

опросника SF-36. Исследовательскую работу осуществляли в два этапа: в пред- и послеоперационный периоды.

Анализ социально-демографических показателей позволил установить, что среди пациентов с невусами преобладали больные в возрасте от 15 до 25 лет, с меланомой — от 66 до 75 лет. По гендерным особенностям исследованные распределились следующим образом: среди пациентов с невусами чаще регистрировались мужчины (77,1 %) среди больных с меланомой — женщины (74,3 %). Заболеваемость меланоцитарными болезнями чаще встречалась у славянского этноса (в 94,3 % случаях), у лиц других национальностей лишь в 5,7 %. Среди сопутствующей патологии у пациентов с невусами отмечались заболевания органов желудочно-кишечного тракта, у больных с меланомой кожи — сердечно-сосудистая патология.

В ходе изучения психоэмоциональных особенностей пациентов с невусами и меланомой в предоперационном периоде получены следующие результаты: симптомы депрессивного расстройства отсутствовали у 45,7 % и у 25,7 %, соответственно; легкая степень выраженности депрессии по шкале Бека регистрировалась у 37,1 % обследованных с невусами и у 40,1 % с меланомой; умеренная — у 17,1 % и 34,2 % исследованных, соответственно. По показателю «личная тревожность» достоверных различий между группами не регистрировалось (средний балл составил 37,1 и 38,5 соответственно), по показателю «ситуативная тревожность» у больных с невусами средний балл был равен 49,1, у пациентов с меланомой — 46,2 балла.

Физический компонент качества жизни (КЖ) в группе больных с невусами составлял 89,1 балла, с меланомами — 84,6; психический компонент КЖ — 84,4 и 76,7 балла, соответственно. При этом в обеих группах в наибольшей степени страдал показатель «эмоциональное состояние».

В послеоперационном периоде регистрировалось снижение степени выраженности депрессии как у больных с невусами, так и у пациентов с меланомами: симптомы депрессивного расстройства отсутствовали у 80,2 % и 40,1 % лиц, соответственно ($p < 0,05$); легкая степень выраженности депрессии наблюдалась у 17,1 % обследованных с невусами и у 51,4 % пациентов с меланомой ($p < 0,05$).

Более выраженное достоверно значимое уменьшение выраженности личностной и ситуативной тревожности отмечалось в группе обследованных с невусами (средний балл был равен 24,7 и 25,2, соответственно) в сравнении с больными меланомой (средний балл составил 32,1 и 32,5, соответственно) ($p < 0,05$). Физический компонент КЖ в группе больных с невусами был равен 99,8 % балла, с меланомами — 95,5 %; психический компонент КЖ — 89,5 % и 88,9 балла, соответственно ($p < 0,05$).

На основании полученных результатов исследования нами разработан комплекс психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий, направленный на нивелирование тревожной и депрессивной симптоматики, улучшение уровня социального функционирования у больных с доброкачественными меланоцитарными новообразованиями кожи с учетом клинических особенностей основного заболевания и сопутствующей патологии.

УДК 159.98:616.31:614.25:316.3

Гуменюк Л. Н., Савчук Е. О., Ничипор Е. С., Табачная А. А.
Гу «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского» (г. Симферополь)

ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ И ВРАЧЕБНОГО СТАЖА

Актуальной проблемой врачебной практики является феномен эмоционального выгорания. По данным исследований группы психологов из Манчестерского университета в шкале стрессов по 150 профессиям врачи-стоматологи заняли четвертое место (7,3 балла после шахтеров, полицейских, журналистов и строителей). Согласно другим исследованиям, стоматологи болеют в 2,5 раза больше невротическими расстройствами пограничного уровня, чем врачи других профессий. Высокий уровень стрессовых факторов, воздействующий на стоматолога, необходимость установления эмоционального контакта с каждым пациентом для достижения комплаенса, высокий уровень ответственности за выполненную работу являются факторами, predisposing к возникновению эмоционального выгорания у врачей-стоматологов.

Целью нашего исследования было выявление врачей-стоматологов с синдромом эмоционального выгорания (СЭВ),

определение его стадии, ведущего симптома, выявление депрессивных и близких к ним состояний с учетом гендерных особенностей и врачебного стажа.

