

**ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ
И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ**

В. Я. СЕМКЕ, Б. С. ПОЛОЖИЙ



В. Я. Семке, Б. С. Положий. **Пограничные состояния и психическое здоровье.** — Томск: Изд-во Том. ун-та, 1990. — 209 с. — 2 р. 30 к. 2000 экз. 4108110000.

В монографии рассматриваются вопросы распространенности пограничных нервно-психических расстройств у жителей Сибири и Дальнего Востока. Приводится квалифицированный и представляющий большой научный интерес анализ разнообразных (конституционально-биологических, экзогенно-органических, соматогенных) факторов, неблагоприятно влияющих на психическое здоровье человека и способствующих развитию нервно-психической патологии. Особое внимание уделено микросоциальным факторам, играющим значительную роль в возникновении и течении пограничных состояний. Приводятся обширные данные о клинике, систематике и динамике пограничных состояний, особый акцент делается на описании донозологических и инициальных форм этой патологии, не описанных ранее в литературе.

Для специалистов, занимающихся вопросами пограничных состояний и пограничной психиатрией.

Рецензент — доктор медицинских наук, профессор
Е. Д. Красик

ISBN 5-7511-0104-9

С $\frac{4108110000}{177(012)-90}$ 86—90

© Семке В. Я., Положий Б. С., 1990

ПРЕДИСЛОВИЕ

Духовное развитие советских людей тесно связано с укреплением их физического и психического здоровья. В «Основных направлениях развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года» сформулирована стратегическая задача нашего государства, всего народа — необходимость формирования здорового образа жизни каждого человека, всего общества в целом. Понятие «здоровье» рассматривается Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как состояние полного физического и социального благополучия; это определяет чрезвычайную актуальность научной разработки проблем охраны психического здоровья, устранения неблагоприятных факторов, приводящих к различным нервно-психическим расстройствам, среди которых видное место занимают пограничные состояния.

Пограничные нервно-психические расстройства (ПНПР) представляют собой проблему широкого медицинского плана. Возросший в последние десятилетия интерес к различным аспектам пограничной, «малой» психиатрии может быть объяснен высказыванием К. Маркса: «Человечество ставит себе всегда только такие задачи, которые оно может разрешить, так как при ближайшем рассмотрении всегда оказывается, что сама задача возникает лишь тогда, когда материальные условия ее решения уже имеются налицо или, по крайней мере, находятся в процессе становления»¹. В настоящее время созданы предпосылки к углубленному и всестороннему изучению пограничных состояний, что

¹ Маркс К., Энгельс Ф. Соч. 2-е изд. Т. 13. С. 7.

диктуется все большим их распространением среди населения, отчетливым преобладанием в общей структуре болезненности, негативным влиянием на микроклимат в коллективах и производственные показатели, а также обнаруживаемым в последние годы патоморфозом их клинических проявлений.

Бурное развитие пограничной, «малой» психиатрии привело к тому, что она стала «не большой, она стала огромной» [Кабанов М. М., 1983]. Особое внимание привлекает исследование начальных и так называемых до-нозологических форм пограничной нервно-психической патологии: оно предполагает изучение «гораздо тонких и деликатных явлений» [Кербиков О. В., 1963], в которых элементы здоровья преобладают над механизмами «полома». Современные темпы развития народного хозяйства резонно выдвинули перед учеными-медиками вопрос о «здоровье здоровых», охране человека от всего, что способствует развитию пограничных состояний: имеется в виду пристальное изучение адаптационных возможностей мозга, устойчивости человеческой психики к воздействию вредных факторов внешней среды. В Политическом докладе Генерального секретаря ЦК КПСС тов. М. С. Горбачева XXVII съезду партии сказано: «Для каждого человека, да и для общества нет большей ценности, чем здоровье. Охрана и укрепление здоровья людей — дело первостепенной важности. Проблемы здоровья мы должны рассматривать с широких социальных позиций»².

Возникновение и течение ПНПР, правомерно относимых к психической дезадаптации [Александровский Ю. А., 1976, 1987; Короленко Ц. П., 1978; Смирнов В. К., 1983 и др.], приобретают определенную специфику в условиях восточного региона страны, что связано с интенсивным освоением зон, характеризующихся повышенным физическим и психологическим напряжением, воздействием неблагоприятных природно-климатических факторов, высоким уровнем социальной мобильности населения, дефицитом трудовых ресурсов, увеличением количества черепно-мозговых травм и др. В первую очередь это касается как стадий становле-

² Горбачев М. С. Материалы XXVII съезда КПСС. М.: Политиздат, 1986. С. 49.

ния, так и затяжных форм пограничной патологии: в основе возрастания последних, по мнению В. П. Казначеева (1974), лежит «недостаточность процессов восстановления», возникающая под влиянием психических напряжений, нарушений биоритмов, значительного изменения абиотических свойств среды, генетически меньшей приспособляемости человеческого организма к хроническим напряжениям, чем к острым. В формировании специфических особенностей «почвы» помимо указанных выше конституционально-биологических и экзогенно-органических влияний имеют значение соматогенные — описторхоз, хронические неспецифические заболевания легких, способствующие становлению своеобразного гипоксического синдрома головного мозга [Тлапшюков М. Х., 1984].

Рассмотрение регионального аспекта проблемы пограничных состояний и охраны психического здоровья населения привело нас к выводу о целесообразности комплексного, системного подхода к их изучению с использованием трех взаимосвязанных и взаимообогащающих методов — клинико-эпидемиологического, клинико-динамического и реабилитационного. Первый из них позволяет оценить «величину проблемы», определить [в соответствии с воззрением Мак-Маном, (1965)] «поражающие факторы», приводящие к формированию ПНПР. Второй — облегчает детальное рассмотрение разнообразной пограничной патологии, представленной на одном полюсе ранними, донозологическими проявлениями, на другом — затяжными, труднокурабельными формами. Третий — реабилитационный подход — является, по нашему мнению, основополагающим, поскольку «закрывает» на себе результаты эпидемиологических и клинических изысканий.

С учетом многофакторной природы пограничных состояний представляется очевидным наметить ключевые пункты их этиопатогенетического и клинико-динамического анализа, которые имеют несомненный региональный ракурс. В качестве теоретико-методологической платформы такого изучения нами выбран экологический базис, основывающийся на принципах всестороннего, тщательного изучения как сугубо внешних (климато-географических, микросоциальных) влияний, так и личностно-типологических характеристик индивида. Пере-

крещиваясь и взаимно перекрывая друг друга, вышеуказанные принципы образуют психосоциальный методологический аспект проблемы: он зиждется на положении, что человек, являясь биосоциальным существом, опосредует как внешние, так и внутренние «составляющие» через среду («социум»). Логическим завершением рассматриваемого нами методологического подхода к изучению пограничных состояний должен быть клинический принцип, основанный на уже упомянутых ранее клинико-эпидемиологическом и клинико-динамическом методах в психиатрии: он позволяет с учетом экологического подхода (среда обитания), личностно-психологического (индивидуум) и психосоциального анализа дифференцировать обследуемых лиц на три группы: «здоровые», «группа риска», «больные».

