

медицине. – 2009. – № 1. – С.4-11.

7. Fazal S. Supportive and palliative care of pancreatic cancer / S. Fazal, M. W. Saif // JOP. – 2007. – № 8 (2). – P. 240–53.

8. Gil Moncayo F. L. Psychological adjustment and prevalence of psychiatric disorders in cancer patients / F. L. Gil Moncayo, R.G. Costa, F.J. Perez, M. Salameo, N. Sanchez, A.Sirgo // Med Clin (BCN). – 2008. – Vol. 130(3). – P. 90-92.

9. Михайлов Б. В. Интегративная система оказания психиатрической помощи на модели Харьковского региона / Б. В. Михайлов, Н. А. Марута, А. И. Сердюк, Е. В. Кришталь [и соавт.] // Український вісник психоневрології. – Т. 10, вип. 1(30), 2002 (додаток). – С. 208-209.

10. Марута Н. А. Современные депрессивные расстройства / Н. А. Марута // Український вісник психоневрології. – 2001. – Т.9. – Вип. 4 (29). – с. 79-82.

11. Ермаков Н. Б. Лечение болевого синдрома в онкологической практике / Н. Б. Ермаков, Э. А. Жаврид // Рецепт. – 2001. – Vol. 17 (3). – P. 40–45.

12. Miller A. The effectiveness of antidepressants in the treatment of chronic non-cancer pain – a review / A. Miller, J. Rabe-Jablonska // Psychiatr Pol. – 2005. – Vol. 39 (1). – P. 21–32.

13. Williams M. D. Selective serotonin reuptake inhibitors and patients with carcinoid tumor / M. D. Williams, T. Dolenc // Psychosomatics. – 2005. – Vol. 46 (4). – P. 370–372.

14. Jin Y. CYP2D6 genotype, antidepressant use, and tamoxifen metabolism during adjuvant breast cancer treatment / Y. Jin, Z. Desta, V. Stearns [et al.] // J Natl Cancer Inst. – 2005. – Vol. 97. – P. 30–39.

15. Самушия М. А. Стимулотон (сертралин) в терапии депрессивных расстройств у пациентов с онкологическими заболеваниями / М. А. Самушия, Е. А. Мустафина // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – Т. 02. – № 2. – Режим доступа:

16. Kelly C. M. Selective serotonin reuptake inhibitors and breast cancer mortality in women receiving tamoxifen: a population based cohort study / C. M. Kelly, D. N. Juurlink, T. Gomes [et al.] // BMJ. – 2010. – Vol. 340. – P. 693.

17. Васильева Г. Ю. Особенности психологического реагирования на захворювання у пацієнтів, які страждають на онкологічну патологію / Г. Ю. Васильева // Архів психіатрії. – Київ, 2009. – Т. 15. – № 4 (59). – С. 67–69.

18. Васильева А. Ю. Психологические особенности больных, страдающих злокачественными новообразованиями / А. Ю. Васильева // Архів психіатрії. – Київ, 2010. – Т. 16. – № 1 (60). – С. 74–77.

19. Васильева Г. Ю. Оцінка взаємозв'язку між особливостями психологічного реагування та якістю життя у пацієнтів, які страждають на злоякісні новоутворення / Г. Ю. Васильева // Архів психіатрії. – Київ, 2010. – Т. 16. – № 2 (61). – С. 57–63.

20. Психотерапия в общесоматической медицине (Клиническое руководство) / [Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеев]. – Харьков, 2002. – 108 с.

#### ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЗМІСТУ ПСИХОКОРЕКЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ОНКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ У УМОВАХ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО ПРОТИПУХЛИННОГО СТАЦІОНАРУ

С. І. Табачников, Г. Ю. Васильєва, В. Г. Бондар, М. Б. Доценко

У статті наведено загальні вимоги до організації та змісту психокорекційних заходів щодо хворих на онкологічну патологію: основні напрямки та методи психотерапевтичного підходу та психофармакотерапії у комплексному лікуванні цього контингенту хворих, а також обґрунтовано необхідність застосування різних методів психотерапевтичного та психофармакологічного втручання задля стабілізації їх емоційного стану та, як наслідок, підвищення ефективності протиопухлинного лікування.