В исследовании приняли участие 50 врачей-стоматологов, из них — 23 мужчины (22 %) и 27 женщин (78 %). Средний возраст обследованных составил 37,2 года. Характеристика выборки по врачебному стажу была следующей: 10 человек со стажем до 5 лет (20 %), 6 человек (12 %) — от 5 до 10 лет и 34 человека (68 %) со стажем более 10 лет.

Для выполнения поставленных целей мы использовали методику диагностики уровня эмоционального выгорания В. В. Бойко и методику дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунге в адаптации Т. И. Балашовой.

В результате исследования были выявлены симптомы эмоционального выгорания у 54 % респондентов, среди них 18 % мужчин (м) и 36 % женщин (ж). В фазе напряжения находилось 3,7 % с симптомом неудовлетворенности собой, в фазе резистенции находилось 92,6 % респондентов, а в стадии истощения — 3,7 % с симптомом деперсонализации. Фаза резистенции характеризовалась следующим распределением симптомов: симптом редукции выявился у 8 % (4 % — м, 4 % — ж), симптом неадекватного избирательного эмоционального реагирования у 72 % (28 % — м, 44 % — ж), симптом расширения сферы экономики эмоций у 4 % — ж, симптом эмоционально-нравственной дезориентации у 16 % (15 % — м 1 % — ж). В группе стоматологов со стажем до 5 лет эмоциональное выгорание было выявлено у 44,4 % респондентов, в группе со стажем 5—10 лет — у 71,4 %, а в группе со стажем более 10 лет — у 52,9 %.

Проведенное исследование выявило, что значительная часть врачей-стоматологов (54 %) находилась на разных стадиях развития синдрома эмоционального выгорания. Соотношение женщин и мужчин с данным феноменом 2:1. Большинство врачей (92,6 %) были в стадии резистенции, среди них наиболее частым (72 %) являлся симптом неадекватного избирательного эмоционального реагирования.

Анализ распространенности СЭВ в зависимости от гендерных особенностей и врачебного стажа исследованных показал, что удельный вес распространенности данного феномена выше среди врачей-стоматологов женского пола и в группе лиц со стажем 5—10 лет. На основании полученных данных разработана система психокоррекции СЭВ у данного контингента с использованием рациональной индивидуальной психотерапии (Dubois P., 1905), аутогенной тренировки (J. Schultz, 1932), рационально-эмоциональной (A. Ellis, 2002), психодрамы стилевых механизмов психологических защит (Wolfgang, 1982), позитивной психотерапии (Nossrat Peseschkian, 1996), арт-терапии (Бурно М. Е., 2009; Копытин А. И., 2010; Гуменюк Л. Н., 2011).

УДК 616.89:159.942-053.5

Гуменюк Л. Н., Курт-Умерова Ф. Н., Эннанова Л. Д.,
Василькевич Ю. К., Мамбетова Ф. С.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского» (г. Симферополь)

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У УЧАЩИХСЯ МЛАДШЕЙ ШКОЛЫ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ДЕСИНХРОНИЗАЦИЕЙ РИТМОСТАЗА

Современными исследователями указывается, что перевод часов на летнее время оказывает «огромное влияние» на возникновение психических расстройств, в частности, повышение уровня депрессивных расстройств (Г. Симуткин, Н. Корнетов). По данным анкетного опроса населения, проведенного Новосибирским областным центром медицинской профилактики, 56 % населения отметили выраженные негативные реакции при переводе часов. Т. Матковская отмечала ухудшение состояния детей в яслях и детских садах в течение первых 2—3 месяцев после перевода часов, почти все из них впадали в депрессивное состояние либо становились неуправляемыми. Исследования последствий десинхронизации вследствие перевода часов на летнее время у учащихся младшей школы приобретают особую актуальность, так как растущий организм наиболее чувствителен к повреждающим воздействиям и, в первую очередь, реагирует изменениями ритмостаза.

Цель исследования — изучить эмоциональные особенности у учащихся младших классов, обусловленные десинхронизацией ритмостаза.

В исследовании приняли участие 220 учащихся младших классов в возрасте от 7 до 9 лет. Основным методом исследования был психодиагностический.

