УДК 616.89—008:617.7-001.4

Ц. Б. Абдряхімова, *канд. мед. наук, доцент*
Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (м. Київ)

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ НАЯВНОСТІ І ВИРАЖЕНОСТІ ОСНОВНИХ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ФЕНОМЕНІВ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ ЗІ ВТРАТОЮ ЗОРУ ТРАВМАТИЧНОГО ҐЕНЕЗУ ЗА ДАНИМИ СУБ'ЄКТИВНОЇ І ОБ'ЄКТИВНОЇ ОЦІНКИ

На основі клініко-психопатологічного і психодіагностичного обстеження 400 хворих з частковою втратою зору травматичного ґенезу, встановлені нозологічна структура, особливості суб'єктивного сприйняття та об'єктивної оцінки наявності та вираженості депресивних і тривожних проявів у даного контингенту пацієнтів.

Ключові слова: часткова втрата зору травматичного ґенезу, непсихотичні психічні розлади

Збільшення кількості інвалідів внаслідок часткової втрати зору є однією з актуальних проблем, що залежить від безлічі медичних та соціально-економічних чинників і вимагає комплексного підходу для свого вирішення.

У радянській та російській науковій літературі зустрічаються поодинокі відомості про пограничні психічні розлади у незрячих і пацієнтів зі значним зниженням зору, які переважно представлені невротичними або неврозоподібними станами з вираженим астенічним синдромом, дратівливістю, головним болем, запамороченням [1—3]. В. Ф. Матвєєв [4], який вивчав психічні порушення при вродженій та набутій сліпоті, описує у цих хворих неврози, невротичні реакції зі схильністю до затяжного перебігу й особистісні девіації та обов'язкове вегетативно-судинне тло, що супроводжує емоційні порушення.

У англомовній науковій літературі зустрічаються відомості про психічні розлади у пацієнтів зі значним зниженням зору, переважно у вигляді депресивних проявів різного ступеня вираженості [5—7]. Крім того, нині серед зарубіжних науковців триває дискусія з приводу клінічної трактування та механізмів виникнення синдрому Charles Bonnet, який діагностується, за даними австралійського дослідження, у 17,5 % пацієнтів, що втратили зір у дорослому віці [8], а за результатами інших авторів — від 10 до 40 % серед загальної кількості осіб з втратою зору [9—12].

Між тим, переживання сліпоти, навіть часткової, негативно впливає на всі сфери життєдіяльності людини: трудову, сімейну, неформальне спілкування. У багатьох випадках людина, хоча б частково, втрачає працездатність, що стає додатковим психотравмуючим чинником [13]. Також знижується рівень сімейного функціонування, змінюються форми проведення вільного часу. Вищеперелічене призводить до переживання власної неспроможності, безпорадності, зниження самооцінки [14] та погіршення якості життя, що ще більше провокує невротизацію пацієнтів.

Між тим, у вітчизняному науковому просторі відсутні дослідження, спрямовані на вивчення предикторів, механізмів розвитку непсихотичних психічних розладів (НПР) у осіб, що частково втратили зір внаслідок травми, та визначення шляхів їх нівелювання та превенції. Як наслідок, не розроблено дієвої системи діагностики та лікування даних розладів, кінцевою метою якої було б покращання якості життя та адаптація пацієнтів до наявного рівня функціонування.

Враховуючи вищезазначене, з метою порівняльного аналізу суб'єктивної оцінки та об'єктивної наявності і вираженості основних клініко-психопатологічних феноменів НПР у осіб зі втратою зору травматичного ґенезу, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології, шляхом випадкового вибору в період після офтальмологічного втручання та визначення об'єму та прогнозу стосовно втрати зору, нами проведено скринінгове обстеження 600 осіб з частковою втратою зору травматичного ґенезу. В усіх пацієнтів було зафіксовано прояви гострої стресової реакції.

Через місяць після виписки зі стаціонару, під час проходження МСЕК, нами здійснено поглиблене клініко-психопатологічне обстеження пацієнтів, на основі результатів якого було сформовано дві групи дослідження: основна (ОГД) — 200 хворих, в яких після травматичної події, що спричинила часткову втрату зору, діагностовано НПР, та група порівняння (ГП) — 200 осіб, психічний стан яких відповідав «умовній нормі».

Критерієм невключення в дослідження були: відсутність інформованої згоди; наявність в анамнезі психічних та поведінкових розладів або психотичних розладів на час обстеження; наявність виражених соматичних захворювань, перебіг яких може вплинути на психічний стан пацієнта.