**Ключові слова:** хворі на злоякісні новоутворення, непсихотичні психічні розлади, психокорекційні заходи, протиопухлинний стаціонар

#### FEATURES AND CONTENT OF PSYCHOCORRECTIVE MEASURES IN COMPLEX TREATMENT CANCER PATIENTS IN A SPECIALIZED ANTITUMOR HOSPITAL

S. I. Tabachnikov, A. Yu. Vasylyeva, V. G. Bondar, M. B. Dotsenko

The article presents general requirements for the organization and content of the correction measures for patients with cancer pathology: directions and methods of psychotherapeutic approaches and psychopharmacotherapy in the treatment of these patients, and the necessity of using different methods and modern psychotherapeutic intervention to emotion condition stabilisation.

**Keywords:** cancer patients, non-psychotic psychic disorders, psychocorrection, antitumor hospital

УДК: 616-006-06+616.89-008-02+61:340.63

С.С. Шум

#### КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В ОСІБ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

**Ключові слова:** онкохворі, психічні розлади, судово-психіатрична оцінка, цивільна дієздатність

Актуальність. Поширеність психічних розладів у хворих із злоякісними новоутвореннями значно вища ніж у загальній популяції [1].

За результатами численних наукових досліджень, поширеність психічних розладів в онкологічних хворих залежить від локалізації онкологічного процесу та стадії захворювання і за різними даними становить від 47-52% до 92,3-100% (останні цифри формуються за рахунок розповсюдженості астеничного симптомокомплексу) [2; 3].

Переважну частку в структурі психічних розладів при онкопатології складають непсихотичні порушення. Частота тривожно-депресивних синдромів в онкохворих за даними різних авторів становить від 56 % [4] до 69,5 % [5].

Не дивлячись на численність наукових досліджень в галузі психоонкології, більшість з них виконувались на контингенті хворих з початковими стадіями онкопроцесу і не охоплювали судово-психіатричних аспектів даної проблеми. Тому дослідження, присвячене

вивченню особливостей психічних розладів в осіб з онкологічними захворюваннями на термінальних стадіях онкопроцесу та їх судово-психіатрична оцінка, є актуальним з огляду на збільшення кількості судово-психіатричних експертиз онкохворих у цивільному судочинстві.

Матеріал і методи дослідження. В рамках даної роботи, за умови інформованої згоди, у відповідності до вимог та на підставах Закону України «Про психіатричну допомогу», було обстежено 98 хворих (47 чоловіків та 51 жінка) з онкологічними захворюваннями. Дослідження проводилось на базі клінічного відділення паліативної допомоги Київської міської лікарні №2. Вибір тематичних хворих не обмежувався віком, статтю та локалізацією онкологічного процесу. До групи дослідження не включались особи з раніше діагностованими тяжкими психічними захворюваннями, хворі з пухлинами головного мозку та онкогематологією, а також ті пацієнти, що отримували наркотичні анальгетики.

Обстеження проводилось за допомогою спеціально розробленої структурованої карти обстеження з використанням клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного, соціально-демографічного, статистичного методів дослідження. Враховувались результати додаткових лабораторних та інструментальних клінічних методів обстеження, а також висновки консультативних оглядів інших спеціалістів (невропатологів, онкологів та ін.).

Метою даної роботи було вивчення клінічної структури та клініко-психопатологічних особливостей психічних розладів при онкопатології, з метою експертної оцінки впливу цих розладів на здатність онкохворих усвідомлювати значення своїх дій та / або можливість керувати ними, для подальшої розробки судово-психіатричних експертних підходів при проведенні СПЕ особам з онкологічними захворюваннями у цивільному процесі.

