

екологічного неблагополуччя // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — Томск, 2000. — № 2. — С. 86–87.

6. Levi L., Levi I. Guidance on work-related stress // В сб.: Психосоциальная реабилитация и качество жизни. — СПб., 2001. — С. 259–269.

7. Tuck I., Wallace D. Chronic fatigue syndrome: a women's dilemma // Health Women Int.. — 2000. Jul. — Aug. 21 (5). — P. 457–466.

Надійшла до редакції 10.09.2005 р.

І. Є. Купріянова., Л. А. Агаркова, Г. Б. Дікке**

Скринінгове дослідження психічного здоров'я серед жінок з гінекологічними проблемами

ГУ НДІ психічного здоров'я ТНЦ СО РАМН
* ГУ акушерства, гінекології, перинатології
(Томськ, Росія)

Робота присвячена вивченню стану психічного здоров'я у жінок, які страждають на гінекологічну патологію. У дослідженні брали участь 185 жінок з різними гінекологічними захворюваннями. Провідне місце серед виявленої нерво-психічної патології займали порушення невротичного реєстру (48,6 %), невротоподібні та психопатоподібні розлади органічного ґенезу склали 25,9 %, тривожно-фобічні — 17,8 %. Порушення зрілої особистості зафіксовані у 7,7 % обстежених. Було проведено дослідження показника якості життя за Гундаровим І. А. та рівень тривоги за шкалою Гамільтона. На базі отриманих даних була розроблена диференційована програма терапії з урахуванням рівня психічного здоров'я, віку, умов праці.

I. Ye. Kupriyanova, L. A. Agarkova, G. B. Dikke**

A screening investigation of mental health in women with gynaecological problems

Tomsk
(Russia)

This work is devoted to investigation of mental health state in women with gynaecological pathology. 185 women with various gynaecological diseases participated in the investigation. The leading place in the determined neuropsychic pathology belonged to impairments of neurotic register (48.6 %), neuroses-like and psychoses-like disorders of organic genesis (25.9 %), anxiety-phobic ones (17.8 %). Impairments of a mature personality were noted in 7.7 % of patients examined. It was carried out an investigation of Quality of Life Index (according to I. A. Gundarov) and anxiety levels with Hamilton's Scale. On the base of data obtained a differentiated therapeutic program, taking into account a mental health level, age, labor conditions, was worked out.

УДК 616.85: 616.89–008.441.

*В. С. Первый, канд. мед. наук, зам. директора по научной работе
ООО НИЦ «Клиника Медикор» (Днепропетровск)*

РИТУАЛЬНЫЕ ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ НЕВРОТИЧЕСКИМИ ФОБИЯМИ

Проблема фобий является одной из центральных в современной пограничной психиатрии [2, 10, 12]. В последние десятилетия фобический синдром занимает одно из основных мест в изучении клиники, этиопатогенеза, профилактики и терапии психических заболеваний. Это обусловлено рядом причин: высокой частотой распространенности тревожно-фобической симптоматики среди населения; ее тенденцией к хронификации и затяжному течению; высоким уровнем коморбидности с другими психическими расстройствами; патоморфозом пограничной психической патологии; возникновением новых типов навязчивых страхов; существенным влиянием фобических проявлений на качество жизни больных [1, 3, 6, 8].

Авторы, изучавшие фобические расстройства с длительным течением, выделяют различные варианты динамики этих состояний: острый, затяжной и рецидивирующий [4, 9, 11]. При этом подчеркивается тенденция к расширению фабулы страхов, стойкая ипохондрическая фиксация на телесных ощущениях, присоединение обсессивно-компульсивных, депрессивных, истероконверсионных нарушений. Однако общие клинические закономерности развития таких фобий, важные для совершенствования терапии и установления заболевания, изучены еще недостаточно.

Термин «фобия» происходит от греческого слова «phobos», что означает патологический страх, объектом которого могут быть различные предметы или ситуации (события). Навязчивые страхи стали предметом изучения начиная со времен Гиппократа, но сам термин «фобия» был введен в научный оборот только в XIX веке.