Сложность и трудность рассматриваемых в данной монографии проблем определяются не только отсутствием единства взглядов в понимании категорий «психическое здоровье», «пограничные состояния», «преморбидные состояния», «предболезнь», но и относительно малым числом научных и клинических факторов, раскрывающих содержание этих понятий. Отсюда проистекает известная дискуссионность многих положений и выводов, требующих дальнейшего накопления, изучения и сопоставления клинических результатов, полученных в ходе выполнения комплексных научно-технических программ (для научного коллектива таковой является республиканская программа «Здоровье человека в Сибири»). Вместе с тем, очевидно, следует упомянуть, что мы располагаем помимо клинического материала данными широкого комплексного параклинического обследования (нейрофизиологического, социометрического, экспериментально-психологического, генетического, иммунологического), однако в силу ограниченного объема работы они остаются за пределами нашего изложения. Следует лишь отметить продуктивность раскрытия материальных основ изучаемой патологии на самых различных этапах ее формирования прежде всего в начальную и затяжную стадии: в первом случае это будет соответствовать разработке профилактических мероприятий на самом раннем, донозологическом уровне, во втором — предупреждению инвалидизации, своевременно-

му включению направленных реабилитационных воздействий.

По сути дела, данная работа — первая попытка обобщить конкретные результаты многостороннего изучения проблемы пограничных заболеваний и психического здоровья населения Сибири и Дальнего Востока. Надеемся, что за нею последуют новые факты и предположения, позволяющие сфокусировать интересы ученых различных специальностей и врачей-практиков на узловых вопросах пограничной психиатрии, стимулировать их к дальнейшим совместным плодотворным изысканиям.

В последние годы становится все более очевидной настоятельная необходимость отхода от традиционного монозологического анализа проблем пограничной нервно-психической патологии и психического здоровья, которому должна быть противопоставлена интеграция усилий специалистов различных медицинских дисциплин, а также социологов, педагогов, юристов и др. Рассматриваемые проблемы включают комплекс серьезных нерешенных вопросов, основными из которых являются следующие:

— отсутствие общей методологической концепции пограничных состояний, развивающихся с учетом специфических региональных влияний и особенностей;

— слабая разработанность эпидемиологических аспектов ПНПР, позволяющих в полной мере характеризовать «величину проблемы» — прежде всего в сопоставлении с состоянием «психического здоровья» и «предболезни»;

— противоречивость имеющихся данных о вкладе разнообразных биологических, социально-психологических (микросоциальных), экзогенно-органических и соматогенных факторов в динамику пограничных состояний;

— малая изученность нейрофизиологических основ формирования ПНПР и комплексной оценки показателей функционального состояния организма на ранних стадиях предболезненных сдвигов;

— неразработанность проблемы дифференциальной диагностики собственно пограничных расстройств и их «аналогов», представляющих этап динамики основного заболевания (прежде всего из круга эндогенных);

— отсутствие углубленных исследований по сано-генезу пограничных состояний, что, естественно, затрудняет разработку четких программ ранней диагностики, патогенетической терапии и направленной профилактики этих нарушений.

Безусловно, данный перечень не исчерпывает «обойму» первоочередных задач, стоящих перед исследователями в области пограничной психиатрии и смежных с нею дисциплин. Однако и он дает возможность судить о чрезвычайной важности рассмотрения с региональных позиций широкого круга проблем в рамках «психического здоровья — преморбидных состояний — пограничной-нервно-психической патологии», позволяющей искать новые пути к научному управлению уровнем психического здоровья больших контингентов лиц, пребывающих в субэкстремальных и экстремальных условиях.

Глава I

СОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ОБЩЕСТВА И ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Здоровье населения страны составляет весомый фактор, предпосылку прогресса общества, наращивания трудовых ресурсов и производительности труда, важнейший показатель социального благополучия, являющийся составным компонентом «качества жизни». В. И. Ленин назвал здоровье человека «казенным имуществом», «общественным богатством» страны. Из этого положения вытекает необходимость рассматривать здоровье трудящихся не только как их личное дело, но и как общественное достояние. Академик П. Л. Капица выдвинул три основных критерия качества населения — долголетие, материальное благополучие, духовные и умственные способности; последний из них он считает наиболее важным, поскольку тот определяет судьбу человечества.

Понятие «здоровье населения» является комплексным, интегративным. Оно состоит на пограничной линии между социальной медициной и психологией, демографией, экономикой. В век научно-технической революции интеллектуальный потенциал нации приобретает важнейшее социальное значение. Дальнейшая работа по охране и укреплению здоровья трудящихся требует осуществления ряда мер научного характера. Важной вехой на этом пути следует рассматривать ежегодную диспансеризацию всего населения страны.

Проблема распространения нервно-психической патологии составляет в двадцатом столетии одно из ключевых звеньев клинической медицины, общественного здравоохранения и социальной жизни — не в меньшей степени, чем проблема сердечно-сосудистой патологии или злокачественных новообразований [Петраков Б. Д.,

1972]. В последние годы в современной психиатрии отчетливо проявили себя две тенденции, наметившиеся еще в начале нынешнего века. Прежде всего, наша дисциплина постепенно и неотвратно утверждает свой экстрамуральный внебольничный статус, приближаясь к повседневным запросам жизни и вторгаясь в смежные с нею области — социологию, психологию, педагогику, юриспруденцию и др. Об этом писал еще в 1933 г. П. Б. Ганнушкин: «С тем же подходом идем мы в жизнь, идем в школу, в казарму, на фабрику, в тюрьму, ищем там не умалишенных, которых нужно поместить в больницу, а ищем полунормальных людей, пограничные типы, промежуточные ступени... вот место приложения нашей деятельности в ближайшем будущем». Все более очевидной становится роль медицинского психолога и психиатра в решении насущных задач современного производства, в поддержании и укреплении психического здоровья участников педагогического процесса (учащийся—семья—педагог), в реализации целого ряда актуальных экологических и народнохозяйственных проблем.

Вторая тенденция связана с нарастающим взаимодействием психиатрии с другими медицинскими дисциплинами, их взаимопроникновением и обогащением, в первую очередь в терапевтической сфере. Результатом такого развития современной клинической медицины явилась кристаллизация новых областей знания на стыках традиционных отраслей, например, учения о функциональных кардиопатиях (в кардиологии), невротических и неврозоподобных состояниях (в неврологии, онкологии, акушерстве и гинекологии), об использовании адаптогенов растительного и животного происхождения в комплексной терапии и т. д. Это привело к возникновению и новых специальностей: психоэндокринологии, психонейрогинекологии, психофармакологии, соматопсихиатрии и др. Однако наиболее существенный толчок в своем развитии получил в этих условиях молодой раздел психиатрической науки — пограничные состояния.

Пограничные состояния традиционно составляют область так называемой «малой» психиатрии, изучение которой, согласно воззрениям П. Б. Ганнушкина (1933), может идти двумя взаимодополняющими путями: во-первых, от «большой» психиатрии, позволяющей раскрыть зоны соприкосновения пограничных нервно-психи-

ческих расстройств с явными психозами; во-вторых, от рассмотрения формирования нормальной психической деятельности, от состояния здоровой гармонической личности — к деятельности аномальной, каковыми являются психопатические личности. Многие проявления пограничных состояний возникают иногда в виде изолированных и кратковременных эпизодов у здоровых людей: под влиянием психических переживаний, эмоционального перенапряжения, физического утомления и т. п., однако после устранения этих факторов болезненные отклонения бесследно исчезают. Как видно, пограничная психиатрия имеет разнообразные, поливалентные связи; это оправдывает и сам термин «пограничности» — наличие грани с «психическим здоровьем» и выраженными, «истинными» психотическими расстройствами.