Результати роботи. За віком наймолодшою пацієнткою серед обстежених хворих була жінка 29 років з

раком прямої кишки, а найстаршим обстеженим пацієнтом виявився чоловік 86 років із злякисним новоутворенням легені. Загалом серед обстежених онкохворих переважали особи похилого та старечого віку від 50 до 86 років (87 – 88,8 % випадків). З них частка осіб віком понад 80 років становила 10,2 % випадків. Віковий розподіл дослідженого контингенту, наведений у таблиці 1, в цілому відповідає віковим тенденціям онкозахворюваності, ризик якої, як відомо, значно збільшується після 50 років. До того ж, за віковим показником група обстежених онкохворих співпадає з даними щодо вікового розподілу осіб з онкопатологією на час укладання ними правочинних угод.

Дані з таблиці 1 свідчать, що жінки хворіють на онкологічні захворювання у молодшому віці, ніж чоловіки. Проте, через нечисленність спостережень, розцінювати ці дані як гендерну тенденцію онкозахворюваності не слід.

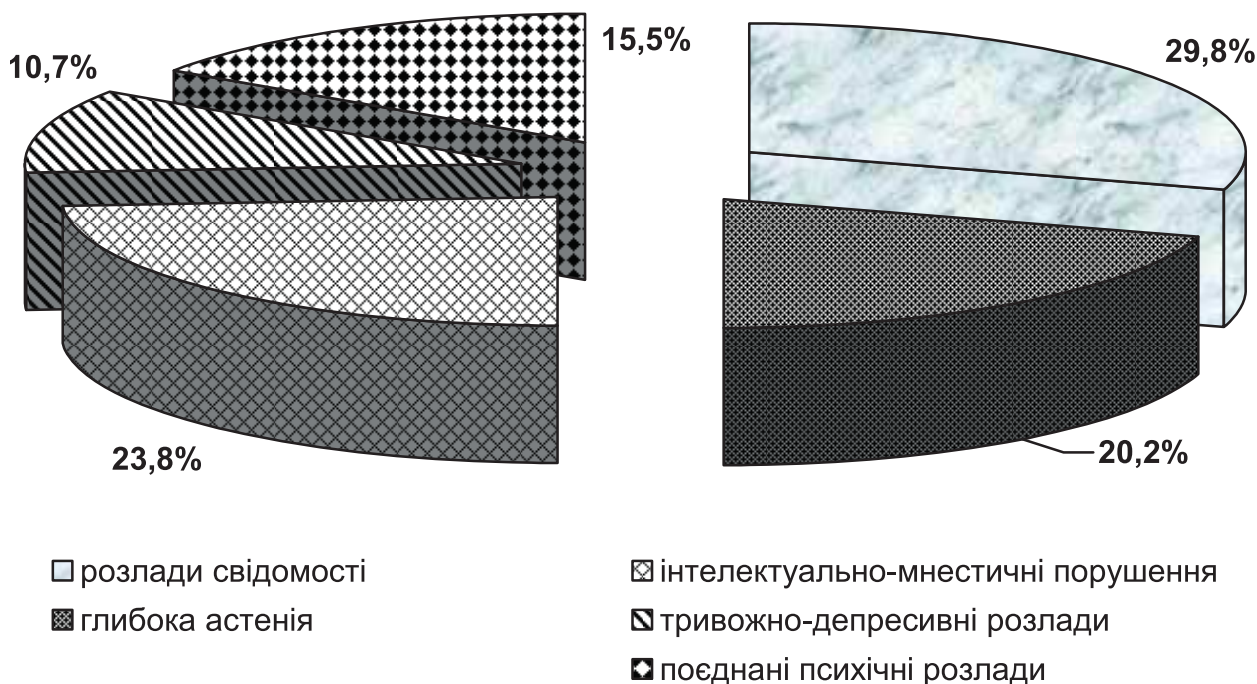
Локалізація первинної пухлини охоплювала: органи травлення (36,2 % у чоловіків і 39,2 % у жінок); органи дихання (відповідно 34,0 % і 5,9 %,  $p < 0,05$ ); статеві органи, простата у чоловіків (6,4 %) статеві органи, молочна залоза у жінок (39,2 %,  $p < 0,05$ ); сечовидільні органи (8,5 % і 2,0 %), анонімна, невізуалізована первинна пухлина, при наявності метастатичних новоутворень (8,5 % і 3,9 %), інша локалізація первинної пухлини (6,4 % і 9,8 %). Розподіл хворих за локалізацією злякисного новоутворення відображає достовірне переважання пухлинного ураження органів дихання (бронхів, легенів) у чоловіків та онкогінекологічної патології у жінок, що відповідає загальним тенденціям в онкології. Проте, встановити будь-який взаємозв'язок між локалізацією пухлинного процесу та психопатологічними особливостями психічних розладів не вдалося.