С целью диагностики наличия депрессивного расстройства и оценки степени выраженности депрессивной симптоматики использовали шкалу CDRS-R для детей 6—12 лет. Для изучения уровня тревожности у обследованных использовали методику «Выявление уровня тревожности у подростков», включающую шкалу школьной, самооценочной и межличностной тревожности. Оценка эмоционального состояния осуществлялась в двух временных периодах: за семь дней до перевода часов на летнее время и через семь дней после.

До перевода часов на летнее время депрессивные расстройства регистрировались у 20,0 % исследованных. Ведущими клиническими симптомами были: подавленное настроение (100,0 %), чрезмерная утомляемость (100,0 %), ухудшение успеваемости (78,7 %), нарушение сна (78,1 %), раздражительность (77,9 %), нарушение аппетита (74,9 %). По шкале школьной тревожности нормальный уровень регистрировался у 46,5 % обследованных, несколько повышенный — у 25,0 % исследованных, соответственно; высокий уровень — у 17,2 % обследованных; очень высокий — у 2,3 % исследованных и чрезмерное спокойствие отмечалось у 9,0 % обследованных. По шкале межличностной тревожности нормальный уровень регистрировался у 47,3 % обследованных, несколько повышенный — у 22,0 % исследованных, высокий уровень — у 11,7 % обследованных; очень высокий — у 7,9 % лиц; чрезмерное спокойствие отмечалось у 11,1 % исследованных.

После перевода часов на летнее время депрессивные расстройства зафиксированы у 31,2 % обследованных. В клинической картине преобладали: подавленное настроение (100,0 %), чрезмерная утомляемость (100,0 %), ухудшение успеваемости (91,2 %), нарушение сна (94,1 %), нарушение аппетита (89,9 %), раздражительность (88,4 %), жалобы на состояние здоровья (77,1 %), чрезмерная плаксивость (73,2 %), гипоактивность (68,9 %). По шкале школьной тревожности нормальный уровень регистрировался у 8,5 % обследованных, несколько повышенный — у 45,2 % исследованных; высокий уровень — у 29,5 % обследованных; очень высокий — у 9,3 % исследованных и чрезмерное спокойствие отмечалось у 7,5 % обследованных. По шкале межличностной тревожности нормальный уровень регистрировался у 33,3 % обследованных, несколько повышенный — у 38,2 % исследованных, высокий уровень — у 13,7 % обследованных; очень высокий — у 8,2 % лиц; чрезмерное спокойствие отмечалось у 6,6 % исследованных.

Сравнительный анализ интенсивности депрессивной симптоматики и уровня выраженности общей тревожности на первом и втором этапах исследования показал их достоверно более высокую степень выраженности после перевода часов на летнее время ($p < 0,05$). Так, до перевода часов на летнее время высокая степень выраженности клинических симптомов регистрировалась у 15,4 % исследованных, умеренная — у 32,6 %; после перевода часов на летнее время — у 27,7 % и у 55,1 %, соответственно; средний балл по шкале общей тревожности до перевода часов на летнее время составлял 70,1 балла, что соответствовало несколько повышенному уровню, после перевода — 87,7 балла, что указывало на высокий уровень.

УДК 616.831-008.47:159.96:001.8

Дацинко І. Б.

Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)

МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ПОРУШЕНЬ ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ У ПІДЛІТКІВ ІЗ МОЗКОВОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ ТА ЇХ АБІЛІТАЦІЯ

На основі системного міждисциплінарного підходу до вивчення порушення формування особистості підлітків із мозковою дисфункцією визначено його причини, умови й механізми розвитку.

Предметом багатфакторного аналізу стали матеріали обстеження й лікування 259 підлітків чоловічої статі з мозковою дисфункцією й емоційно-поведінковими розладами віком від 10 до 18 років.

Дослідження психічного стану підлітків із мозковою дисфункцією дало змогу виявити наявні в них порушення формування особистості і класифікувати їх у такий спосіб:

I. Типи порушення формування особистості збудливого кола (67 ± 3 %): 1) лабільний (42 ± 3 %); 2) агресивний (30 ± 3 %); 3) сексуально-фіксований (14 ± 3 %); 4) розгальмований (10 ± 3 %); 5) істероїдний (4 ± 2 %).