В клиническом плане пограничные состояния включают в себя неврозы, патохарактерологические развития личности, психопатии и схожие с ними неврозоподобные, психопатоподобные расстройства, возникающие под воздействием экзогенно-органических или соматогенных воздействий. Каждая из указанных нозологических групп имеет свою очерченную клиническую «физиономию» (представленную в основном эмоционально-волевой патологией), динамику [описанную в трудах П. Б. Ганнушкина (1933, 1964) и О. В. Кербикова (1961—1971)], нейрофизиологическую основу, прогноз, исход. В этой связи следует признать методологически неоправданными попытки расширения зоны пограничных состояний за счет включения эндогенных расстройств и соматогенно обусловленных нарушений, представляющих собой лишь этап развертывания основного заболевания.

Большинство из ПНПР (в первую очередь, неврозы, в меньшей степени — психопатии) связано с неблагоприятными обстоятельствами, способствующими возникновению у индивидуума острого или хронического перенапряжения головного мозга. С учетом сказанного пограничные состояния как бы являются барометром общественного здоровья и динамики социального развития общества. В этом плане характерны показатели сопоставления распространенности неврозов в нашей стране и США [Мясищев В. Н., 1965]: по признанию многих американских исследователей, большой рост

этой патологии отражает сложность социально-экономических и политических противоречий капиталистической системы. С другой стороны, и в нашей стране число неврозов не убывает, что объясняется бурными процессами в социальной жизни, революционной перестройкой общественного сознания, болезненной ломкой устоявшихся межличностных отношений.

«Экспансию» пограничных состояний многие исследователи склонны объяснять влиянием научно-технического прогресса с его урбанизацией, повышением ритма жизни, информационными перегрузками, автоматизацией и механизацией производства. В условиях возрастающих темпов жизни, требующих большой подвижности и напряженности психических процессов и эмоций, претерпевает изменения социально-биологический стереотип реагирования на микросоциальные конфликтные ситуации. Такая быстрая смена производственно-бытовых условий и усложнений межчеловеческих контактов определяет повышенные требования к приспособительным (адаптивным) механизмам человеческого организма: биологический базис как бы вступает в противоречие с социальными качествами личности.

Для современного этапа НТР чрезвычайно важным является решение проблемы, которую можно определить, используя понятия компьютерной техники, как «высокое соприкосновение»: чем выше уровень человеческой деятельности, тем выше должна быть и ступень развития общества, самого человека в их взаимодействии с природой. Не представляется таким уж преувеличением высказывание известного американского психоаналитика Карен Хорни (1952), которая заявляла: «Не надо спрашивать, страдает ли данный человек неврозом, надо спрашивать, каким неврозом он страдает». Это положение можно считать еще более доказательным, если признать наличие промежуточных (между здоровьем и болезнью), «доболезненных» состояний.

«Наука — нервная система нашей эпохи». Эта образная и изящная фраза А. М. Горького отражает процесс проникновения многих медицинских дисциплин (в первую очередь, психиатрии) во все сферы общественной жизни. Широко известно мнение, что «каждая эпоха имеет свою психиатрию»: эпоха НТР дает заметный рост пограничных нервно-психиатрических отклоне-

ний, который определяется характерной социальной системой отношений, действующей регулирующие и модифицирующие на выбор стереотипов реагирования. Перед многими специалистами возникает задача научного изучения весьма тонких, деликатных явлений, обусловленных отрицательными эмоциями, — депрессий, робости, мнительности, застенчивости, слабости, истощаемости, нарушений сна, возбудимости, повышенной внушаемости, навязчивых мыслей и страхов, сексуальных дисфункций.

Ускорение не только производственного, но и жизненного темпа человека, рост потенциальных возможностей нервно-эмоциональных «сшибок», высокая интенсификация рабочих процессов способствуют снижению работоспособности, возникновению отрицательных эмоций, что определяет, как следствие, формирование нервно-психической, сердечно-сосудистой и иной патологии. Вместе с тем сейчас становится все более очевидным, что НТП создал лишь предпосылки для роста пограничных нервно-психических отклонений, ибо «никакой сумасшедший» ритм современности, никакая острота нервных переживаний не могут вызвать патологические состояния, если это именно ритм, если периоды наибольшего напряжения чередуются с моментами покоя» [Анохин П. К., Судаков К. В., 1973]. В любых ситуациях человек действует на фоне определенного психофизиологического состояния, поддерживаемого одним из важнейших свойств организма — механизмом саморегуляции. Согласно взглядам П. К. Анохина, все функции организма, отклонившиеся от нормы в результате эмоционального перенапряжения, возвращаются к исходному состоянию по миновании этого напряжения; отсюда вытекает задача — управлять последовательной сменой периодов высокого нервного напряжения с состояниями покоя, позитивного эмоционального отреагирования.

Таким образом, при изучении важнейших аспектов охраны психического здоровья населения необходимо с диалектических позиций оценивать влияние научно-технического прогресса: с одной стороны, речь идет о расширяющихся возможностях управления общественным и индивидуальным здоровьем, с другой — о его негативных эффектах, существенно влияющих на показате-

ли здоровья. В этой связи возникает необходимость проведения специальных исследований структуры психического здоровья для каждого климато-географического и производственного регионов страны, в том числе сибирского и дальневосточного.

Уместно заметить, что те социально-экономические факторы, которые (по заключению экспертов ВОЗ и крупных специалистов в нашей стране) способствуют распространению пограничной нервно-психической патологии, в восточном регионе выражены значительно резче: выше процессы социальной мобильности населения (текучесть кадров, создание новых популяций, продвижение человека в зоны повышенного физического и психологического напряжения), более интенсивны производственные нагрузки как в промышленности, так и в сельском хозяйстве.

Особенностью Сибири и Дальнего Востока в настоящее время и в обозримом будущем следует считать перенесение хозяйственной деятельности человека в районы с нарастанием дискомфортных условий, высокие темпы освоения новых природных ареалов, формирование на этих территориях сложных промышленных комплексов, создание новых отраслей экономики. Темпы экономического развития Сибири превышают среднесоюзные показатели, здесь в 1, 3 раза выше производительность общественного труда [Бедный М. С. с соавт., 1985]. Следует иметь в виду, что на территории Сибири и Дальнего Востока находится 90% природных ресурсов страны, а проживает всего лишь 10% населения. Все это составляет тот фон, на котором протекают медико-демографические процессы, определяющие на практике конкретный уровень психического здоровья населения региона: к числу их относится неравномерность в обеспечении различными видами медицинской помощи, ее неодинаковая доступность (особенно сельским жителям), более низкая — сравнительно с западными районами страны — техническая оснащенность лечебно-профилактических учреждений [Бородин Ю. И., 1984].