Всі досліджені хворі перебували в термінальних стадіях онкопроцесу. В усіх випадках діагнози та результати консультативних оглядів містили посилання на ускладнення основного онкологічного захворювання (метастазування, інтоксикацію, анемію, больо-

Таблиця 1

Вік хворих на час обстеження

Вік хворих (у роках)	Кількість хворих				Всього	
	Чоловіки		Жінки			
	п	%	п	%	п	%
18-29	–	–	1	2,0	1	1,0
30-39	–	–	1	2,0	1	1,0
40-49	–	–	9	17,6	9	9,2
50-59	11	23,4	8	15,7	19	19,4
60-69	16	34,0	16	19,4	32	32,7
70-79	15	31,9	11	21,6	26	26,5
понад 80	5	10,7	5	9,8	10	10,2
Разом	47	100,0	51	100,0	98	100,0



Малюнок 1. Структура психічних розладів в осіб з онкологічними захворюваннями

вий синдром без застосування наркотичних анальгетиків, асцит, ексудативний плеврит, тощо).

При динамічному обстеженні хворих з онкологічною патологією на вихідних стадіях онкопроцесу, з метою виявлення у них психічних розладів було встановлено, що відсутність будь-яких психічних розладів відмічалась лише в 14 (14,3 %) випадках. У решті онкохворих (84 – 85,7 %) спостерігались ті чи інші психічні розлади, структура яких наведена на малюнку 1.

Розлади свідомості відмічалась у 25 (29,8 %) випадках. З них у 19 (22,6%) випадках спостерігались непсихотичні розлади свідомості стадії оглушення рівню обнубіляції та сомнолентності. У 6 (7,1 %) випадках відмічалась психотичні розлади свідомості за типом делірію (F 05). Із зрозумілих причин хворі у стані сопору (прекоми) та коми обстеженню не підлягали. Ці випадки були інформативними лише у плані аналізу типу динаміки порушень свідомості в онкохворих.

За динамікою спостерігалось два типи порушень свідомості:

1) ремітуючий з періодами чередування порушеної та поновленням ясної свідомості під впливом екзогенно-ендогенних факторів (наприклад, ракової інтоксикації, ускладнень онкопатології, дезінтоксикаційної терапії, тощо) Такі транзиторні розлади свідомості зазвичай носили тимчасовий скороминучий перебіг, тривали від декількох хвилин до декількох годин і мали характер оглушення з порушенням усвідомлення об'єктивної дійсності, дезорієнтуванням, фрагментарним сприйняттям оточуючого, відсутністю реакцій на незначні подразники, малопродуктивністю мовного контакту тощо. Цей тип порушень свідомості становить найбільші діагностичні труднощі у плані своєча-

сного виявлення, диференціальної діагностики з астеничними станами та фіксуванням у медичній документації. Розлади свідомості неглибокого рівня, з чітким діагностуванням цих станів, вкрай рідко були відображені в історіях хвороби. Здебільшого лікарі лише опосередковано відображали розлади свідомості, фіксуючи у своїх записях погіршення загального стану хворих, їх загальмованість, утрудненість контакту, відсутність відповідей на більшість питань, відсутність реакцій на тиху мову, тощо. При цьому нерідко зазначали «свідомість ясна», що зводило нанівець достовірність діагностичної та судово-психіатричну оцінки медичних даних щодо стану хворого.