Клініко-психопатологічне дослідження містило поглиблене клінічне стандартизоване інтерв'ю з використанням діагностичних критеріїв МКХ-10. Суб'єктивну оцінку наявних клініко-психопатологічних проявів здійснювали за допомогою опитувальника депресії А. Т. Бека [15], шкали самооцінки тривоги Д. Шихана [16] та методики діагностики самооцінки Ч. Д. Спілбергера і Ю. Л. Ханіна [цит. за 17]. Об'єктивні прояви психопатологічної симптоматики вивчали із використанням клінічних рейтингових шкал депресії та тривоги Гамільтона HDRS і HARS [18].

За нозологічною структурою діагностованих НПР (рис. 1) у обстежених хворих ОГД приблизно через місяць після травми НПР були виражені психічними і поведінковими розладами кластера F 43 — реакція на стрес та адаптаційні розлади, серед яких домінувала змішана тривожно-депресивна реакція F 43.22

© Абдряхімова Ц. Б., 2013

(97 осіб, 48,5 % ОГД), приблизно у третини пацієнтів були встановлені пролонгована депресивна реакція F 43.21 (44 особи, 22 % ОГД) адаптаційні розлади з переважанням порушення інших емоцій F 43.23 (29 осіб, 14,5 % ОГД), у 23 (11,5 %) хворих виявлений посттравматичний стресовий розлад F 43.1, а у 7 (3,5 %) пацієнтів — адаптаційний розлад зі змішаним порушенням емоцій та поведінки F 43.25.

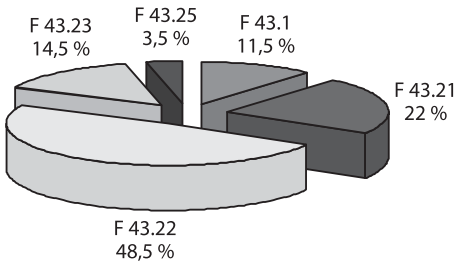

Рис. 1. **Нозологічна структура НПР у осіб з частковою втратою зору травматичного ґенезу**

За аналізом та узагальненням отриманих результатів нами виділена синдромологічна структура НПР внаслідок часткової втрати зору травматичного ґенезу.

Тривожно-депресивні стани. У пацієнтів з переважанням тривожно-депресивних проявів (61 особа, 30,5 %) тривожні реакції формувалися на тлі вираженого депресивного компонента. Афективно-тривожні порушення спостерігалися у пацієнтів з початку втрати зору. Мали місце скарги на занепокоєння, тривогу, яка була ситуативно обумовлена (за близьких людей, власне майбутнє і т. ін.), почуття негараздів, що наближаються, поганий настрій, психоемоційне напруження, відсутність апетиту. На тлі вираженої гіпотимії у пацієнтів спостерігалися побоювання з приводу соматичного здоров'я, а також тривожні побоювання стосовно соціального аспекту життя — взаємовідносин між ними та оточуючими людьми. При цьому, як правило, вони виходили з помилкових передумов у трьох напрямках: а) «оточуючи люди погані, жорстокі, їм не можна довіряти»; б) «я погана, неповноцінна, нікому не потрібна людина»; в) «ситуація настільки драматична, що з неї немає виходу і можна чекати лише одних неприємностей».

Тривожно-фобічну симптоматику різного ступеня вираженості діагностовано у 36 (18 %) пацієнтів. Вони характеризувались недовірливістю, підозрювали в себе наявність інших захворювань, були фіксовані на свій зір і здоров'я, з особливою увагою ставилися до свого лікування, прийому препаратів. У пацієнтів виявлялася іпохондрична симптоматика. Деякі пацієнти пред'являли скарги на відчуття серцебиття, припускали наявність аритмії. Хворі шукали уваги лікаря, спостерігалося порушення сну.

У пацієнтів із *астено-депресивними* проявами (44 особи, 22 %) спостерігалося зниження настрою, порушення сну й апетиту. У структурі депресивного афекту істотне місце займали астенічні скарги, часто з вираженими дисфоричними спалахами, дратівливою слабкістю, сльозливістю, сентиментальністю. Пацієнти багато часу проводили в ліжку, вважали своє життя безглуздим, себе називали інвалідами. З'являлася швидка стомлюваність, дратівливість, плаксивість. У пацієнтів порушувався сон, знижувався апетит. Астено-депресивний синдром проявлявся у вигляді скарг на поганий, пригнічений настрій, зниження працездатності, швидку стомлюваність. Усі ці симптоми відзначалися поряд з порушеннями сну, вегетативними розладами, нерідко на тлі частого головного болю.