Медико-демографическая специфика восточного региона страны, по справедливому замечанию А. И. Потапова (1987), «не миф, не научная фантазия, а реальность, и реальность подчас достаточно суровая, тре-

бующая и решений, и действий». Здесь особенно непригодны многие критерии оценки состояния здоровья, традиционно применяемые в статистике. Экономические особенности Сибири влияют на структуру заболеваемости и болезненности, воспроизводство коренного сибирского населения и среди мигрантов. В связи с адаптацией к новым экстремальным условиям «утрачивается» не только здоровье, но и уровень трудоспособности вновь прибывающих контингентов за счет существенной гиперстимуляции психической сферы, изменения привычных стереотипов жизни, усложненных межличностных конфликтов.

Современные способы жизни в непривычных климато-географических и социально-экономических условиях в корне меняют традиционно сложившиеся представления о здоровье человека, требуют перехода к концепциям популяционного здоровья, в первую очередь в регионах Крайнего Севера и Сибири [Казначеев В. П., 1986]. При этом следует учитывать, что освоение обширных, слабо обжитых районов восточного региона страны осуществляется в основном пришлым населением. В этой связи проблемы адекватной психической адаптации человека наряду со своевременной коррекцией формирующихся дезадаптационных состояний признаются первоочередными.

В «Хронике ВОЗ» (1962. Т. 16. Вып. 18. С. 301) отмечено, что «нужно стремиться к тому, чтобы все психиатры уяснили важность социальных факторов в этиологии психиатрических заболеваний». По свидетельству О. В. Кербикова (1965), для советских психиатров ясна роль социальных явлений в распространении психических заболеваний, а «социальный генез неврозов не вызывает сомнений».

Проблема личности и коллектива межнаучна, междисциплинарна: она кровно затрагивает интересы философов, социологов, историков, педагогов, клиницистов. При знакомстве с современной литературой по данному разделу следует отметить обилие и многообразие высказываемых взглядов и точек зрения: рассматриваемая «пограничная зона» становится настоящим исследовательским «Клондайком» — процесс разработки различных социальных аспектов приобретает лавинообразный, труднообозримый характер. Накоплен «Монблан» клини-

ческих фактов и доводов по генезу пограничных состояний. Очевидно, выход из тупика лежит на путях системного, многостороннего анализа сущности пограничных нервно-психических нарушений: в природе нет «чистых» обособленных явлений и требуется, по мысли В. И. Ленина, преодолеть «...узость, однобокость человеческого познания, не охватывающего предмет до конца во всей его сложности»³.

Важная роль социальной среды в генезе невротоз отмечена еще в 1934 г. В. А. Гиляровским: источником невротического конфликта является, по его мнению, нарушение связей и взаимоотношений личности с коллективом; угроза оказаться несостоятельным перед лицом окружающих — вот что делает невротика невротиком. Сходная точка зрения содержится в работах О. В. Кербикова (1965): «Невротозы возникают в социальной среде, в процессе взаимоотношения людей». Клиническая картина невротоза целиком заполняется социальным содержанием. В анализе застенчивости, проведенном французским клиницистом Л. Мишо (1952), указывается на опасение оказаться в глазах других смешным и нелепым; вне межлюдских отношений рассматриваемый феномен невозможен. Точно так же прав и А. М. Свядош (1971), отвечая отрицательно на вопрос «возможна ли истерия у Робинзона?». Продолжая этот феноменологический ряд, следует признать невозможность вне человеческих контактов формирования эйритрофобии, дисморфофобии, нервной анорексии (на почве боязни чрезмерной полноты), синдрома сутяжничества и других невротических и психопатических проявлений.

В аспекте микросоциологического изучения психопатий представляют интерес данные К. Грея и Х. Хатчинсона о том, что около 80% канадских психиатров рассматривают окружающую среду как первостепенный по значимости факторов в этиологии аномалий характера. О. В. Кербиков (1970) пишет: «Ведь от рождения человек не тот, кем он становится в результате воспитания. Можно говорить о глыбе мрамора и резце скульптора. Конечно, для ваiania большую роль играет качество мрамора. Однако в основном изваяние формируется под действием резца скульптора. Этим скульптором и является

³ Ленин В. И. Соч. 4-е изд. Т. 21. С. 210.

окружающая среда». Роль семейного воспитания в появлении психопатической структуры была отмечена еще Вагнер-Яуреггом: «Родители отягощают своих детей не только неблагоприятной наследственностью, но и дурным воспитанием»: такая «моральная» наследственность имеет в виду передачу неправильного поведения примерами, отношением родителей. Эту же мысль высказал в 1946 г. В. А. Гиляровский: «Психопатами делаются, а не рождаются». Исследованиями отечественных клиницистов [Кербиков О. В., Гиндикин В. Я., 1961; Личко А. Е., 1979; Ковалев В. В., 1968—1979; Гурьева В. А., Гиндикин В. Я., 1980; Семке В. Я., 1967—1981 и др.] установлено качественное соответствие психопатических свойств личности условиям ее развития.

Пристальное внимание социальных психиатров привлекает группа лиц, угрожаемых в отношении возможного развития психопатий — это т. н. акцентуированные личности [Леонгард К., 1964]. В клинико-социальной характеристике таких натур мы разделяем [Семке В. Я., 1975] позицию Леонгарда, отмечавшего у них некоторую дисгармоничность психики, не представляющей «трудностей адаптации». По Б. П. Ганнушкину (1933), это натуры с неудачным сочетанием личностных свойств. Непосредственное отношение к ним имеют описанные в 30-е годы нынешнего столетия «дискордантно-нормальные» (Е. Кан), «угрожаемые структуры» (В. Байер), «необычные натуры» (Г. Ридель), «своеобразные личности» (Г. Гейнце). Вместе с тем многие клиницисты, в первую очередь Н. Петрилович (1960), высказывают точку зрения о том, что попытка провести границу между личностью с небольшими отклонениями от нормы, с одной стороны, и личностью с невротом и невротическим развитием — с другой, имеет мало перспектив быть верифицированной на практике. Согласно Л. Мишо (1952) проведение границ между психическим здоровьем и психопатией — «вопрос концепции и эпохи». М. Трамером (1964) описано препсихотическое состояние как преддверие будущей психопатии, которая может наступить, если не предпринять «соответствующие воспитательные и педагогические мероприятия».

Какаясь проблемы установления разграничительных линий внутри бесчисленного множества личностных особенностей, следует признать целесообразность выделе-

ния шкалы личностной характеристики на примере истерических состояний [Семке В. Я., 1980], постепенный переход от нормальных вариантов характера к состоянию субнормы (акцентуация характера), далее — к пререпсихопатической и, наконец, к психопатической структуре. Акцентуированные личности — это здоровые натуры, как бы находящиеся на грани субнормы: заостренность отдельных характерологических черт в определенных, индивидуально-непереносимых микросоциальных ситуациях способна снизить адаптационные возможности личности, быть «почвой» для внутри- и межличностных конфликтов. Пререпсихопатическая личность характеризуется нестойкостью, изменчивостью присутствия ей аномальных качеств; «срывы» возникают в основном в условиях объективно затруднительных микросоциальных конфликтов. Психопатическая личность отличается «триадой» признаков: выраженностью патологических качеств до степени нарушения адаптации (в семье, на производстве, в обществе); тотальностью эмоционально-волевых нарушений; их относительной стабильностью и малой обратимостью [Ганнушкин П. Б., 1933]. Как и другие авторы, мы рассматриваем психопатии как полиэтиологические образования [«патос», а не «нозос», по О. В. Кербику (1962)], внутри которых имеются три варианта: «ядерный», конституциональный (с решающей ролью биологических факторов не только на этапе становления, но и в ходе последующей динамики), «краевой», «нажитой» (возникающей под влиянием средовых вредностей, прежде всего неблагоприятных семейных воздействий в раннем детстве), «органический» (за счет ранних экзогенно-органических и соматогенных влияний).