II. Типи порушення формування особистості гальмівного кола (33 ± 5 %): 1) апатичний (69 ± 6 %); 2) шизоїдний (18 ± 5 %); 3) параноїдний (13 ± 4 %).

Показано механізми трансформації акцентуацій характеру в розлади особистості за органічним типом, зв'язки особистісних

відмінностей підлітків і наявних у них емоційно-поведінкових розладів із вихованням, яке вони здобувають у родині. Доведено взаємозв'язок психологічних, клініко-неврологічних, електроенцефалографічних та нейровізуалізаційних змін головного мозку у підлітків із мозковою дисфункцією за різних типів порушення формування особистості й визначено взаємозв'язок між наявними в підлітків психологічними та електроенцефалографічними змінами залежно від типу порушення формування особистості. Показано роль психогенних, соціогенних, негативних соціально-психологічних і соматогенних чинників у порушенні формування особистості підлітків із мозковою дисфункцією.

Комплекс проведених досліджень дозволив виокремити у підлітків основні патогенетичні механізми розвитку порушення формування особистості за органічним типом та провести їх рівневу стратифікацію.

I. Нейробіологічний рівень детерміновано неспецифічною органічною переддиспозицією.

II. Соціальний рівень репрезентовано такими чинниками:

1) мікросоціальні:

— сім'я,
— інститут навчання та виховання,
— соціально-референтні групи;

2) макросоціальні.

III. Психологічний рівень містить:

1) індивідуально-психологічні характеристики,
2) емоційний стан,
3) ставлення до своєї хвороби,
4) характеристики полорольової поведінки,
5) особливості психосексуального розвитку.

Виявлені в проведеному дослідженні закономірності процесу формування в підлітків із мозковою дисфункцією розладу особистості та його проявів були покладені в основу системи абілітації хворих з даною патологією й були прогностичними критеріями ефективності його корекції. Ці заходи проводилися із урахуванням не тільки виявлених типів порушення формування особистості, але й встановлених механізмів їх розвитку.

УДК 616.895.8+616.89-008.1-056.83

Двирський А. А.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского» (г. Симферополь)

О БЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ МАНЬЯНА — ГРЕТЕРА

При описании манифестных проявлений шизофрении в сочетании с алкогольным делирием В. А. Гиляровский (1935) отмечал, что эти случаи часто заканчиваются хорошей ремиссией. Автор указывал, что в 1909 году К. Graeter впервые описал особенности алкогольного делирия в дебюте шизофрении. В. А. Гиляровский (1935) предложил их обозначать как «алкогольные дебюты шизофрении». В последующем шизофрения, проявившаяся после алкогольного делирия, стала называться гретеровской шизофренией (В. М. Блейхер, 1984; И. Стоименов и др., 2003).

Профессор Харьковского университета П. А. Бутковский (1834) при описании бешенства, соответствующего параноидной шизофрении, впервые указал на возможность его сочетания с «горячками от вина». В дальнейшем описывались клинические проявления алкогольного делирия и следующих после него бредовых психозов, соответствующих параноидной шизофрении (Ф. И. Герцог, 1835; Moreau de Tours, 1859; В. Morel, 1859; 1860; Laborde, 1872; V. Magnan, 1874).

В 1874 году в монографии «Алкоголизм» В. Маньян выделил отдельную главу, в которой представил клинические особенности алкогольного делирия и хронического бреда с этапным течением, соответствующим параноидной прогрессивной шизофрении. В. Маньян (1874) первым указывал, что хроническая алкогольная интоксикация снижает сопротивляемость мозга и способствует выявлению помешательства. При исследовании хронического бреда с этапным течением В. Маньян (1893) отмечал, что трансформации бреда преследования в бред величия способствует ослабленный алкоголизмом интеллект.

Приведенные факты свидетельствуют о приоритете и значительном вкладе В. Маньяна (1874, 1893) в исследование проблемы шизофрении, сочетающейся с алкогольным делирием. Эти варианты шизофрении следует обозначать «шизофрения Маньяна — Гретаера».

Целью исследования явилось изучение течения шизофрении, коморбидной с алкоголизмом, и у больных шизофренией, перенесших алкогольный делирий