекситимії була використана шкала Toronto Alexithymia Scale (TAS), а для суб'єктивної оцінки стану хворих — шкала візуальних аналогів.

Аналіз психопатологічної симптоматики у хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію органів травлення виявив ряд особливостей кількісної та якісної структури емоційних розладів. За анамнестичними даними захворювання шлунково-кишкового тракту маніфестувало практично у всіх хворих (97,83 % — 90 пацієнтів) після емоційно значимої для особистості гострої або хронічної психотравмуючої ситуації, яка часто мала нерозв'язний характер. Вона відзначалася поліморфністю, масивністю та залученням різних сфер діяльності пацієнта. Зона конфлікту у жінок поширювалася, як правило, на сферу внутрішньосімейних відносин (спостерігалась у 8 чоловіків та 26 жінок — 8,69 % та 28,26 % від загальної кількості пацієнтів відповідно), тоді як у чоловіків психотравмуюча ситуація найчастіше обмежувалася виробничими відносинами або сексуальними проблемами (спостерігалась у 33 чоловіків та 17 жінок — 35,87 % та 18,48 % від загальної кількості пацієнтів відповідно). У 15 (16,30 %) хворих мали місце дві або декілька невирішених ситуацій, а у 2,17 % (2 пацієнти) під час опитування жодної емоційно значущої події не вдалося виявити. Первинною реакцією на стрес у всіх хворих було зниження настрою, на фоні якого формувалась функціональна соматична патологія. В структурі синдромокомплексу в обстежених хворих можна було виділити п'ять різновидів: депресивно-іпохондричний (27,17 % — 25 пацієнтів), тривожно-депресивний (43,47 % — 40 пацієнтів), депресивно-фобічний (18,47 % — 17 пацієнтів), астено-депресивний (6,52 % — 6 пацієнтів), депресивно-тужливий (4,34 % — 4 пацієнти) варіанти.

*Депресивно-іпохондричний синдром* спостерігався у 25 (27,17 %) хворих. Він виникав частіше при тривалості захворювання 3 роки та більше. У 20 (85 %) пацієнтів даної групи мала місце психотравмуюча ситуація, яка на момент обстеження не могла бути вирішеною. В інших випадках реакція на стресову ситуацію була відстроченою від двох тижнів до півтора місяці. У клінічній картині домінували іпохондричні скарги, які формувалися

на депресивному тлі. Хворі вимагали проведення додаткових обстежень. В разі незадоволення результатами останніх, пацієнти настоювали на їхньому повторенні в інших клініках. Вони часто змінювали лікаря-куратора через невдоволення «його обмеженими знаннями та низьким професійним рівнем», особливо в разі, якщо їхнім скаргам не було знайдено фізичного ґрунту. При призначенні ліків, що нормалізують функцію органів травлення, позитивний ефект був, як правило, тимчасовим та обмежувався кількома днями або тижнями.

У 40 (43,47 %) обстежених ми спостерігали *тривовжно-депресивний синдром*, який виявився найбільш характерним для хворих з невеликим анамнезом захворювання. Психотравмуюча ситуація, яка була ґрунтом для розвитку хвороби, мала гострий характер. Перебіг захворювання був хвилеподібний. Загострення гастроентерологічної симптоматики супроводжувалося значними вегетативними проявами, такими як підвищення швидкості евакуації їжі по травному каналу, серцебиття та інше. Тривога виникала спонтанно, на короткий час, була пов'язана з будь-яким стресом (виступ на людях, необхідність йти до лікаря і таке інше). При подальшому розвитку хвороби навіть необхідність прийняття конкретного рішення або виконання повсякденних, але неприємних обов'язків, могли спровокувати виникнення короткочасної тривоги та загострення гастроентерологічної симптоматики. Застосування звичайних лікарських засобів, що нормалізують діяльність органів травлення, хоча і мало деякий позитивний вплив на основні соматичні скарги хворого, але ніяк не впливало на тривогу, яка потребувала додаткового призначення анксиолітиків.