Закономерности воздействия «малого» коллектива на личность — акцентуированную, невротическую психопатическую, должны учитываться при выборе и организации реадaptационных и реабилитационных мероприятий. Имеется ли альтернатива все большему росту ПНПР? Можно ли в рамках современной цивилизации противостоять перегрузкам нервной системы, преодолеть «экспансию» пограничных состояний, а в конечном счете окончательно победить их, как успешно устраняются многие другие «болезни цивилизации», опаснейшие инфекционные заболевания? Ответ должен быть то-

лько позитивным: осознание социогенеза большинства пограничных нервно-психических заболеваний делает возможной и необходимой разработку продуманной системы их комплексной социотерапии и раннего предупреждения. Именно в этом направлении призывал сосредоточить усилия О. В. Кербиков (1962) — «найти перспективы не созерцания, а действия».

При осуществлении предупредительных действий нужно уделять особое внимание своевременному восстановлению социального микроклимата — в семье, в школе, на производстве. Важно предусмотреть устранение дефектов воспитания и корригирование отрицательных установок личности. При неблагоприятном микросоциальном окружении требуется радикальное изменение социальной среды. Важной задачей является развертывание «общественной психотерапии»: через средства массовой информации стараться сделать людей отзывчивей, добрей, уравновешенней, живей, эмпатичней. Проблема контаминации (очищения) морального климата, усиления и утверждения нравственных сил и их установочной направленности сегодня важна как никогда [Зурабашвили А. Д., 1988]. При любых тяжелейших переживаниях искра морали смягчает душевную боль, а умелое переключение на творческий труд содействует рубцеванию душевных ран. Блестящий опыт А. С. Макаренко по перевоспитанию педагогически запущенных детей показывает широкие возможности для психоортопедической практики.

Актуальной задачей современной медицинской науки и советского здравоохранения является разработка научно обоснованных рекомендаций по ранней диагностике, лечению, первичной и вторичной профилактике ПНПР с учетом местных условий [Потапов А. И., 1982]. Весь научный потенциал, огромные революционные преобразования социальной среды направлены на успешное решение задачи охраны и укрепления психического здоровья советского человека. В условиях социалистического строя девиз «Будущее принадлежит медицине профилактической» должен войти в повседневную практику врача-психиатра, своей деятельностью создающего реальные предпосылки для полного предотвращения любых проявлений пограничной патологии, в первую очередь ее социально-обусловленных форм. Программой к

действию в этом направлении должны служить слова П. Б. Ганнушкина (1933): «Можно с полным основанием думать, что социалистическое устройство жизни с его новым бытом, с его новой организацией труда, с его новой социальной средой будет препятствовать выявлению психопатий и явится залогом создания нового человека».

Глава II

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОГРАНИЧНЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Развитие профилактического направления советского здравоохранения и создание государственной системы управления общественным и индивидуальным здоровьем предполагают углубленный анализ распространенности пограничных состояний [Потапов А. И., Семке В. Я., 1985; Красик Е. Д., 1985; Александровский Ю. А., 1985 и др.]. Между тем область пограничных состояний, по справедливому замечанию Н. М. Жарикова (1988), представляет наибольшую трудность для эпидемиологических исследований в силу известной сложности дифференциальной диагностики ПНПР и ситуационно обусловленных преходящих реакций.

Пограничные нервно-психические расстройства относятся к числу наиболее распространенных как в общей популяции, так и среди психических больных [Петраков Б. Д., 1972; Ушаков Г. К., 1978, 1987; Halldin, 1984; Rouillon, 1985 и др.]. На долю пограничной психической патологии приходится более 80% всех случаев психических заболеваний [Ушаков Г. К., 1978; Семке В. Я., Положий Б. С., 1985], от 33 до 65% пациентов общесоматических учреждений [Ерохина Л. Г. с соавт., 1981; Kreindler, 1963; Kempinski, 1975]. Статистические данные о распространенности ПНПР среди населения отличаются большим разнообразием и крайней противоречивостью: от 2 до 200 [Falicko, 1975; Höck, König, 1979] на 1000 населения западноевропейских стран и 19,3—20,8 — по результатам отечественных авторов [Красик Е. Д. с соавт., 1982; Смулевич А. Б., 1983].

Сведения об учтенных случаях отдельных форм ПНПР также отличаются разнообразием, в частности невроты в общей популяции диагностируются у 260 на

1000 населения [Halldin, 1984], О. Р. Читава с соавт. (1981) приводят величину 21,1—21,8, И. А. Попов (1981) — 15,8. Среди других психических заболеваний на долю неврозов приходится 20—25% [Петраков Б. Д., 1972; Ушаков Г. К., 1978], среди неврологических — 18% [Морозова Т. Г., Лукачер Г. Я., 1981]. Отмечено, что с возрастом число больных неврозами увеличивается [Семке В. Я., 1980; Попов И. А., 1985; Лакосина Н. Д., 1988].

Изучение эпидемиологии психопатий и патохарактерологических развитий затруднено, поскольку под наблюдением психиатров в стационарной сети оказываются больные с наиболее тяжелыми формами личностной аномалии, преимущественно стенического полюса [Смулевич А. Б., 1983]: среди госпитализированных в психиатрические больницы психопаты составили 4—5% [Кербиков О. В., 1962; Шумаков В. М., с соавт., 1982], в диспансере — 7% [Шостакович Б. В. с соавт., 1982]. Оценки распространенности их в населении отличаются большим разбросом показателей — от 0,2% городского взрослого населения Швеции [Halldin, 1984] до 2—5% взрослого населения страны [Vialant et Perry, 1980]. Наиболее распространенными формами психопатий (до $\frac{3}{4}$) являются возбудимая и истерическая [Шостакович Б. В., Матвеев В. Ф., 1988]. Есть данные о преобладании среди психопатических личностей мужчин (2:1—3:1) [Bräutigam, 1968; Личко А. Е., 1983].

Исследование распространенности непсихотических (неврозоподобных, психопатоподобных) экзогенно-органических и соматогенных ПНПР, позволяющее полнее выявить роль вредоносных факторов и определить их значение в генезе и клинической динамике данной патологии, проведено в гораздо меньшем объеме, чем неврозов и психопатий. Ю. М. Саарма с соавт. (1983) установили, что в структуре болезненности соматогенных непсихотических расстройств составили 18,1%. Некоторые авторы [Ласков Б. И. с соавт., 1981] объединяют их с неврозами и дают показатель 26—28 на 1000 населения. А. Крейндрер (1963) отметил астенические расстройства у 30% обращающихся к терапевту больных в Румынии, у 50% — в США, у 65% — в Англии.