2) поступово-прогресивний тип перебігу розладів свідомості зазвичай свідчив про вихідну стадію процесу. Починаючись з симптомів оглушення, розлади свідомості прогресивно поглиблюючись переходили у кому з наступним летальним кінцем, без світлих проміжків, без відновлення ясної свідомості або покращення. Цей процес тривав від декількох годин, до 1-3 діб. У цьому періоді родичі (оточуючі) хворого, усвідомлюючи наближення летального кінця, іноді терміново намагались ініціювати укладання юридичних угод, що в подальшому може виступати підґрунтям судового розгляду та призначення експертизи.

Особливістю деліріозних станів в онкохворих була невиразність психомоторного збудження через фізичну виснаженість та астенизацію. Клінічна картина делірію в онкохворих характеризувалась наявністю зорових ілюзій та галюцинацій страхітливого змісту, порушенням орієнтування та адекватного сприйняття оточуючої дійсності, відсутністю повноцінного контакту, зміною мовної продукції, неадекватністю висловлювань, поведінки, емоційними реакціями роздратовано-

сті, страху, агресивності до оточуючих. Через виснаженість та астенію, фізична активність хворих зазвичай була обмежена ліжком або межами палати, проте, у деліріозному стані вони намагались встати з ліжка, покинути палату, некритично відмовлялись від лікування, агресивно реагували на спроби їх заспокоїти та допомогти. Деліріозні розлади свідомості не представляли діагностичних труднощів. Ці стани досить повно відображались в історіях хвороби та в 4 (4,8 %) випадках виступали причиною призначення консультації лікаря-психіатра.

На противагу їм, непсихотичні розлади свідомості за типом неглибоких стадій оглушення (обнубіляції, сомноленції), здебільшого лишались недіагностованими психічними розладами, незафіксованими в медичній документації і, як наслідок, не виступали причинами призначення консультації психіатра, так як розцінювались лікарями в межах «звичайних астеничних проявів у тяжко хворих на рак», що в подальшому, при можливому проведенні СПЕ, може призвести до невідповідності експертних висновків реальному стану пацієнта.

У жінок розлади свідомості спостерігались частіше ніж у чоловіків.

Клінічна картина розладів свідомості непсихотичного рівня та станів глибокої астенії ідентична за своїми клінічними проявами, що викликає диференціально діагностичні труднощі. Основною відмінною ознакою, притаманною розладам свідомості, є дезорієнтування в оточуючому, ситуації, місці перебування. При станах, навіть глибокої астенії, орієнтування у власній особистості, часі, місці перебування у хворих зберігається. Діагностична ідентифікація цих станів має суттєве значення для судово-психіатричної експертної оцінки. Розлади свідомості будь-якого рівня однозначно унеможливають здатність особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними.

Глибока астенія із загальмованістю, сонливістю, утрудненням мовного контакту з короткими відповідями на питання після паузи тихим голосом, важкістю відтворення інформації, виснажливістю, байдужістю до оточуючого, апатичністю, підвищеною сугестивністю в такому стані, може впливати на здатність адекватно усвідомлювати оточуючу дійсність, розуміти сутність та фактичний характер явищ та подій, планувати та усвідомлювати наслідки власних, тим більше юридично значимих вчинків, при збереженні поверхневого розуміння суті подій.

Ознаки психічної астенії різного ступеню важкості з підвищеною психофізичною втомлюваністю, швидкою виснажливістю, емоційною лабільністю, драгівливою слабкістю, непереносимістю зовнішніх подразників, важкістю сприйняття нової інформації, забудькуватістю, порушеннями фіксації, утримання та відтворення інформації, зменшенням здатності до цілеспрямованої розумової діяльності, нестійкістю, обмеженням уваги, афективними розладами у вигляді драгівливої дистимічності з ситуативно-обумовленими змінами

афекту, тощо, спостерігались в усіх без виключення досліджених хворих. Ознаки глибокої астенії (F 06.6) відмічались у 17 (20,2 %) випадках, у жінок частіше ніж у чоловіків.