У 17 (18,47 %) пацієнтів депресивний *синдром мав фобічний компонент*. Захворювання починалося поступово, явної залежності виникнення розладу з конкретною нещодавною психотравмуючою ситуацією знайти було дуже важко. У випадках, коли це можливо було зробити, психотравма нерідко мала ятрогенний характер. Клінічна картина захворювання приймала вигляд нозофобії (частіше канцерофобії) або страху перед функціональними порушеннями травлення (аероназофобія, еметофобія тощо). Інтереси хворих обмежувалися пошуками можливих причин їхнього недугу. Ці пацієнти також постійно потребували все нових й нових медичних обстежень, однак не вірили в їхні результати. Ефективність препаратів, що нормалізують функцію органів травлення, була сумнівною. Через розчарування у традиційній медицині хворі нерідко зверталися до «екстрасенсів або бабок», починали застосовувати різні методики «народної медицини», які час від часу давали тимчасовий позитивний результат.

*Астено-депресивна симптоматика* спостерігалася лише у 6 пацієнтів (6,52 % обстежених хворих). Причиною появи такого синдрому були не тільки затяжні психотравмуючі ситуації, а й виснажлива праця без відпустки, тривалі фізичні перевантаження, тощо. У клінічній картині переважали явища астенії і депресії, серед симптомів якої домінували соматовегетативні і вітальні прояви. Захворювання могло починатися з надмірної збудливості та дратівливості, поряд з цим знижалася працездатність. Хворим була притаманна інтерорецептивна гіперестезія — вони щільно прислухалися до своїх будь-яких відчуттів, що йшли з внутрішніх органів, і якщо вони мали незвичний характер, то визнавалися за хворобливий симптом. Пацієнти були подавлені через свої думки про соматичну недугу. Їхня

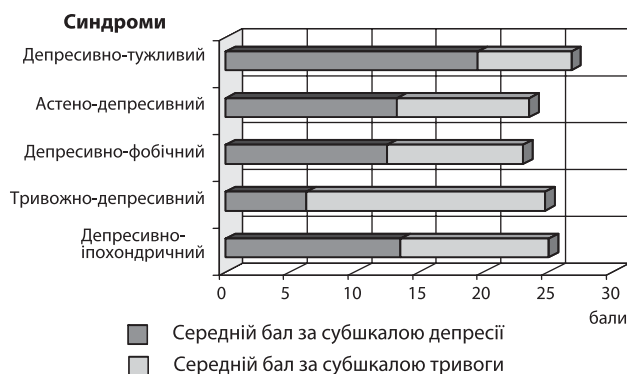
афективна сфера відзначалася емоційною гіперестезією та емоційною лабільністю. Дратівливість нерідко змінювалась емоційним безсиллям. Такі полярні емоційні стани проявлялися навіть через дрібні приводи, що вказувало на формування емоційної сенситивності. Всі симптоми за звичай зникали після адекватного відпочинку. Препарати для нормалізації функції травного тракту призначалися короткими курсами, ефективним було додавання адаптогенів.

У 4 пацієнтів (4,34 %) був діагностований *депресивно-тужливий варіант* афективних порушень. Початок захворювання не завжди можна було пов'язати з психотравмою. Пацієнти скаржилися найчастіше на зниження настрою, пригніченість, відсутність сил або енергії, зниження апетиту, запори. Цих хворих відрізняло песимістичне відношення до лікування, до майбутнього. Будь-які настанови на боротьбу з хворобою, прагнення змінити ситуацію у них були відсутні або мали формальний характер. Знижений фон настрою, емоційні переживання мали монотонний характер. Чергові психотравмуючі ситуації або позитивні події викликали у хворих лише незначний відгук. Ця група хворих, незважаючи на низьку ефективність звичайних гастроентерологічних препаратів, не проявляла особливої активності у пошуках нових шляхів лікування, за звичай, це робили їхні родичі.

Усі хворі були обстежені за допомогою шкали HADS. Середній бал за шкалою тривоги складав  $(17,5 \pm 0,5)$  бала ( $p < 0,05$ ), а за шкалою депресії —  $(14,5 \pm 0,5)$  бала ( $p < 0,05$ ). Важкість стану, за даними візуальної аналогової шкали, хворі оцінювали як  $(7,5 \pm 0,5)$  бала ( $p < 0,05$ ). На діаграмі та в таблиці 1 наведений розподіл показників за шкалою HADS.