Трудности изучения распространенности пограничных состояний и связанного с нею планирования специализированной медицинской помощи объясняются как

сложностями методического порядка, так и различным пониманием содержания пограничных состояний, отсутствием унифицированной стандартизации употребляемых терминов, что снижает точность диагностики, которая достигает лишь 50—60% [Kendell, 1974; Vailant, Perry, 1980]. По мнению Н. М. Жарикова (1974), немаловажное значение в этом процессе имеет и анализируемый материал исследования, в качестве которого могут служить официальные документы психиатрических лечебных учреждений, результаты выборочных обследований определенных контингентов населения, а также сплошных обследований, дающие наиболее реальную картину распространенности психической патологии.

Учитывая все эти факторы, мы сочли целесообразным построить раздел эпидемиологии не на данных официальной психиатрической статистики (в силу объективных причин, не отражающих реальный уровень распространения пограничной патологии), а на материалах специально проведенного клинико-эпидемиологического исследования в традиционном, экономически развитом районе Томска, в одном из заполярных сельских районов Тюменской области, в северных районах Томской области, а также организованной группы населения, занятого в сфере промышленности⁴.

В качестве модели для углубленного изучения распространенности и структуры пограничных состояний нами взят один из районов Томска — Советский. Установлено, что показатель распространенности ПНПР составил 34 человека на 10000 населения. Ведущее место в структуре рассматриваемой патологии принадлежит нервно-психическим расстройствам экзогенно-органического (посттравматического, инфекционного, сосудистого) генеза: они составили 47,0% от всех пограничных состояний (или 17,0 на 10000 населения). На долю неврозов приходится 34,3% случаев (или 11 человек на 10000 населения), психопатий — 13,9% (5 человек на 10000 населения), психопатий — 13,9% (5 человек на 10000 населения), нервно-психических расстройств соматогенной природы — 0,8% (1 человек на 10000 населения).

⁴ В проводимых исследованиях приняли участие В. Н. Судаков, Л. Я. Нохрина, Е. А. Акерман, С. В. Запускалов, В. М. Важенин, А. Б. Савиных, И. П. Швецов, М. М. Аксенов, И. А. Потапки и др.

Важно подчеркнуть, что заболеваемость неврозами в последние годы (1985—1987 гг.) в целом существенно превысила (соответственно 6,7; 6,8; 7,1 на 10000 населения) аналогичный показатель при непсихотических нервно-психических расстройствах экзогенно-органической природы (соответственно по годам 1,2; 1,4; 1,3 на 10000 населения). Преобладание в структуре болезненности пограничными состояниями (БПС) неврозо- и психопатоподобных расстройств над неврозами при значительно меньших показателях заболеваемости (ЗПС) свидетельствует о их терапевтической резистентности и необходимости совершенствования помощи больным с ПНПР экзогенно-органического генеза.

Больные с непсихотическими экзогенно-органическими и соматогенными расстройствами равномерно распределялись по всем возрастным подгруппам, а при неврозах отмечалось преобладание пациентов в возрасте 40—50 лет, при психопатиях — 20—30 лет. Обнаружено достоверное преобладание женщин при неврозах (2:1) и мужчин — при психопатиях (3:1). Выявлено преобладание служащих и лиц, занятых умственным трудом, в невротической и экзогенно-органической группах, а также отмечен высокий удельный вес неработающих — в психопатической.

В группе больных с ПНПР экзогенно-органического и соматогенного происхождения 30% приходится на долю резидуально-органических расстройств, 45% — патологических развитий личности, 25% — неврозоподобных и психопатоподобных состояний с выраженными интеллектуально-мнестическими нарушениями. Среди неврозов преобладает неврастения (30,5%), далее следуют депрессивный (25,6%), истерический (20,3%) и ипохондрический (12,6%) неврозы и невроз навязчивых состояний (1,0%). В группе психопатий на первом месте стоят смешанные « мозаичные » формы (25,6%), далее — истерические (20,8%), возбудимые (19,1%), тормозимые (13,8%), шизоидные (9,6%), паранойяльные (9,8%) и перверзные (1,3%) варианты. При изучении соотношения различных генетических подгрупп психопатий обнаружено отчетливое преобладание « краевых » (« нажитых ») и « органических » форм над « ядерными » (конституциональными).

Клинико-эпидемиологическое обследование работников лесопромышленного комбината, проведенное в 1985—1988 гг. В. Н. Судаковым, Ю. К. Агаповым, М. М. Аксеновым, А. Б. Савиных, И. П. Швецовым, охватило большой контингент лиц (2052 человека) в возрасте 18—60 лет — из них 62% мужчин и 38% женщин. ПНПР обнаружены у 23,2% работников, из них с легкими формами — 12,2%, выраженными и затяжными — 9,9%, другая нервно-психическая патология — у 5,6%.

При углубленном изучении начальных проявлений ПНПР выявлена их клиническая обратимость, рудиментарность, синдромальный полиморфизм: они описаны нами ранее в виде психодезадаптационного состояния (ПДАС), которое встречалось у 82% мигрантов и 18% коренных жителей.

Проведение сплошного клинико-эпидемиологического исследования организованного населения, занятого в сфере промышленности, позволило получить ряд новых данных, отражающих динамику эпидемиологических показателей на значительном отрезке времени.

Выбор работников промышленности в качестве объекта исследования представляется достаточно корректным. В промышленности занята значительная часть трудоспособного населения страны, представлены все основные возрастно-половые группы, имеется возможность обследования лиц, занимающихся различными видами труда, — от ручного и тяжелого физического до умственного труда и административной работы. Все это позволяет расценивать данные о распространенности пограничных состояний у работников промышленности как репрезентативные и достаточно реально отражающие картину распространения этой патологии в общей популяции взрослого населения.

Клинико-эпидемиологическое обследование работников промышленности позволило установить интенсивные показатели болезненности пограничными состояниями, составившие 77,2 на 1000 мужчин, 197,5 на 1000 женщин и 153,3 на 1000 работающих в целом. Среди выявленных больных подавляющее большинство пришлось на долю женщин — 81,5%, в то время как число мужчин оказалось равным лишь 18,5%. Эти показатели значительно превышают данные официальной психиатрической статистики по общей популяции, что указывает на

недостаточную полноту выявления больных пограничными расстройствами традиционными психиатрическими службами. Так, учтенная болезненность работников предприятия по данным диспансерного отделения областной психиатрической больницы составила по отношению к активно выявленной нами болезненности лишь 2,7%.

Болезненность пограничными нервно-психическими расстройствами минимальна в возрастной группе до 20 лет — 18,3 на 1000 лиц этого возраста, затем данный показатель увеличивается, достигая своего максимума в группе 41—50 лет — 136,2 на 1000, после чего происходит некоторое снижение уровня болезненности, составляющей в возрастной группе 51 год и более 93,3 на 1000 лиц этого возраста. Больные в возрасте 41—50 лет составляют более одной трети всех лиц, страдающих пограничной патологией. Эти данные свидетельствуют о большей подверженности развитию пограничных нервно-психических расстройств лиц, находящихся в зрелом и инволюционном или близком к нему возрасте, что может быть связано с возрастным снижением устойчивости барьера психической адаптации, присоединением соматического и церебрально-органического неблагополучия, началом формирования атеросклеротических изменений, инволюционной перестройкой организма.