Причины, лежащие в основе фобий (этиология), до сих пор менее изучены, чем процесс развития тревожно-фобических расстройств в клинически значимое состояние, нуждающееся в лечении (патогенез). Современные подходы к объяснению тревожно-фобических расстройств представляют собой, как правило, патогенетические модели. Они являются многофакторными и исходят не только из комплексного взаимодействия различных интернальных и экстернальных факторов, но и подчеркивают еще и следующие два принципиальных положения: а) не только патогенетические переменные воздействуют на индивида, но и индивид воздействует на эти переменные; б) патогенетические переменные следует рассматривать не как константы, а как изменяющиеся в динамическом процессе переменные.

Актуальность настоящего исследования обусловлена: неуклонно возрастающим количеством клинических случаев невротических фобий; недостаточностью сведений об их этиопатогенезе; разрозненностью и противоречивостью результатов лабораторных исследований фобической симптоматики в структуре соматоформных расстройств; отсутствием данных о взаимоотношениях клинко-психопатологических проявлений (в частности, ритуальных форм поведения) и особенностей протекания биохимических процессов у больных с фобическим синдромом невротического регистра.

Цель исследования: комплексное изучение психопатологических и биохимических взаимоотношений у лиц с невротической фобической симптоматикой и выявление особенностей механизмов ритуального поведения.

Были обследованы 448 мужчин в возрасте от 17 до 65 лет, которые были разделены на 5 групп в соответствии с верифицированным диагнозом. В состав 1-й группы вошли 94 человека с диагнозом «Агорафобия с паническим расстройством» (код по МКБ-10 — F 40.01). Ко 2-й группе были отнесены 38 пациентов с превалирующим в клинической картине навязчивым страхом сумасшествия (код по МКБ-10 — F 45.30). Больные специфическими фобиями (код по МКБ-10 — F 40.2) вошли в состав 3-й группы (253 человека). Основной контингент 4-й группы составляли больные с диагнозом «кардиальный невроз» (код по МКБ-10 — F 45.30). Контрольную, 5-ю группу (195 человек) составили лица, не обнаруживавшие признаков психических и соматических расстройств.

Верификация диагноза проводилась по критериям МКБ-10 в период амбулаторного или стационарного обследования на основании детального анализа жалоб, имеющих психопатологические проявления, преморбидных особенностей личности, данных анамнеза заболевания с учетом наличия и степени выраженности психоэмоционального перенапряжения (в констелляции с личностными особенностями пациента); результатов психологического тестирования (опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R), личностная шкала проявлений тревоги Дж. Тейлор, шкала самооценки Спилберга — Ханина); результатов полустандартизованного интервью; клинико-лабораторных методов исследования, которые позволили дополнительно подтвердить нозологическую принадлежность имеющегося расстройства или исключить психопатологические нарушения в рамках иных форм патологии.

Из лабораторных методов исследования были использованы: 1) иммуноферментный — для определения содержания тиреотропного гормона (ТТГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), пролактина (Прл), адренкортикотропного гормона (АКТГ), вазопрессина (ВП), мелатонина, инсулина, тестостерона, кортизола, альдостерона, адреналина, норадреналина, дофамина, серотонина, гистамина, Р-эндорфина и ангиотензина II; 2) биохимический — для определения концентраций глюкозы, холестерина, молочной кислоты (лактата), калия, натрия, кальция, ТБК-активных веществ (малонового диальдегида), супероксиддисмутазы (СОД), каталазы и перекисной резистентности эритроцитарных мембран (ПРЭМ).

Перечисленные исследования проводились с использованием фотометра BTS-330 фирмы «BioSystems» (Испания) с использованием наборов фирм: «Ольвекс Диагностикум» (Россия), «Алкор-Био» (Россия), «IBL» (Германия), «DRG» (Германия), «PLIVA-Lachema a.s.» (Чехия), «RANDOX» (Великобритания), «DAI» (США), «DSL» (США) и «BioSystems» (Испания). Биологическим материалом для лабораторных исследований служила сыворотка/плазма крови, забор которой осуществлялся в течение первых суток после поступления пациентов в стационар с целью исключения возможности изменения метаболизма указанных аналитов под воздействием психотропных препаратов.