Прояви *астено-іпохондричного* синдрому у 30 (15 %) хворих поєднувалися з порушеннями сну і відображали вплив психотравмуючої ситуації, відмічалася фрустрація з приводу невдач або психологічних проблем у професійній діяльності та особистому житті. Такі пацієнти пред'являли скарги на загальну слабкість, погане самопочуття і настрій, зниження працездатності, погіршення пам'яті та низький рівень концентрації уваги, які зазвичай поєднувалися, поряд з підвищеною турботою про своє здоров'я, з масою скарг соматичного характеру при майже повній відсутності об'єктивних ознак важкого соматичного захворювання.

Обсесивно-фобічний синдром, що спостерігався у 29 (14,5 %) пацієнтів, характеризувався нав'язливими фобіями та істеричними проявами у вигляді істеричного тремору (10,5 ± 3,1 %, та 13,3 ± 3,4 %) ($p \leq 0,05$).

За результатами вивчення суб'єктивної оцінки наявності і вираженості депресивних проявів, обстежені пацієнти розподілилися таким чином (рис. 2): серед осіб ГП у 31,5 % депресія відсутня, у 51,5 % — наявні симптоми легкої, а у 17,0 % — помірної вираженості; серед пацієнтів ОГД, навпаки, превалювали хворі з помірною (35,5 %) та вираженою (33,0 %) депресією, 13,0 % оцінювали свій стан як тяжку, а 18,5 % — як легку депресію.

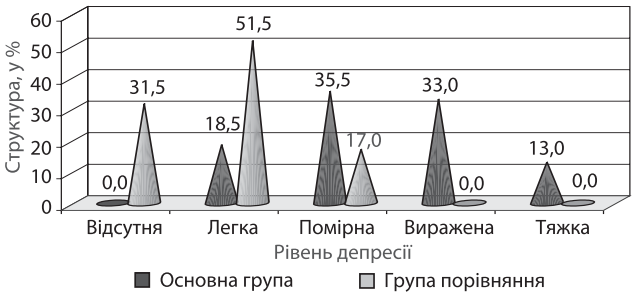

Рис. 2. **Кількісний розподіл досліджених пацієнтів за рівнем суб'єктивної оцінки вираженості депресії (шкала А. Т. Бека)**

Під час вивчення особливостей суб'єктивного сприйняття клініко-психопатологічної симптоматики встановлено, що мозаїчні прояви депресивної симптоматики, як когнітивно-афективної, так і соматизованої, спостерігалися практично в усіх пацієнтів ОГД та у більшості хворих ГП. Проте, ступінь її вираженості значно різнився: серед осіб ОГД встановлено негативний кількісний дрейф у бік суб'єктивного ускладнення депресії, між тим як серед осіб ГП встановлено зворотну тенденцію: відсутність або легкий ступінь вираженості депресивних проявів мав місце приблизно у 60 % респондентів ГП, в той час як в ОГД в такої ж кількості осіб діагностовано виражену або тяжку депресивну симптоматику ($p \leq 0,05$).

Застосування опитувальника депресії А. Бека дозволило виявити найбільш релевантні та значущі суб'єктивні симптоми депресії, а також найчастіші жалоби, які виказувалися пацієнтами та відповідали специфічним проявам НПР у пацієнтів з частковою втратою зору травматичного ґенезу. У пацієнтів ОГД серед симптомів когнітивного та афективного компонентів переважали розлади настрою, відчуття неспроможності, незадоволеність, роздратованість, порушення соціальних зв'язків, нерішучість ($p \le 0,05$). У пацієнтів ГП, відповідно, мали місце песимізм, почуття провини, слізливість, порушення соціальних зв'язків ($p \le 0,05$). Отже, у осіб ОГД ураження когнітивно-афективної сфери відбувалося за рахунок симптомів, які більш відображають «вітальність» переживань щодо «необоротної», хоча й часткової, втрати зору. У пацієнтів ГП наявні симптоми характеризували відреагування особистості на травму, боротьбу «прийняття-неприйняття» нового, іншого стану здоров'я та життєдіяльності із обмеженими функціональними можливостями. За субшкалою соматизації у пацієнтів ОГД переважали симптоми втрати образа тіла, втрати працездатності, порушення сну, захопленість почуттям власного тіла ($p \le 0,05$), у пацієнтів ГП, відповідно, симптоми втрати образа тіла та захопленість почуттям власного тіла ($p \le 0,05$). Таким чином, у пацієнтів обох груп при частковій втраті зору соматизація депресивних симптомів концентрувалася у межах власного тіла. Проте, у пацієнтів ОГД, за рахунок «хворобливого відреагування» симптомів когнітивно-афективної сфери, у структурі соматизації з'являлася астенічна симптоматика у вигляді втрати працездатності та порушення сну.