З судово-психіатричних позицій розлади свідомості однозначно можуть бути підставою для законного огляду психіатром з метою унеможливлення будь-яких маніпуляцій з правочиноздатністю хворих. Навіть виходячи з практичних реалій лікарської діяльності, враховуючи термінальну стадію онкозахворювання і його прогнозований кінець, а також беручи до уваги медико-етичні міркування, твердження про обов'язковий огляд лікаря-психіатра є однозначним. Вирішення цієї дилеми, в основі якої лежить, перш за все, захист законних і етичних прав пацієнта, потребує зваженого наукового і законодавчо урегульованого підходу з розробкою моделі надання комплексної онкопсихіатричної допомоги хворим з онкологічною патологією.

Інтелектуально-мнестичні розлади від легкого когнітивного зниження до виразного психоорганічного синдрому спостерігались у 20 (23,8 %) випадках. Високий відсоток цих розладів був пов'язаний з переважанням осіб похилого віку з високою часткою супутніх, насамперед неврологічних захворювань (церебрального атеросклерозу, енцефалопатій різного генезу, хронічного порушення мозкового кровообігу, залишкових явищ перенесених гострих порушень мозкового кровообігу, тощо).

Легке когнітивне зниження (F 06.7) з незначними порушеннями пам'яті, важкістю навчання та сприйняття нового матеріалу, утрудненим зосередженням уваги, як наслідок безпосереднього впливу онкологічного захворювання спостерігалось у 7 (8,3 %) випадках.

Психоорганічний синдром (F 07.9) з більш виразними розладами пам'яті, порушеннями інтелекту, афективною нестійкістю, внаслідок органічного ураження головного мозку різного генезу, складав 13 (15,5 %) випадків. З них стадії виразних інтелектуально-мнестичних розладів до ступеню деменції, психоорганічний синдром сягав у 5 (6,0 %) випадках. Діагноз «деменція» не встановлювався через відсутність можливості спостерігати хворих щонайменше 6 місяців відповідно до критеріїв діагностики деменції за МКХ-10. В даних випадках ця умова є особливо актуальною, з урахуванням потенціюючого впливу онкопатології на інтелектуально-мнестичні розлади, що може помилково розцінюватись як деменція, але при покращенні онкологічного стану пацієнта не відповідати рівню набутого недоумства.

Інтелектуально-мнестичні розлади є супутніми, а не наслідковими порушеннями онкопатології, на відміну від інших зазначених психічних розладів. Онкологічні захворювання внаслідок соматогенного (інтоксикаційного) та психогенного (афектогенного) впливу можуть поглиблювати інтелектуально-мнестичні розлади. Останні ж виступають патопластичним підґрунтям розвитку розладів свідомості, глибокої астенії,

афективних та психотичних порушень при онкопатології. У чоловіків інтелектуально-мнестичні розлади спостерігались частіше, ніж у жінок.

Судово-психіатрична оцінка інтелектуально-мнестичних порушень залежить від рівня та глибини психопатологічних розладів. Наявність легкого когнітивного зниження чи невиразного психоорганічного синдрому не позбавляє онкохворих здатності усвідомлювати значення своїх дій та можливості керувати ними. Психопатологічні розлади при помірному психоорганічному синдромі можуть істотно впливати на здатність усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними. При виразному психоорганічному синдромі, що сягає рівня деменції, така здатність порушується.

Афективні порушення у вигляді тривожно-депресивних розладів в рамках органічних розладів настрою (F 06.32) або невротичних розладів адаптації (F 43.22, F 43.23) спостерігались в 9 (10,7 %) випадках. Особливістю цих станів, в осіб з онкологічними захворюваннями на вихідних стадіях, була невиразність, неглибокий рівень клінічних проявів, з існуванням тривоги, депресії, неспокою, роздратованості, гнівливості, сльозливості, іноді апатичності, з відсутністю суїцидальних думок, намірів і спроб. Виявлені афективні розлади не впливали на здатність онкохворих усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними.