Во всех случаях наблюдений отмечались характерные черты невротических фобий: они представ-

ляли собой навязчивые переживания страха с четкой фабулой при наличии достаточной критики; навязчивые страхи быстро обострялись в определенных ситуациях. Другой особенностью этих состояний является их яркий, образный, чувственный характер. Обычно они переносятся больными чрезвычайно мучительно из-за двойственного отношения к ним — продолжающегося переживания страха на фоне понимания его необоснованности, что совпадает с данными ранее проводимых исследований [4, 8].

Следует особо подчеркнуть, что клиническому анализу обычно подвергаются субъективные ощущения больного и значительно реже — результаты объективных изменений вегетативных сдвигов. Объясняется это, с одной стороны, невозможностью предугадать время развития приступа в связи с тем, что панические атаки почти с равной частотой возникают днем, вечером и ночью и длятся в типичном случае не более 10–20 минут [5], а с другой стороны — малой информативностью и противоречивостью получаемых в момент пароксизма данных [4, 7].

Факторы, значимые для этиологии и патогенеза фобического расстройства, могут находиться на разных уровнях — нейропсихологическом, нейробиохимическом, генетическом и нейроэндокринологическом. Факторы, значимые для различных видов фобий, отдельно не выделяются, поскольку они рассматриваются в биологических концепциях как побочный феномен панического расстройства.

Фобические расстройства — группа расстройств, при которых единственным или преобладающим синдромом является боязнь определенных ситуаций, не представляющих актуальной опасности. В связи с этим лица, страдающие фобиями, обычно избегают таких ситуаций. Беспокойство больного может быть сфокусировано на отдельных симптомах, таких как дрожь от страха или ощущение обморока, и часто ассоциируется с боязнью умереть, потерять над собой контроль или сойти с ума. Ожидание возможности попадания в фобическую ситуацию обычно вызывает преждевременную тревогу, которая клинически расценивается как фобическая тревожность, в подавляющем большинстве случаев связанная с возникновением и проявлением различных форм ритуального поведения.

Ритуалы — сложная форма символического действия, используемая в культовых системах, а также в различных типах социального поведения как средство закрепления отношения субъекта (или группы) к священным объектам, особо значимым этапам общественной или человеческой жизни, а также статуса и принадлежности к определенной группе. Компонентами ритуального акта выступают: стандартизованные (часто ритмически организованные) жесты, движения, чтение вербальных текстов, совершаемые в специфических ситуациях психологического напряжения или расслабления. По сути дела, каждый ритуал представляет собой двигательный акт, простой или сложный, выполняемый вопреки воле и внутреннему сопротивлению больного, символически выражая надежду таким образом предотвратить предполагаемое несчастье. Каждый элемент ритуального поведения представляет собой компромиссное образование, в искаженном виде отражающее как бессознательные дериваты сексуального и агрессивного влечений, так и защитные силы. В настоящее время принято рас-

смагивать: ритуалы первого прядка, т. е. ритуалы, возникающие в качестве защиты от первичной навязчивости; их содержание обычно связано с содержанием первичной навязчивости. Ритуалы второго, третьего и т. д. порядка — ритуальные навязчивости на уже имеющиеся ритуалы.

Степень катастрофичности возникающей симптоматики, по оценке обследованных пациентов, не соответствовала объективно регистрируемым клиническим проявлениям фобии, а поведенческие расстройства проявлялись изолированно лишь в ситуациях, не имеющих отношения к фобической симптоматике, отражая тенденции к «самозапугиванию», «самоограничению», преувеличению жизненных проблем и т. д.