Вивчення об'єктивних проявів психопатологічної симптоматики із використанням клінічної рейтингової шкали HDRS довело наявну тенденцію щодо різниці тяжкості депресивного синдрому у пацієнтів різних груп (рис. 3). Так, виявлена депресія на рівні малого депресивного епізоду склала 72,5 % осіб, тяжкого — 11,5 % пацієнтів ОГД. Серед хворих ГП у переважній більшості осіб (73,5 %) об'єктивні прояви депресії не були встановлені, а в 26,5 % випадках діагностовано депресивну симптоматику з вираженістю рівня малого депресивного епізоду. Середній бал за шкалою HDRS у пацієнтів ОГД склав при відсутності депресії 5,5 балів, малому депресивному епізоді — 14,0 балів, тяжкому депресивному епізоді — 43,0 бали, у пацієнтів ГП, відповідно, — 4 бали та 12,0 балів.

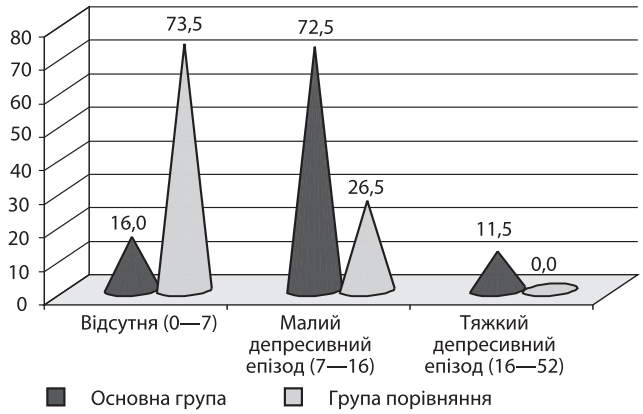

Рис. 3. **Розподіл досліджених за клінічним рівнем депресії (шкала Гамільтона, HDRS)**

У рамках дослідження структури зустрічальності симптомів (тобто відсотку від загальної кількості діагностованих симптомів у групі), було проаналізовано їх міжгруповий розподіл серед пацієнтів. Так, у пацієнтів ОГД в структурі діагностованих симптомів знижений настрій склав 9,7 %, почуття провини — 6,1 %, зниження здатності до праці та діяльності — 6,1 %, загальмованість мислення — 10,0 %, соматична тривога — 6,8 %, соматичні порушення ШКТ — 6,7 %, загальносоматичні симптоми — 6,6 %, добові коливання стану — 7,3 %, обсесивно-компульсивні розлади — 6,6 %. Депресивний настрій в них проявлявся спонтанними виказуваннями й невербальною поведінкою; почуттям провини у вигляді самозвинувачень, втрати інтересу до діяльності у вигляді апатії, загальмованості у бесіді, ажитацією ($p < 0,05$). В осіб ГП в структурі діагностованих симптомів провідними виявлено знижений настрій (10,5 %), соматичну тривогу (32,2 %), соматичні порушення ШКТ (11,7 %), загальносоматичні симптоми (22,6 %), а також ставлення до захворювання (10,0 %).

Отже, у пацієнтів ОГД виявлені симптоми складали загальну картину депресивного розладу із усіма ознаками порушень настрою, психічною та моторною загальмованістю. У свою чергу, в осіб ГП при наявності підвищеної зустрічальності окремих симптоматичних ознак депресії, вони не відповідали критеріям депресивного розладу, хоча в окремих випадках були досить значного ступеня вираженості ($p < 0,05$).

Наступним кроком у дослідженні став порівняльний аналіз суб'єктивної та об'єктивної оцінки тривожності обстежених. Дослідження суб'єктивних проявів проводили у два етапи: спочатку з'ясовували наявність та суб'єктивну вираженість тяжкості психопатологічної тривожної симптоматики, потім — проводили диференційоване вивчення реактивної (ситуативної) та особистісної (як стабільної властивості особистості) тривожності.

За розподілом досліджених за суб'єктивною оцінкою власного стану (рис. 4) в усіх пацієнтів обох груп виявлено тривожність, проте різного рівня вираженості.