Аналогичная возрастная динамика показателей болезненности пограничными расстройствами прослеживается и у женщин, и у мужчин. Единственное различие состоит в том, что болезненность данными заболеваниями у мужчин в возрасте 51 года и более не снижается, а даже несколько повышается, достигая 51,2 на 1000 лиц этого возраста. Во всех возрастных группах интенсивные показатели болезненности пограничными состояниями женщин в 2—4 раза превышают таковые у мужчин.

При изучении болезненности пограничными нервно-психическими расстройствами в зависимости от профессиональной принадлежности работающих выявлена максимальная распространенность данной патологии среди инженерно-технических работников (ИТР) — 252,5 на 1000 лиц этой профессии, затем следуют служащие — 220,7 на 1000, квалифицированные рабочие — 135,2 на 1000 и вспомогательные рабочие — 38,3 на 1000 работ-

ников данной профессиональной группы. Таким образом, интенсивные показатели болезненности вспомогательных рабочих, квалифицированных рабочих, служащих и ИТР составляют соотношение 1:3,5:5,8:6,7.

Среди больных всех профессиональных групп выражено преобладают женщины, удельный вес которых составляет от 46,7 до 85,1%, что подтверждается и интенсивными показателями на 1000 лиц соответствующего пола. Следует отметить, что у мужчин показатель болезненности пограничными состояниями имеет максимальную величину не в группе ИТР, как среди женщин, а в профессиональной группе служащих.

Трактовка выявленных различий в распространенности пограничных нервно-психических расстройств среди лиц различных профессий не может быть однозначной. Гипотетически можно предположить, что более высокому распространению пограничной патологии у инженерно-технических работников и служащих сопутствуют относительно большая эмоциональная напряженность их деятельности, повышенная мера ответственности, информационная перегруженность, то есть те факторы, которые Г. К. Ушаков (1978) назвал «гиперпсихия», отдавая ей ведущее место среди прочих условий формирования пограничных состояний. Определенный вклад в более высокую заболеваемость ИТР и служащих, безусловно, вносят гиподинамия, достоверно чаще выявляющаяся в данных профессиональных группах работающих, а также отсутствие необходимых знаний и навыков в области психогигиены, психологии межличностных отношений. Тем не менее, учитывая множественность, разнообразие и полиморфность причин, принимающих участие в формировании и развитии пограничных нервно-психических расстройств, объяснение профессиональных различий в распространенности этих заболеваний только вышеописанной группой факторов было бы недостаточно обоснованным. Основное значение полученных сведений видится в выделении социально-профессиональных групп населения, в наибольшей степени нуждающихся в психопрофилактической помощи.

Согласно результатам нашего клинико-эпидемиологического исследования, ведущее место в структуре пограничных нервно-психических расстройств занимают неврозы (43,1% случаев всех этих заболеваний, или

66,1 на 1000 работающих) и пограничные состояния экзогенно-органического генеза (40,5%, или 62,1 на 1000). Далее следуют пограничные расстройства соматогенно-го генеза (11,8%, или 18 на 1000) и психопатии (4,6%, или 7,1 на 1000 работающих).

Таким образом, в общей сложности на долю невротических и психопатоподобных расстройств различного генеза приходится более половины (52,3%) всех случаев пограничных заболеваний, что несколько превышает удельный вес невротических (43,1%). Эти данные коррелируют с результатами исследований Ю. М. Саарма с соавт. (1983), согласно которым распространенность невротических и невротоподобных расстройств в населении приблизительно одинакова. На некоторое преобладание невротоподобных расстройств в общей популяции указывают Г. Д. Волков (1981), В. Н. Судаков (1982), отводя им соответственно 66,4 и 46% в структуре пограничной патологии. Лишь немногим более $\frac{1}{10}$ всех пограничных состояний приходится на расстройства соматогенного генеза, что, с нашей точки зрения, отражает их реальное распространение в популяции. Следует отметить, что в круг данных расстройств нами включались лишь те случаи, которые отвечали клиническим критериям пограничных нервно-психических заболеваний, имели достаточную стойкость и выраженность психопатологических проявлений. Случаи же легких кратковременных астенических, неврастеноподобных нарушений, дополняющих клиническую картину тех или иных соматических болезней, нами не учитывались. Что касается весьма незначительного количества больных психопатиями, то оно включает в себя в основном лиц, безусловно, нуждающихся в реабилитационной помощи и выявленных в стадиях декомпенсации. Клинический опыт показывает, что активное выявление лиц, страдающих психопатиями и находящихся вне стадии декомпенсации, представляется практически нереальным даже при проведении сплошных психопрофилактических осмотров.

Структура выявленной нами пограничной нервно-психической патологии в определенной степени связана с половыми различиями. У мужчин чаще всего встречаются пограничные расстройства экзогенно-органического генеза (51,8% всех случаев, или 40 на 1000), далее следуют невротические (23,2%, или 17,9 на 1000), рас-

стройства соматогенного генеза (16,1%, или 12,4 на 1000) и психопатии (8,9% всех пограничных заболеваний, или 6,9 на 1000 работающих). У женщин преобладающей формой пограничной патологии являются невротические (47,7% всех пограничных расстройств, или 94,2 на 1000). Далее (в порядке убывания) располагаются пограничные состояния экзогенно-органического генеза (37,9%, или 74,9 на 1000), соматогенно обусловленные непсихотические расстройства (10,7%, или 21,2 на 1000) и психопатии (3,7%, или 7,2 на 1000). Таким образом, у женщин по сравнению с мужчинами преобладает удельный вес невротических и соматогенно обусловленных расстройств, а у мужчин — пограничных расстройств экзогенно-органического генеза и психопатий. Тем не менее следует отметить, что интенсивные показатели болезненности всеми формами пограничных заболеваний достоверно выше среди женщин, за исключением психопатий, где показатели болезненности мужчин и женщин практически одинаковы.

Изучение клинической структуры пограничных состояний в зависимости от профессиональной принадлежности обследованных показало, что у квалифицированных рабочих прослеживается преобладание пограничных расстройств экзогенно-органического генеза (44,1%, или 59,6 на 1000 работающих этой профессиональной группы) и невротических (38,7%, или 52,3 на 1000). Значительно ниже удельный вес соматогенно обусловленных расстройств (11,8%, или 16 на 1000) и психопатий (5,4%, или 7,3 на 1000). У инженерно-технических работников ведущее место занимают невротические (50,9% всех случаев пограничных заболеваний, или 128,4 на 1000), достоверно реже встречаются расстройства экзогенно-органического и соматогенного генеза, психопатии. В профессиональной группе служащих также выражено преобладают невротические, составляющие более половины всех случаев пограничной патологии, или 126,8 на 1000, затем следуют расстройства экзогенно-органического генеза — 65,7 на 1000, а распространенность психопатий и соматогенно обусловленных расстройств одинакова, составляет по 14,1 на 1000 лиц данной профессии. У вспомогательных рабочих почти $\frac{3}{4}$ всех случаев пограничных состояний приходится на невротические и психопатоподобные расстройства экзогенно-органического генеза.