В дальнейшем, после серии фобических эпизодов, формировался страх повторения приступов, сопровождаемый типичным для фобии избеганием ситуаций, в которых больному не могла бы быть экстренно оказана квалифицированная помощь в случае рецидива тревожно-фобической симптоматики. Больные агорафобией опасались оставаться одни в квартире или находиться вне дома без сопровождения близкого лица, оказаться в местах, откуда трудно быстро выбраться (места скопления людей на улицах, площадях, театральные залы, мосты, тоннели, лифты, метрополитен, самолеты, водные виды транспорта и т. д.). В тяжелых случаях больные вообще отказывались выходить из дома, хотя иногда в сопровождении близкого человека, которому доверяют, они могли покидать дом и совершать поездки (в случаях крайней необходимости). Некоторые больные (36,28 % наблюдений) приобретали личный транспорт, совершая поездки в присутствии личного водителя или, если пациент самостоятельно управлял автомобилем, кого-либо из близких. Маршруты следования в обязательном порядке предусматривали нахождение вблизи медицинских заведений, в которые при необходимости пациент мог бы обратиться.

Облигатные для клинической картины невротических фобий перманентно-пароксизмальные вегетативные расстройства определяют тяжесть состояния и степень выраженности ритуального поведения, или социальной дезадаптации больных. Вместе с тем диагностика вегетативной дисфункции только по традиционным показателям, таким как частота сердечных сокращений, уровень систолического или диастолического артериального давления, затрудненность дыхания, поскольку эти показатели чаще всего не выходят за пределы физиологической нормы, характеризуясь ригидностью или избыточной лабильностью как в межприступном периоде, так и в момент развития психовегетативного пароксизма [4].

Отличительной чертой ритуального поведения при агорафобии являлся широкий диапазон проявлений — от элементарного избегания фобических ситуаций до поведенческих актов, направленных на подавление страха (оглядывание запертой входной двери собственной квартиры или фиксация взгляда на окна при уходе из нее, требование постоянного присутствия кого-либо из близких при необходимости передвижения по улицам или в общественном транспорте, посещении магазинов, театров и других общественных мест, стремление к приобретению дорогостоящих «защитных» талисманов или амулетов,

увлечение религиозной или эзотерической литературой, сопровождаемое регулярным чтением молитв или совершением магических ритуалов, и т. п.).

В качестве ритуалов рассматривалось стремление представителей данной группы к приобретению домашних животных или, если это не представлялось возможным, к покупке больших мягких игрушек, передаваемых пациентами определенной символической значимостью, что позволяло им ослабить чувство одиночества, гротескно обостряющегося при агорафобии.

В качестве компенсации невозможности свободного передвижения в открытом пространстве обследованные стремились к созданию максимального домашнего комфорта (требование от родственников приобретения высококачественной мягкой мебели импортного производства, различных сувениров, ультрасовременных моделей аудио- и/или видеоаппаратуры, осуществления ремонтных работ, даже если в последних отсутствовала необходимость).

Характерной для пациентов с алиенофобической симптоматикой была постоянная борьба мотивов: находиться в одиночестве, чтобы окружающие «не заметили признаков сумасшествия», «не указали на нелепость поступков», и пребывать среди людей, чтобы удостовериться в «собственном психическом благополучии», убедиться в том, что «сумасшествие еще не проявилось», а «перспектива попасть в психиатрическую больницу в ближайшем будущем пока отсутствует».

У всех обследованных 2-й группы в качестве вторичной психопатологической симптоматики выступали навязчивые сомнения, при которых больных преследовали неотвязные мысли о правильности совершенных действий или принятых ими решений. Содержание сомнений было различным: навязчивые бытовые опасения (заперта ли дверь, достаточно ли плотно закрыты окна или водопроводные краны, выключен ли газ, отключено ли электричество), сомнения, связанные со служебной деятельностью (не перепутаны ли адреса на деловых бумагах, не указаны ли неточные цифры, правильно ли сформулированы или исполнены распоряжения). Больными использовались различные стратегии для сокращения времени перепроверок собственных действий. В связи с этим часто развивались ритуалы счета, формировалась система символичности определенных цифровых комбинаций. Алиенофобия во всех наблюдениях приводила к формированию ограничительных форм поведения и развитию вторичных страхов, тематически близких к фабуле основного фобического синдрома. Из-за страха утраты контроля над собой и возможного совершения опасных или нелепых действий, проявления аутоагрессивных актов, нанесения увечья собственным детям или близким возникали: гамартофобия (навязчивый страх совершения недостойного поступка), айхмофобия (навязчивый страх перед острыми предметами), баллистофобия (навязчивый страх огнестрельного оружия), гомицидофобия (навязчивый страх совершить убийство) и др. В ряде случаев (9,34 %) наблюдались фобии сексуального характера: коитофобия (навязчивый страх полового акта), гинефобия (навязчивый страх женщин), виргинитифобия (навязчивый страх изнасилования), сексофобия (иррациональный страх сексуальной активности или мыслей о ней).