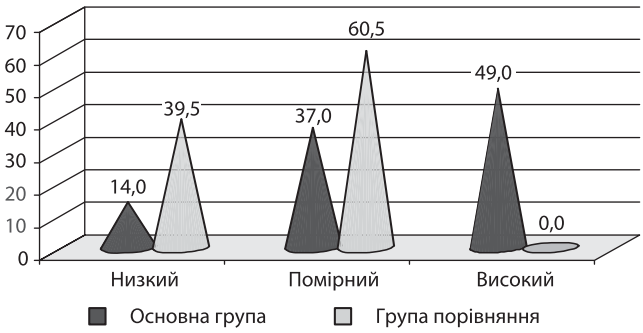

Рис. 4. **Розподіл досліджених за суб'єктивною оцінкою власного стану (шкала самооцінки Д. Шихана), %**

Так, низький рівень тривожності у осіб ОГД склав 14,0 %, помірний — 37,0 %, високий — 49,0 %. У осіб ГП, відповідно, 39,5 %, 60,5 % та 0 % ($p \le 0,05$). Важливою характеристикою досліджених є тій факт, що у пацієнтів ОГД самооцінка патологічної тривоги, з точки зору міжгрупового розподілу, за ступенем вираженості була

виявлена як більш «динамічно стабільна», порівняно з особами ГП. Така ситуація, на наш погляд, свідчила, з одного боку, про єдиний загальний механізм виникнення тривоги, а з іншого — за механізмом розвитку у ГП зазначений феномен був більш пластичним. У пацієнтів ОГД за механізмом розвитку патологічна тривога не мала «зворотного зв'язку» перебігу та була представлена лише у вигляді «пікового зростання» за ступенем вираженості.

За структурою психопатологічної тривожної симптоматики встановлено, що для пацієнтів із частковою втратою зору та НПР властивим був завищений акцент до себе у зовнішньої вимогливості ($p \le 0,05$), категоричності ($p \le 0,05$), значимості в постановці завдань ($p \le 0,05$), змістовному осмисленні діяльності ($p \le 0,05$). В цілому, пацієнти ОГД були схильні сприймати погрозу власній самооцінці й життєдіяльності у великому діапазоні ситуацій та реагувати вираженим станом тривожності ($p \le 0,05$), особливо коли це стосувалося оцінки їх компетенції й престижу ($p \le 0,05$), вони відрізнялися низькою активністю та мотивацією до діяльності ($p \le 0,05$), зруйнованим почуттям відповідальності у прийнятті рішень ($p \le 0,05$).

Аналіз суб'єктивного сприйняття вираженості реактивної та особистісної тривожності в цілому підтвердив тенденцію, встановлену з використанням шкали Д. Шихана (рис. 5). Так, серед пацієнтів ОГД виявлено негативний дрейф показників реактивної тривожності у бік зростання (низький рівень — 14,0 %, середній — 37,0 %, високий — 49,0 %), що було обумовлене патологічним підґрунтям переважання високого рівня особистісної тривожності (низький рівень — 3,5 %, середній — 45,5 %, високий — 51,0 % респондентів). У пацієнтів ГП виявлено протилежну тенденцію переважання низького (39,5 % реактивної і 45,5 % особистісної) і середнього (59,5 % реактивної і 54,5 % особистісної) рівнів тривожності.

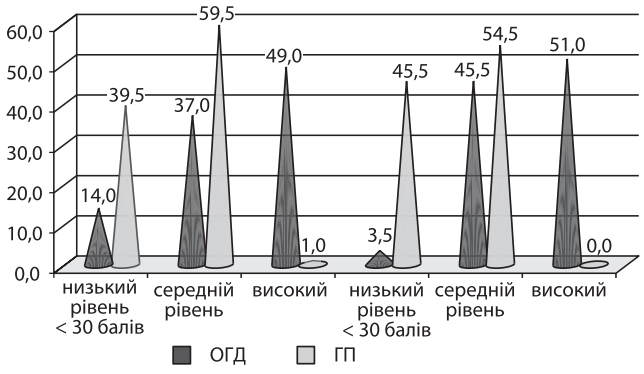

Рис. 5. **Розподіл обстежених обох груп за вираженістю реактивної та особистісної тривожності (методика Ч. Д. Спілбергера і Ю. Л. Ханіна), %**

Така ситуація, на наш погляд, складається через наявність «преморбідно-особистісного, завищеного тривожного тла» у пацієнтів ОГД внаслідок наявності підвищеної особистісної емоційної чутливості. У свою чергу, у пацієнтів ГП прояви тривожності є реакцією на часткову втрату зору, яка, не маючи особистісного підґрунтя, не досягає рівня розвитку розладів непсихотичного рівня.