У 13 (15,5 %) випадках при динамічному спостереженні за психічним станом пацієнтів відмічалась поєднана психічна патологія, тобто постійне або тимчасове співіснування декількох психічних розладів (співіснування інтелектуально-мнестичних та тривожно-депресивних розладів, розвиток розладів свідомості на тлі когнітивних чи інтелектуально-мнестичних порушень, наростання астенічних проявів через стадію глибокої астенії до прогресуючих порушень свідомості від оглушення до коми, тощо).

Не дивлячись на поширеність психічних розладів, більшість з яких носили виразний характер, консультація лікаря-психіатра призначалась у 6 (7,1 %) випадках. Причинами консультативного огляду у 4 (4,8 %) випадках виступали психомоторне збудження під впливом психотичних розладів свідомості та депресивні стани, переважно із сльозливістю та неспокоєм (2 – 2,3 % випадків).

Відповідно, процент об'єктивного відображення психічного стану пацієнтів в історіях хвороби був низьким, що зменшуватиме експертну цінність медичних документів як джерела отримання доказів при проведенні судово-психіатричних експертиз онкохворих.

#### Висновки

Таким чином, дослідивши і проаналізувавши поширеність, структуру та клініко-психопатологічні особливості психічних розладів в осіб з онкологічними захворюваннями можна зробити наступні висновки.

1. У хворих з онкологічною патологією на вихідних стадіях онкопроцесу відмічалась висока поширеність психічних розладів. При обстеженні онкохворих з метою виявлення психічних розладів було встановлено, що відсутність будь-яких психічних порушень відмічалась лише в 14,3 % випадків. У решти онкохворих (85,7 %) спостерігались ті чи інші психічні розлади.

2. Структура психічних розладів в осіб із злочинними новоутвореннями включала: розлади свідомості – 29,8 %; глибоку астенію – 20,2 %; когнітивні порушення, інтелектуально-мнестичне зниження – 23,8 %; тривожно-депресивні розлади – 10,7 %; поєднані психічні розлади – 15,5 %.

3. Судово-психіатрична оцінка психічних розладів при онкопатології залежить від рівня та глибини психопатологічних порушень. Розлади свідомості, виразне інтелектуальне зниження, що сягає ступеню деменції унеможливають усвідомлення особою значення своїх дій та можливість керувати ними. Наявність легкого когнітивного зниження, невиразного психоорганічного синдрому, неглибоких тривожно-депресивних та астенічних порушень не позбавляє онкохворих здатності усвідомлювати значення своїх дій та можливості керувати ними. Психопатологічні розлади при помірному психоорганічному синдромі, глибокій астенії можуть істотно впливати на здатність особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними.

4. Не дивлячись на поширеність психічних розладів, консультація лікаря-психіатра призначалась лише у 7,1 % випадках. Причинами консультативного огляду виступали психомоторне збудження під впливом психотичних розладів свідомості та депресивні стани. Неповне відображення психічного стану пацієнтів в історіях хвороби зменшуватиме експертну цінність медичних документів як джерела отримання доказів при проведенні судово-психіатричних експертиз онкохворих.

#### Література:

1. Касимова Л. Н. Результаты психопатологического и психологического исследования онкологических больных / Л. Н. Касимова, Т. В. Жилева // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 3. – С. 21-25.
2. Дубініна К. С. Психічні розлади в онкологічних хворих у термінальному стані / К. С. Дубініна // Архів психіатрії. – 2004. – Т. 10, № 3 (38). – С. 122-125.
3. Печерникова Т. П. Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза лиц с онкологическими заболеваниями в гражданском процессе (пособие для врачей) / Т. П. Печерникова, Н. В. Бутылина. – М.: ГНЦ ССП им. В. П. Серьбского, 2003. – 31 с.
4. Бажин Е. Ф. Психогенные реакции онкологически больных: метод рекомендации / Е. Ф. Бажин, А. В. Гнездилов. – Ленинград, 1983. – 33 с.
5. Васильева А. Ю. Непсихотические психические расстройства у пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями: дис. докт. мед. наук: 14.01.16 / Васильева Анна Юрьевна. – 2010. – 328 с.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С.С. Шум

В статье представлена структура и клинико-психопатологические особенности психических расстройств у онкобольных. Проведена их экспертная судебно-психиатрическая оценка.