У всех обследованных данной группы отмечался чрезвычайно усиленный самоконтроль как за собственной речью и действиями, так и за внешним обликом. В качестве ритуальных действий наиболее часто отмечались: постоянное контролирование собственного взгляда перед зеркалом, сопровождаемое тренировкой мимической мускулатуры и интенсивными дыхательными упражнениями; активный поиск информации о фобиях в научных изданиях и сети Интернет; общение в компьютерных чатах; избегание просмотра видеопроодукции, в которой фигурировали психически больные и/или психиатры; тщательная подготовка к беседам с окружающими, постоянное наблюдение за реакциями последних на высказывания пациента; стремление к изменению имиджа (предпочтение одежды классического фасона, замедленная ходьба, попытки создать внешнюю видимость спокойствия и пр.). Кроме того, пациенты кардинально изменяли свои литературные и эстетические вкусы: начинали тяготеть к философской и высокоинтеллектуальной классической литературе, избегали восприятия произведений изобразительного и музыкального искусства импрессионистского или постимпрессионистского стиля, отличающегося вычурностью и нереальностью отражения действительности, которые ассоциировались с творчеством психически больных. С целью проверки правильности понимания прочитанного или услышанного пациенты активно начинали беседы с окружающими, используя в речи сложные предложения, перегруженные деепричастными или причастными оборотами. В разговорах с близкими больные алиенофобией постоянно возвращались к теме сумасшествия, требуя от них различных способов доказательств того, что психическое заболевание у испытывающего фобию отсутствует, а также заверений в том, что, если вдруг оно возникнет, то «его не отдадут в руки психиатрам», «не поместят в сумасшедший дом» и т. д. На первых этапах успокоения со стороны родственников помогали больным на какое-то время обрести спокойствие, но в дальнейшем все повторялось по типу клише, вызывая у родственников чувство раздражения и злости, а, также подводя их к мысли о том, что необходимо использовать директивные действия по отношению к больному и в конечном итоге (с помощью уговоров или силовых методов воздействия) обратиться за квалифицированной психиатрической или психотерапевтической помощью.

При клаустрофобии отмечались различные формы защиты — от простых проявлений избегающего поведения до весьма сложных комбинаций перечисляемых далее действий: самоубеждение, самоотвлечение, выбор «безопасного» места в транспорте, прием транквилизаторов, употребление спиртных напитков, требование постоянного присутствия кого-либо из близких в помещении, где находится больной, постоянные проверки наличия открытых дверей, окон и т. д.

Ритуальные действия при наличии акрофобической симптоматики во всех наблюдениях носили психологически понятный характер прямого избегания «опасных» ситуаций.

При наличии кардиофобической симптоматики отмечалось быстрое формирование защитных ритуа-

лов: тенденция спать на правом боку в хорошо проветриваемом помещении, полный отказ от курения, употребления кофе и спиртных напитков, ношение с собой кардио- и/или психотропных средств и т. д. Характерным было создание определенных бытовых ритуальных режимов, которые проявлялись в ограничении просмотра видеопроодукции, вызывающей чувство тревоги (мелодрамы, триллеры, боевики и т. д.), в избегании ситуаций конфликтов с целью «обеспечения нормальной работы сердца», в строгом регламентировании режима дня и т. д.