У хворих з депресивно-тужливим синдромом спостерігалися найбільші показники за субшкалою депресії  $(19,50 \pm 0,50)$  та найменші — за субшкалою тривоги  $(7,25 \pm 2,25)$ . При тривожно-депресивному синдромі показники були протилежними: за субшкалою депресії —  $6,25 \pm 2,25$  та за субшкалою тривоги  $18,50 \pm 0,50$ . При депресивно-іпохондричному синдромі з незначною перевагою на перше місце вийшла депресивна симптоматика:  $13,50 \pm 0,50$  проти  $11,50 \pm 2,50$  за шкалою тривоги. Розподіл показників депресії та тривоги при астено-депресивному та депресивно-фобічному варіантах був схожий, з незначною перевагою депресивної симптоматики.

Ретельний аналіз соматичного стану хворих засвідчував, що кількість скарг, їхня інтенсивність, оцінка свого стану пацієнтом не відповідали важкості



**Розподіл показників за субшкалами HADS у хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію органів травлення**

соматичної патології, що визначалася гастроентерологом під час лікування у стаціонарі. Пацієнти завжди перебільшували свої скарги, змальовували себе як невеличково хворих та непрацездатних. Особливо це спостереження стосувалося диспепсичних явищ (нудота, важкість у шлунку, відрижка та інше). Щодо скарг, які стосувалися психічної сфери хворих, то більшість пацієнтів при першій бесіді з лікарем не виказувала їх зовсім. Але вже через декілька візитів саме вони виходили на перший план. Соматична симптоматика, навпроти, значно менше їх турбувала.

Всім хворим до початку лікування було запропоновано визначити важкість свого стану за десятибальною шкалою візуальних аналогів. Найгіршим своє самопочуття визнали пацієнти з депресивно-фобічним синдромом —  $9,5 \pm 0,5$  бала, друге місце зайняли хворі з депресивно-іпохондричним синдромом —  $8,5 \pm 1,0$  балів. Показники в інших групах були нижчими та між собою значно не відрізнялися (див. табл. 1).

Усі хворі були обстежені за допомогою Торонтської алекситимічної шкали (TAS). Середній бал за шкалою складав  $70,98 \pm 3,49$  бала ( $p < 0,01$ ). Найвищий рівень алекситимії був зареєстрований у групах пацієнтів з депресивно-іпохондричним та депресивно-тужливим синдромами —  $74,45 \pm 1,58$  та  $73,51 \pm 1,53$  відповідно, найнижчий — у хворих з тривожно-депресивною симптоматикою ( $66,25 \pm 2,25$ ) (див. табл. 1). Отримані дані свідчать, що алекситимія грає значну роль в патогенезі функціональної патології органів травлення.

Таблиця 1

**Розподіл показників за клінічними шкалами у хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію органів травлення ( $p < 0,05$ )**

| Назва синдрому                   | Середній бал ( $M \pm m$ ) |                           |                               |                  |
|----------------------------------|----------------------------|---------------------------|-------------------------------|------------------|
|                                  | за субшкалою депресії HADS | за субшкалою тривоги HADS | за шкалою візуальних аналогів | за шкалою TAS    |
| Депресивно-іпохондричний синдром | $13,50 \pm 0,50$           | $11,50 \pm 2,50$          | $8,5 \pm 1,0$                 | $74,45 \pm 1,58$ |
| Тривожно-депресивний синдром     | $6,25 \pm 2,25$            | $18,50 \pm 0,50$          | $7,0 \pm 0,5$                 | $66,25 \pm 2,25$ |
| Депресивно-фобічний синдром      | $12,50 \pm 1,50$           | $10,50 \pm 1,50$          | $9,5 \pm 0,5$                 | $69,43 \pm 1,52$ |
| Астено-депресивний синдром       | $13,25 \pm 3,25$           | $10,25 \pm 2,25$          | $6,5 \pm 1,0$                 | $70,27 \pm 3,26$ |
| Депресивно-тужливий синдром      | $19,50 \pm 0,50$           | $7,25 \pm 2,25$           | $6,5 \pm 0,5$                 | $73,51 \pm 1,53$ |