За аналізом отриманих даних можна зазначити, що патологічно високі показники тривожності у пацієнтів ОГД були пов'язані із переживаннями, спрямованими у майбутнє (працездатність, функціонування у суспільстві), між тим як серед осіб ГП більш типовими були переживання, спрямовані на сьогодення та коло проблем, пов'язаних із пристосуванням до життєдіяльності у соціально-побутовому оточенні.

Оцінка наявності та глибини тривожного розладу за об'єктивною шкалою HARS (рис. 6) довела, що для пацієнтів ОГД у 11,5 % випадках характерним був субклінічний рівень вираженості тривожної симптоматики (середній бал — 6 балів). У свою чергу, в осіб ГП субклінічний рівень вираженості тривожної симптоматики був виявлений у 55,5 % пацієнтів (середній бал — 4 бали). Тривожний стан діагностований у 56,0 % хворих ОГД та 44,5 % — ГП (середній бал — 18 та 11, відповідно), що свідчило про наявність преморбідного фону та дозволило віднести цю категорію хворих ОГД до групи ризику розвитку тривожного розладу. За результатами аналізу клінічного феномену — «тривожний розлад» можна стверджувати, що він був діагностований у 32,5 % (середній бал — 28) пацієнтів ОГД, у пацієнтів ГП даний стан не виявлено.

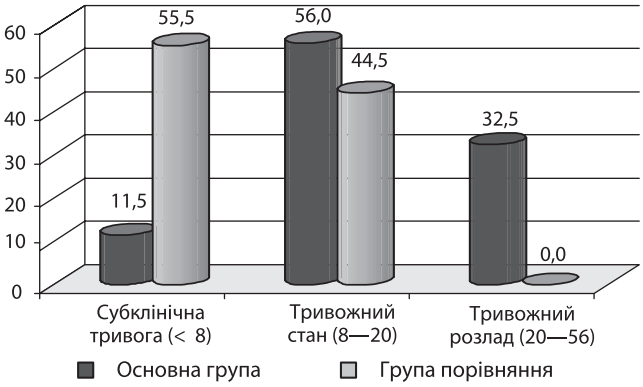

Рис. 6. **Розподіл досліджених за рівнем вираженості тривоги (шкала Гамільтона, HARS), %**

Отже, у більшості досліджених ОГД із клінічно окресленими розладами встановлено середній та тяжкий ступінь вираженості патологічної тривоги. В цілому, за результатами дослідження вираженості тривоги можна стверджувати, що обмеження здатності зорового сприйняття призводило до надмірного напруження механізмів психічної саморегуляції особистості, що проявлялося появою субклінічної тривоги та клінічно окреслених тривожних станів.

З метою виявлення провідних симптомів тривожного стану та тривожного розладу було досліджено їхню структуру та зустрічальність. У пацієнтів ОГД та ГП симптоми тривоги розподілилися нерівномірно. У пацієнтів обох груп серед перемінних «психічні» симптоми тривоги переважали над «соматичними» симптомами, а саме: тривожний настрій (ОГД — 8,1 %; ГП — 20,7 %), напруження (ОГД — 13,0 %; ГП — 25,2 %),

страх (ОГД — 11,5 %; ГП — 20,6 %), депресивний настрій (ОГД — 14,1 %) ($p < 0,05$). Соматичні симптоми за зустрічальністю розподілилися таким чином: сенсорні симптоми (ОГД — 9,6 %; ГП — 14,3 %), м'язові симптоми (ОГД — 9,6 %), серцево-судини симптоми (ГП — 18,0 %). Аналіз симптомів встановив, що при наявності в осіб ГП симптомів тривожного спектра їхній ступінь вираженості не відповідав критеріям тривожного розладу.

Отже, за аналізом об'єктивних даних щодо психопатологічної симптоматики НПР у осіб з частковою втратою зору травматичного ґенезу встановлено, що як депресивні, так і тривожні прояви спостерігалися у осіб як ОГД, так і ГП. Однак, в осіб ГП виявлені окремі симптоми, які не складали клінічної картини психічного розладу та мали незначний ступінь вираженості. Між тим, у пацієнтів ОГД діагностовано наявність депресивної і тривожної симптоматики з вираженістю на рівні малого (72,5 %) або тяжкого (11,5 %) депресивного епізоду, а також тривожного стану (56,0 %) та тривожного розладу (32,5 %).