Общим для больных с фобическими расстройствами являлся пикообразный профиль SCL-90-R, свидетельствующий об относительной однородности по психопатологическим особенностям обследованной когорты пациентов. Характерной особенностью для всех групп больных являлось наличие пика по шкале (фобической тревожности) РНОВ, максимально выраженной ($p < 0,001$) у больных агорафобией ($3,87 \pm 0,01$ балла) и пациентов с кардиальным неврозом ($3,67 \pm 0,01$ балла). У всех обследованных больных выявлялся выраженный пик по шкале (тревоги) ANX, максимально выраженный ($p < 0,001$) у больных кардиальным неврозом ($3,61 \pm 0,02$ балла) и пациентов с алиенофобией ($3,51 \pm 0,03$ балла). Депрессивная симптоматика, сопровождающая невротические фобии, наиболее выражена ($p < 0,001$) при кардиальном неврозе ($3,09 \pm 0,01$ балла) и агорафобии ($3,06 \pm 0,02$ балла). Максимальные величины индекса наличного симптоматического дистресса характерны ($p < 0,001$) для больных агорафобией ($2,90 \pm 0,01$) и пациентов с кардиальным неврозом ($2,80 \pm 0,01$). Все рассмотренные выше показатели отличались ($p < 0,001$) от результатов тестирования в группе контроля.

Полученные в настоящем исследовании данные свидетельствуют о том, что больным с различными формами невротической фобической симптоматики свойственно наличие тревожности и как черты, и как состояния. По данным шкалы тревоги Тейлор максимальный общий уровень тревоги ($p < 0,001$) выявлен у пациентов с алиенофобией ($45,03 \pm 0,46$ баллов) и агорафобией ($44,71 \pm 0,23$ балла). Общий уровень тревоги у всех обследованных больных отличался ($p < 0,001$) от показателей в группе контроля ($12,25 \pm 0,11$ баллов). Кроме того, данные, полученные при исследовании по методике Спилбергера — Ханина, свидетельствуют о том, что наиболее высокие ($p < 0,001$) показатели личностной тревожности (ЛТ) характерны для пациентов с алиенофобической симптоматикой ($71,97 \pm 0,72$ балла) и кардиальным неврозом ($66,97 \pm 0,77$ баллов). Показатели реактивной тревожности (РТ) максимально выражены ($p < 0,001$) при наличии навязчивого страха сумасшествия ($57,32 \pm 0,97$ баллов) агорафобии ($56,63 \pm 0,59$ баллов). Проявления ЛТ и РТ у всех больных отличались ($p < 0,001$) от показателей в группе контроля.

При всех изучаемых невротических фобиях были выявлены значительные отклонения в соотношениях биологически активных веществ, относящихся к разным нейрогуморальным (гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой, гипоталамо-гипофизарно-гонадной, гипоталамо-пролактиновой, β -эндорфиновой, арги-

нин-вазопрессиновой, ренин-ангиотензиновой, катехоламиновой, инсулиновой, гистаминовой, серотонин-мелатониновой) осям, а также их связь с продуктами клеточного метаболизма, принимающими непосредственное участие в формировании специфической биохимической архитектоники и клиническом оформлении фобической симптоматики и сопровождающих ее ритуальных действий.

Таким образом, при всех изучаемых разновидностях фобий пространства были выявлены значительные отклонения показателей тревожности от конструктивного уровня, что клинически проявлялось различной представленностью феномена тревоги в структуре фобий, а в психологическом плане — социальной дезадаптацией нарушениями в сфере межличностного взаимодействия. Совокупность клинических, биохимических и психологических характеристик тревоги находила свое отражение в разнообразии психопатологических проявлений фобического синдрома, детерминировала длительность и интенсивность эпизодов фобий, функционирование ригидных механизмов психологической защиты, формирование специфических ритуальных форм поведения, приводящих, в конечном итоге, к устойчивым стереотипным поведенческим паттернам, мера адаптивности которых отражается в деструктивной социальной позиции личности.