За результатами кореляційного аналізу залежності між гастроентерологічною симптоматикою та показниками за клінічними шкалами у хворих на соматоформну патологію органів травлення (табл. 2) був знайдений сильний негативний зв'язок показників депресії за шкалою HADS з болем у епігастрії, нудотою, проносом ( $r_s = -0,82$ ), а також помірний позитивний зв'язок з запорами, метеоризмом ( $r_s = +0,67$  та  $r_s = +0,51$  відповідно). Показники тривоги за шкалою HADS мали помірний позитивний зв'язок з усіма симптомами, що входять до складу синдрому шлункової диспепсії ( $r_s$  від  $+0,49$  до  $+0,73$ ), й важкість проносу та абдомінального болю ( $r_s = +0,61$  та  $r_s = +0,73$  відповідно). Показники за шкалою

візуальних аналогів мали значну позитивну кореляцію з болем у епігастрії ( $r_s = +0,81$ ), помірну кореляцію з регургітацією, відрижкою, абдомінальним болем, невідкладною необхідністю у дефекації та почуттям неповної евакуації калових мас ( $r_s$  від  $+0,69$  до  $+0,54$ ), слабкий позитивний зв'язок з почуттям стискування у епігастрії, печією, відрижкою, урчанням у животі, метеоризмом ( $r_s$  від  $+0,46$  до  $+0,21$ ) і слабкий негативний зв'язок із запорами ( $r_s = -0,23$ ). Показники алекситимії за TAS мали помірну позитивну кореляцію з абдомінальним болем ( $r_s = +0,56$ ), незначну позитивну кореляцію з регургітацією, урчанням у животі, метеоризмом, запором ( $r_s$  від  $+0,45$  до  $+0,21$ ).

Таблиця 2

**Значення коефіцієнтів кореляції ( $r_s$ ) між важкістю гастроентерологічної симптоматики та даними, отриманими за допомогою клінічних шкал ( $p < 0,05$ )**

| Гастроентерологічний синдром           | Гастроентерологічний симптом         | HADS, шкала депресії, бали | HADS, шкала тривоги, бали | Шкала візуальних аналогів, бали | TAS, бали |
|--|--------------------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------------|-----------|
| Синдром шлункової диспепсії            | Біль у епігастрії                    | -0,82                      | +0,67                     | +0,81                           | +0,45     |
|  | Почуття стискування у епігастрії     | -0,39                      | +0,51                     | +0,46                           | +0,03*    |
|  | Регургітація                         | -0,27                      | +0,73                     | +0,69                           | +0,13*    |
|  | Печія                                | -0,33                      | +0,49                     | +0,43                           | +0,24     |
|  | Нудота                               | -0,82                      | +0,67                     | +0,61                           | +0,09*    |
| Синдром кишкової диспепсії             | Відрижка                             | +0,09 *                    | +0,46                     | +0,32                           | -0,15*    |
|  | Урчання у животі                     | +0,31                      | +0,32                     | +0,21                           | +0,22     |
|  | Абдомінальний біль та дискомфорт     | -0,27                      | +0,73                     | +0,67                           | +0,56     |
|  | Метеоризм                            | +0,51                      | -0,33                     | +0,21                           | +0,21     |
|  | Пронос                               | -0,82                      | +0,61                     | -0,07*                          | +0,33     |
|  | Запор                                | +0,67                      | -0,43                     | -0,23                           | +0,25     |
|  | Невідкладна необхідність у дефекації | +0,33                      | -0,22                     | +0,54                           | -0,05*    |
| Почуття неповної евакуації калових мас | +0,24                                | +0,25                      | +0,67                     | +0,04*                          |           |

Примітка: \* —  $p > 0,05$

На основі отриманих даних можна дійти таких висновків:

1. Основною патогенетичною ланкою розвитку соматоформної патології органів травлення є емоційні розлади.

2. Афективна патологія при соматоформній вегетативній дисфункції органів травлення проявлялася тривожно-депресивною, депресивно-іпохондричною, депресивно-фобічною, астено-депресивною та депресивно-тужливою симптоматикою.

3. Отримані дані свідчать про клінічну гетерогенність психопатологічної симптоматики при соматоформній патології органів травлення. Це підтверджує значущість афективної патології у процесах формування та подальшого розвитку соматоформних розладів шлунково-кишкового тракту.