В цілому, за узагальненням отриманих даних, встановленим можна вважати факт недооцінки наявності та вираженості депресивних симптомів та перевищення значущості проявів психопатологічної тривоги в осіб з частковою втратою зору травматичного ґенезу з відсутністю клінічно окреслених НПР. Для пацієнтів з частковою втратою зору травматичного ґенезу, в яких діагностовано НПР, характерною визначена тенденція до балансу суб'єктивних і реальних проявів депресії, між тим як при оцінці глибини тривожної симптоматики, як і в ГП, має місце перевищення суб'єктивних оцінок над реальними проявами, хоча і в меншому ступені (рис. 7, 8).

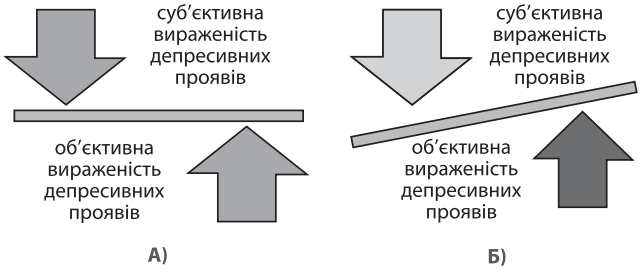

Рис. 7. **Порівняльний аналіз вираженості депресивних проявів у осіб ОГД (А) та ГП (Б)**

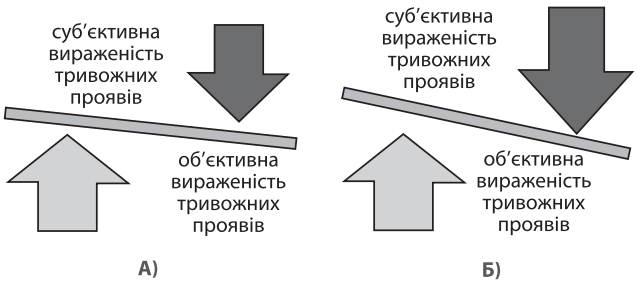

Рис. 8. **Порівняльний аналіз вираженості тривожних проявів у осіб ОГД (А) та ГП (Б)**

Підсумовуючі отримані дані щодо вивчення особливостей суб'єктивного сприйняття об'єктивної оцінки вираженості психопатологічних проявів у осіб з частковою втратою зору травматичного ґенезу, можна стверджувати, що в усіх хворих з частковою втратою зору травматичного ґенезу через місяць після виписки з офтальмологічного стаціонару мають місце прояви депресії та патологічної тривоги, які різняться як за поширеністю, так і за клінічним змістом. У частини респондентів вони є мозаїчними та такими, що не досягають клінічно окресленого рівня, а в інших, навпаки, мають дуже значну вираженість із нозологічною приналежністю до кластера F 43 — реакція на стрес та адаптаційні розлади.

У осіб з НПР діагностовано більш виражені суб'єктивно та об'єктивно значущі депресивні прояви з ураженням когнітивно-афективної і соматичної сфер, висока «динамічно стабільна» патологічна тривога з негативним дрейфом реактивної тривожності у бік зростання, на тлі наявності патологічного підґрунтя у вигляді переважання високого рівня особистісної тривожності. Серед респондентів ГП, навпаки, за їхньою суб'єктивною оцінкою, у більшій частині з них прояви депресії були відсутні, або мали легкий ступінь вираженості, а наявні окремі депресивні симптоми характеризували процес відреагування особистості на травму, боротьбу «прийняття-неприйняття» нового, іншого стану здоров'я та життєдіяльності із обмеженими функціональними можливостями; інша тенденція спостерігалась стосовно суб'єктивних ознак психопатологічних тривожних проявів, а саме — перевищення їх, порівняно з об'єктивними даними.

Таким чином, на основі обстеження 200 хворих на НПР внаслідок часткової втрати зору травматичного ґенезу та 200 пацієнтів з частковою втратою зору без клінічно окреслених психічних розладів доведена клініко-психопатологічна специфічність стану їхньої психічної сфери. Отримані дані були враховані нами під час розроблення системи комплексного лікування даного контингенту пацієнтів.

Список літератури

1. Гудонис В. П. Основы и перспективы социальной адаптации лиц с пониженным зрением / В. П. Гудонис. — М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1999. — 288 с.

2. Богданович М. А. Пограничные нервно-психические расстройства у зрячих больных первичной глаукомой (клинико-динамический и реабилитационный аспекты) : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / М. А. Богданович. — Москва, 2007. — 22 с.