Список литературы

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: Учеб. пособие. — М.: Медицина, 2000. — 496 с.
2. Александровский Ю. А., Табачников С. И. О некоторых проблемах и особенностях современной пограничной психиатрии // *Арх. психіатрії*. — 2003. — Т. 9, № 2. — С. 4–6.
3. Гарбузов В. И. Неврозы и психотерапия. — СПб.: СОТИС, 2001. — 248 с.
4. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика / Под ред. А. М. Вейна. — М.: Медицинское информационное агентство, 1998. — 752 с.
5. Зайчик А. Ш., Чурилов Л. П. Основы патохимии. — СПб.: ЭЛБИ, 2000. — 688 с.
6. Марута Н. А., Данилова М. В. Патопсихологические закономерности формирования агорафобии невротического генеза // *Арх. психіатрії*. — 2003. — Т. 9, № 4. — С. 35–40.
7. Романова Е. С., Карпов А. Б. Современные представления о механизмах психологической защиты: (Обзор) // *Рос. психiatr. журн.* — 2003. — № 6. — С. 67–72
8. Табачников С. И., Первый В. С. Фобии: клиника, диагностика, лечение, профилактика: Монография. — Донецк: АРТ-ПРЕСС, 2005. — 348 с.
9. Doctor R. M., Kahn A. P. The encyclopedia of phobias, fears, and anxieties. — New York: Facts on File, 2000. — P. 9–167.
10. (Goldberg D., Huxley P.) Голдберг Д., Хаксли П. Распространенные психические расстройства: Биосоциальная модель / Пер. с англ. — К.: Сфера, 1999. — 256 с.
11. (Perrez M., Baumann U.) Перре М., Бауманн У. Клиническая психология / Пер. с нем. — СПб.: Питер, 2002. — 1312 с.
12. (Ward I.) Вард И. Фобия / Пер. с англ. — М.: Проспект, 2002. — 78 с.

Надійшла до редакції 16.09.2005 р.

В. С. Первый

Ритуальні форми поведінки хворих з невротичними фобіями

ТОВ НДЦ «Клініка Медікор»
(Дніпропетровськ)

Наведено результати обстеження 432 хворих із невротичними фобіями, а також комплексний аналіз психопатологічних проявів фобічної симптоматики з визначенням клінічних і біохімічних особливостей. Стаття містить результати власних досліджень і огляд літературних джерел, які присвячені основним психопатологічним, психологічним, потенційно анкіолітичним або анкіогенним біохімічним субстанціям, що беруть участь у етіопатогенезі та клінічному формуванні фобій невротичного регістру. Наводяться дані про особливості тривоги та тривожності, які детермінують виникнення та клінічні прояви ритуальних форм поведінки, а також вплив останніх на подальший перебіг фобічного синдрому. Крім того у статті висвітлюються питання особливостей клінічних проявів нав'язливих страхів, їх загальних варіантів при різних типах невротичної патології. У статті вперше у сучасній психіатричній практиці теоретично обґрунтована та практично підтверджена необхідність застосування відомостей про ритуальні форми поведінки з урахуванням клінічних, психологічних та параклінічних показників з метою адекватної первинної та диференційної діагностики тривожно-фобічної симптоматики. Наведенні дані дозволяють значною мірою оптимізувати лікувально-реабілітаційну допомогу даному контингенту хворих.

V. S. Perviy

Ritual forms of behavior of the patients with neurotic phobias

Clinic Medicor Ltd.
(Dnipropetrovsk)

The article has the results of researches of 432 cases of neurotic phobias and the complex analysis of psychopathological cases of phobic symptoms with definition of clinical and biochemical peculiarities.

The article contains the surveys of the results of author's researches and literary sources which are devoted to the psychopathological, psychological and potentially anxiolytic or anxiogenous biochemical substances which participate in the clinical formation of the neurotic register's phobias.

There are also given the data peculiarities of anxiety and uneasiness which determine the occurrence and clinical cases of ritual forms of behavior and given their influence on the further course of phobic syndrome.

Besides this, article includes the descriptions of peculiarities of the clinical cases of obtrusive fears and their general varieties at different types of neurotic pathologies.

For the first time in the psychiatric practice theoretically grounded and practically proved necessity to use the facts of the ritual forms of behavior including clinical, psychological and paraclinical parameters with the purpose of adequate, primary and differential diagnostics of anxious-phobic symptomatic.

The given data give the ability to optimize the treatment and rehabilitation of this group of the patients.