4. Дані кореляційного аналізу, проведеного між важкістю гастроентерологічної симптоматики та показниками клінічних шкал, виявили тісний зв'язок між рівнем тривоги та синдромом шлункової диспепсії та абдомінальним болем й дискомфортом, помірний зв'язок рівня депресії з метеоризмом та запорами. Важкість стану за шкалою візуальних аналогів була помірно пов'язана з больовими синдромами, відрижкою та порушеннями дефекації.

Таким чином, під час дослідження була виявлена структура психопатологічних особливостей, що лежать

в основі соматоформної вегетативної дисфункції органів травлення, визначення їхньої ролі у патогенезі даної патології. Подальше вивчення даної проблеми треба проводити шляхом глибокого аналізу зв'язку психопатологічних синдромів із соматичними проявами, перебігом та прогнозом захворювання.

### Список літератури

1. Михайлов Б. В., Сарвір И. Н., Баженов О. С. та співавт. Соматоформні розлади — сучасна загальномедична проблема // Український медичний часопис. — 2003, № 3 (35). — С. 73—77.
2. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., Педерак-Хофман К. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. — СПб., 2000. — 287 с.
3. Марута Н. А., Явдак И. А., Тереньковский Д. И. Депрессивные расстройства в структуре невротических расстройств // Український вісник психоневрології — Т. 12, вип. 3 (40). — 2004. — С 81—83
4. Сукиасян С. Г., Манасян Н. Г. Агрессивность и патология человека: соматизированные психические нарушения // 11-й Всемирный Конгресс по психиатрии. — Гамбург, 1999. — С. 235.
5. Drossman D., Creed F., Olden K., Svedlund J., Toner B., Whitehead W. Psychological Aspects of the Functional Gastrointestinal Disorders // Gut, 1999; 45. — P. 25—30.
6. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей. — Харьков: Торнадо, 2003. — 352 с.

Надійшла до редакції 27.08.2007 р.



О. В. Скрынник

O. V. Skrynnyk

**Клинико-психопатологические особенности у больных с соматоформной вегетативной дисфункцией органов пищеварения**

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины» (г. Харьков)

В статье приведены данные анализа структуры психопатологии у пациентов с соматоформной патологией органов пищеварения. Исследование проводилось на 92 больных с данной патологией. Было описано пять основных психопатологических синдромов: депрессивно-ипохондрический, тревожно-депрессивный, депрессивно-фобический и депрессивно-тоскливый. Также проведен анализ вышеперечисленных синдромов с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии, Торонтской алекситимической шкалы и шкалы визуальных аналогов.

**Clinical-psycho-pathological peculiarities in patients with somatoform gastrointestinal disorders**

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

The structural analysis of psychopathology in patients with somatoform gastrointestinal disorders is presenting in this article. The study was making on the 92 patients with given pathology. Five basic psychopathological syndromes were describing depressive-hypochondriac, anxiety-depressive, depressive-phobic and depressive-melancholy. The analysis of these syndromes with a help of Hospital Anxiety and Depression Scale, Toronto Alexithymia Scale and Visual Analogs Scale was doing.

УДК 616.89-008.485:616.89-008.444.9]-058

**І. Д. Спіріна**, проф., д-р мед. наук, зав. каф. психіатрії, загальної та медичної психології ДДМА, **А. М. Дячук** асистент каф. психіатрії, загальної та медичної психології ДДМА  
Дніпропетровська державна медична академія (м. Дніпропетровськ)

**СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОСІБ З РОЗЛАДАМИ ОСОБИСТОСТІ, ЯКІ РЕАЛІЗУВАЛИ НАСИЛЬНИЦЬКІ ДІЇ**

Велика поширеність розладів особистості (РО), яка складає від 3 до 135 випадків на 1000 населення, визначає їхню важливість для загальної психіатрії [6]. На думку Ю. А. Александровського [1] від 5 до 10 % населення виявляє ознаки РО, за даними, наведеними Brink J. [8], РО складають 10—13 % від загальної популяції. В судово-психіатричній практиці РО відіграють одну з провідних ролей: за даними М. М. Мальцевої та В. П. Котова [5] доля осіб з РО складає близько 28,6 % злочинів проти власності, 42,3 % хуліганських дій, 4,4 % злочинів проти особистості та 26,6 % у загальній кількості злочинів, що здійснені особами з психічними розладами; І. В. Горшков та В. В. Горинов [3] вказують, що для осіб з РО характерні злочини, пов'язані з насильницькими діями, потерпілими часто є родичі та близькі знайомі.