**Ключевые слова:** онкобольные, психические расстройства, судебно-психиатрическая оценка, гражданская дееспособность

## CLINICAL CHARACTERISTIC OF MENTAL DISORDERS AMONG PATIENTS WITH ONCOLOGICAL DISEASES S.S. Shum

The article presents the structure and clinical psychopathological features of mental disorders among cancer patients. Their expert forensic psychiatric assessment was held.

**Keywords:** patients with cancer, mental disorders, forensic psychiatric evaluation, civil capacity

УДК 616.89

## О.Г. Сыропятов<sup>1</sup>, Н.А. Дзеружинская<sup>2</sup>, А.Н. Дзюба<sup>2</sup>, Н.Г. Астафурова<sup>3</sup> КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА ПРИ СИНДРОМЕ ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ

Украинская военно-медицинская академия, г. Киев<sup>1</sup>

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МОЗ Украины, г. Киев<sup>2</sup>

Институт психотерапии и клинической психологии, г. Москва<sup>3</sup>

Часть II

**Ключевые слова:** стресс, тревога, депрессия, перфекционизм, психическое выгорание

Для изучения значения перфекционизма при психическом выгорании использовалось экспериментально-психологическое исследование. В соответствии с Индивидуально типологическим опросником (ИТО), типология индивидуальности базируется на восьми тенденциях: четырёх основных и четырёх промежуточных: лидерство, неконформность, конфликтность, индивидуализм, зависимость, конформность, компромисс, коммуникативность. Результат соединения двух тенденций реализуется в виде восьми вариантов социального поведения: экстраверсия, спонтанность, агрессивность, ригидность, интроверсия, сенситивность, тревожность, лабильность. Противоположные типологические особенности ригидность – лабильность формируют, в свою очередь, два полярных типа, что представляют смешанные варианты соответственно «слабого» и «сильного» типов. Ригидный тип характеризуется соединением индивидуальной самоуглублённости и упрямства с интроверсией и представляет собой инертность установок, негибкой, отгороженной личности, склонной к педантизму и настороженной педантичности, с формально-логическим мышлением. Лабильный тип – отличается выраженной изменчивостью настроения, мотивационной нестойкостью, повышенной эмоциональностью, художественным типом восприятия. Промежуточные характеристики представляют собой сплав особенностей, синтез двух ведущих тенденций, что проявляется в социальной активности индивида. Чем отчётливее выражена

та или иная особенность, тем ближе к норме эта тенденция, тем устойчивее структура индивидуально-личностных особенностей.

Уровень социальной активности (стремление к общению) в основной группе был неадекватным, имели место фрустрация физической и социальной активности личности. Индивидуально-типологические свойства данной группы характеризовались наличием гипертимной акцентуации, которая проявлялась в повышенных показателях экстравертированности, коммуникативности, лидерства, конформности (рис. 1.) .

Выявлены высокие показатели в основной группе испытуемых по таким личностным свойствам, как аггравация, конфликтность, конформность и компромиссность, экстраверсия, агрессивность и ригидность, сенситивность, тревожность и эмоциональная лабильность.

Показатели свойств личности по ИТО: 1) лживость; 2) аггравация; 3) лидерство; 4) неконформность; 5) конфликтность; 6) индивидуализм; 7) зависимость; 8) конформность; 9) компромиссность; 10) коммуникативность; 11) экстраверсия; 12) спонтанность; 13) агрессивность; 14) ригидность; 15) интроверсия; 16) сенситивность; 17) тревожность; 18) лабильность.

Результаты анализа способов урегулирования конфликтов по двухмерной модели урегулирования конфликтов К. Томаса показали, что у лиц с психическим выгоранием преобладала конкуренция, как стремление добиться удовлетворения своих интересов в ущерб другому (24%), и избегание, для которого характерно