3. Кириллова О. А. Психические расстройства и качество жизни у больных первичной открытоугольной глаукомой : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / О. А. Кириллова. — Москва, 2007. — 22 с.

4. Матвеев В. Ф. Психические нарушения при дефектах зрения и слуха / В. Ф. Матвеев. — М.: Медицина, 1987. — 461 с.

5. Age-Related Macular Degeneration: Self-Management and Reduction of Depressive Symptoms in a Randomized, Controlled Study / B. L. Brody, A. C. Roch-Levecq, R. M. Kaplan [et al.] // Journal of the American Geriatrics Society. — 2006. — Vol. 54. — P. 1557—1562.

6. Therapeutic potential of valproic acid for retinitis pigmentosa / [C. M. Clemson, R. Tzekov, M. Krebs et al.] // Br. J. Ophthalmol. — 2011. — Vol. 95. — P. 89—93.

7. Murphy R. Retinal Disease and Psychological Disorders: A Literature Review / R. Murphy // Retinal Physician. — 2012. — Vol. 9, Issue April. — P. 49—51.

8. Vukicevic M. Butterflies and black lacy patterns: the prevalence and characteristics of Charles Bonnet hallucinations in an Australian population / M. Vukicevic, K. Fitzmaurice // Clinical and Experimental Ophthalmology. — 2008. — Vol. 36. — P. 659—665.

9. Tan C. Dynamic changes in visual acuity as the pathophysiologic mechanism in Charles Bonnet syndrome (visual hallucinations) / C. Tan, B. Sabel // Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. — 2006. — Vol. 256. — P. 62—63.

10. Jackson M. Cases: Charlles Bonnet syndrome: visual loss and hallucinations / M. Jackson, J. Ferencz // CMAJ. — 2009. — Vol. 181. — P. 175—176.

11. N. Kazui, R. Ishii, T. Yoshida et al. Neuroimaging studies in patients with Charles Bonnet syndrome / [N. Kazui, R. Ishii, T. Yoshida et al.] // Psychogeriatrics. — 2009. — Vol. 9. — P. 77—84.

12. Kester E. Charles Bonnet syndrome: case presentation and literature review / E. Kester // Optometry. — 2009. — Vol. 80. — P. 360—366.

13. Дороднев А. Б. Травма потери зрения и ее влияние на личность / А. Б. Дороднев // Вестник Костромского государственного университета им. Н. А. Некрасова. — 2008. — № 3. — С. 70—73.

14. Кондюхова Т. Н. Внутренняя картина болезни в психологической структуре личности инвалидов по зрению : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. псх. наук : спец. 19.00.04 «Медицинская психология» / Т. Н. Кондюхова. — СПб., 2004. — 24 с.

15. An Inventory for Measuring Depression / [A. T. Beck, C. H. Ward, M. Mendelson et al.] // Archives of General Psychiatry. — 1961. — Vol. 4, June. — P. 8—18.

16. Sheehan D. V. The classification of phobic disorders / D. V. Sheehan, K. H. Sheehan // Int. J. Psychiat. Med. — 1983. — Vol. 12. — P. 243—266.

17. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский. — Самара: Бахрах-М, 2002. — 668 с.

18. Подкорытов В. С. Депрессии (Современная терапия) / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. — Харьков: Торнадо, 2003. — 350 с.

Надійшла до редакції 21.01.2013 р.

Ц. Б. Абдряхимова

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины (г. Киев)

Сравнительный анализ наличия и выраженности основных клинико-психопатологических феноменов непсихотических психических расстройств у лиц с потерей зрения травматического генеза по данным субъективной и объективной оценки

На основе клинико-психопатологического и психодиагностического обследования 400 больных с частичной потерей зрения травматического генеза установлены нозологическая структура, особенности субъективного восприятия и объективной оценки наличия и выраженности депрессивных и тревожных проявлений у данного контингента пациентов.

Ключевые слова: частичная потеря зрения травматического генеза, непсихотические психические расстройства.

C. B. Abdryahimova

Ukrainian SRI of Social and Forensic Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of Ukraine (Kyiv)

Comparative analysis presence and severity of basic clinical-psychopathological phenomenon of non-psychotic mental disorders in the visually impaired traumatic origin according subjective and objective assessment

On the basis of clinical psychopathology and psychodiagnostic survey of 400 patients with a partial loss of traumatic origin, established nosological structure, especially the subjective perception and objective assessment of the presence and severity of depressive and anxiety symptoms in this group of patients.

Key words: partial loss of traumatic origin, non-psychotic mental disorders.