На долю РО припадає значна частина тяжких насильницьких злочинів, які обумовлені нездатністю особистості засвоїти відповідну соціальній нормі поведінку, що врешті може привести до злочинної поведінки [78]. У дослідженні Кадомцева Г. М. [4] вивчалась частота суспільно небезпечних діянь у м. Севастополь за період 1998—2002 рр., хворі з РО склали близько 30 %, займаючи за представленістю друге місце.

Гіпотези соціального походження психопатичної агресії залишаються актуальними до сьогоднішнього дня та продовжують розвиватись. У сучасних соціально-психологічних роботах, які оцінюють широкий спектр соціальних факторів [28], фактори мікросоціального оточення оцінюються багатьма дослідниками як провідні в формуванні агресивної поведінки при РО.

Разом із тим на сьогоднішній день залишається остаточно нез'ясованим питання щодо взаємозв'язків соціально-демографічних чинників та механізмів формування і проявів агресивної поведінки при РО. Вирішення цього питання може стати основою для комплексного підходу під час розробки заходів медичного та соціального характеру, які спрямовані на профілактику агресивної поведінки цього контингенту хворих.

Метою даного дослідження було з'ясування ролі соціальних факторів у розвитку і реалізації кримінальної агресивної поведінки в осіб з РО.

Як основний був застосований соціально-демографічний метод дослідження. Збір даних включав інформацію про вік досліджуваного, рівень освіти, характер праці, сімейний стан. Відомості, отримані від пацієнта, об'єктивізувалися інформацією з медичної документації, медичного персоналу, характеристиками з місць позбавлення волі.

Було обстежено 118 чоловіків з РО, в тому числі 97 осіб, що скоїли злочини проти життя та здоров'я людини, визнані судово-психіатричною експертною комісією осудними і були засуджені, вік засуджених на момент дослідження був від 20 до 46 років і у середньому ( $M \pm m$ ) становив  $34,2 \pm 1,7$  років, на момент скоєння злочину —  $29,9 \pm 1,6$  років (I група) та 21 чоловік, які не мали кримінальних правопорушень, середній вік становив  $31,6 \pm 1,4$  років (II група). Контрольну групу склав 21 психічно здоровий чоловік, середній вік яких становив  $28,0 \pm 1,2$  років. За віковою ознакою групи спостереження достовірно не розрізнялись ( $p > 0,05$ ).

Освітній рівень пацієнтів із РО, незалежно від реалізації агресивної поведінки, мав суттєві відмінності ( $p < 0,01$ ) у порівнянні зі здоровими чоловіками. Звертає увагу переважання серед хворих з РО осіб з середньою освітою, в тому числі неповною (76,3 % в I групі і 66,6 % в II групі), і значна кількість осіб з вищою і середньо-спеціальною освітою в контрольній групі (81,0 %). Водночас, не виявлено достовірних відмінностей у розподілі досліджуваних I і II груп за освітнім рівнем ( $p > 0,05$ ).

Кожен п'ятий хворий з РО не працював (20,6 % і 23,8 % в I і II групі відповідно), в той час як усі чоловіки контрольної групи працювали або вчилися ( $p < 0,05$ ). Суттєві відмінності відзначені в характері виконуваної роботи (табл. 1). Переважна частина здорових осіб (85,7 %) займалася розумовою або кваліфікованою фізичною працею на відміну від досліджуваних I і II групи, де майже половина (49,5 % і 47,6 % відповідно) виконували роботу з низькою кваліфікацією ( $p < 0,05$ ).

Незважаючи на те, що кореляції між рівнем освіти і трудовою зайнятістю в групах хворих з РО не встановлено, серед безробітних пацієнтів абсолютну більшість склали особи з неповною середньою (60,0 % і 20,0 % відповідно I та II групи) і середньою освітою (35,0 % і 60,0 %).