При анализе интенсивных показателей болезненности работников предприятия с выделенными нозологически формами пограничных нервно-психических расстройств выявлено, что неврозы в большей степени распространены среди ИТР и служащих. У квалифицированных рабочих этот показатель в 2,5, а у вспомогательных рабочих в 36,6 раза ниже. Распространенность психопатий максимальна среди служащих. В профессиональных группах квалифицированных рабочих, инженерно-технических работников, вспомогательных рабочих соответствующие показатели ниже в 1,9, 2,5 и 4 раза. Наибольший уровень болезненности пограничными расстройствами экзогенно-органического и соматогенного генеза зафиксирован у инженерно-технических работников, а наименьший — у вспомогательных рабочих. Показатели болезненности служащих и квалифицированных рабочих данными заболеваниями примерно одинаковы и занимают промежуточное положение.

Таким образом, клиническая структура пограничных состояний в определенной степени связана с профессиональной принадлежностью работающих. Эти особенности необходимо учитывать при планировании и проведении психопрофилактических мероприятий в конкретных профессиональных группах населения.

Анализ структуры пограничных нервно-психических расстройств по отдельным формам данных заболеваний показал, что примерно четвертую часть всех случаев (25,3%, или 38,7 на 1000) составляют невротические реакции («острые неврозы общего типа» по Н. Е. Бачеринову, 1980). Удельный вес неврозов затяжного характера (неврастения, невроз навязчивости, истерический невроз) значительно ниже, составляя соответственно 9,4, 3,1 и 3,0% всех пограничных состояний. Интенсивный показатель болезненности работников предприятия неврастение равен 14,4 на 1000 работающих и в 3 раза превышает показатели болезненности неврозом навязчивости (4,8 на 1000) и истерическим неврозом (4,6 на 1000). Еще реже встречаются случаи невротических развитий личности, зарегистрированных у 2,3% больных пограничными расстройствами (3,5 на 1000 работающих). Среди пограничных состояний экзогенно-органической природы наиболее часто выявляются неврозо- или психопатоподобные расстройства сложного генеза, в механизме

развития которых прослеживается влияние целого ряда экзогенных вредностей (инфекции, интоксикации, травмы и пр.). На долю этих заболеваний приходится 15,4% всех пограничных расстройств, или 23,6 на 1000. Следующими по частоте являются экзогенно-органические непсихотические расстройства сосудистого и травматического генеза, выявленные соответственно у 11,3 и 8,9% больных пограничными состояниями. Более редкими формами являются экзогенно-органические расстройства интоксикационного и инфекционного генеза — 3,8 и 1,2% всех случаев.

Почти у половины выявленных лиц, страдающих психопатией, диагностирован ее возбудимый вариант (2,8 на 1000), что, однако, может свидетельствовать не о большей распространенности возбудимой психопатии, а о ее лучшей выявляемости, связанной с социальной дезадаптацией и нарушениями поведения при декомпенсациях состояния. Прочие варианты расстройства личности (ананкастический, истерический, астенический, мозаичный, полиморфный) выявляются в среднем в 2 раза реже. Следует отметить, что интенсивные показатели болезненности работающих на предприятии женщин превышают аналогичные показатели у мужчин по всем формам пограничных состояний, кроме возбудимой и ананкастической психопатий.

При анализе сведений о нозологической структуре пограничных нервно-психических расстройств в зависимости от профессиональной принадлежности, обращает на себя внимание значительно меньшее число разновидностей пограничной патологии у вспомогательных рабочих, среди которых практически отсутствуют неврозы. Наиболее полный нозологический спектр пограничных состояний зарегистрирован в профессиональной группе квалифицированных рабочих. Тем не менее интенсивные показатели болезненности квалифицированных рабочих оказались ниже соответствующих показателей в группах ИТР и служащих во всех нозологических категориях.

В профессиональной группе ИТР отмечаются максимальные показатели болезненности невротическими реакциями, экзогенно-органическими расстройствами сосудистого и сложного генеза, соматогенно обусловленными расстройствами, невротическими развитиями. В

группе служащих выявлен наибольший уровень распространения неврастения, невроза навязчивости, возбудимой, истерической и мозанчной психопатий, экзогенно-органических расстройств инфекционного генеза. Приведенные данные подтверждают и детализируют специфику распространения различных единиц пограничной нервно-психической патологии для каждой профессиональной группы населения, позволяя дифференцировать клинико-реабилитационные мероприятия.

Подводя итог, следует отметить высокий уровень распространения в населении пограничной нервно-психической патологии и ее крайне низкую выявляемость традиционными психиатрическими методами, предполагающими самостоятельную обращаемость больных. Можно с уверенностью констатировать, что только проведение массовых психопрофилактических осмотров различных социально-профессиональных групп населения позволяет установить близкую к истине распространенность данных расстройств, выявить больных на максимально ранних этапах развития заболевания, повысить эффективность профилактической, терапевтической и реабилитационной помощи.

Наиболее характерными эпидемиологическими особенностями пограничных нервно-психических расстройств являются: преобладание среди больных лиц женского пола; больший риск возникновения данной патологии в возрасте после 30 лет, особенно в 41—50 лет; более высокая распространенность пограничных состояний в профессиональных группах инженерно-технических работников и служащих; наименьшая величина распространенности этих заболеваний среди лиц, занимающихся малоквалифицированной работой; выраженное преобладание в клинической структуре пограничных состояний неврозов и экзогенно-органических психотических расстройств.

В целом изучение литературных данных и результатов собственных клинико-эпидемиологических исследований показало, что величина показателей болезненности и заболеваемости пограничных состояний зависит от ряда факторов, среди которых ведущее место принадлежит степени развития специализированной психиатрической помощи (в том числе и внебольничной службы), диагностических установок исследований и др. В

то же время показатели болезненности и заболеваемости являются основой для планирования и организации новых форм дифференцированной медицинской помощи. Осуществление в широких масштабах клинико-эпидемиологического изучения пограничных состояний, прежде всего возникающих в специфических условиях восточного региона страны, позволит разработать объективные оценки психического здоровья населения, а также проводить адекватные психопрофилактические и психогигиенические мероприятия на раннем доклиническом уровне.

Глава III

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ

Одним из кардинальных вопросов пограничной «малой» психиатрии является проблема соотношения различных патогенетических воздействий, принимающих участие на разных этапах формирования пограничных нервно-психических расстройств.

Теоретико-методологической платформой изучения пограничной патологии должен быть положен, по нашему мнению [Семке В. Я., Савиных А. Б., 1988], экологический базис, предусматривающий всестороннее тщательное рассмотрение как сугубо внешнесредовых климато-географических воздействий, так и психофизических и личностно-типологических характеристик индивидуума.

Первые, обозначенные обобщенно как «прессинг природы» [Прохоров Б. Б., 1980], включают показатели районирования по зонам комфортности, параметры жесткости погоды [Орехов К. В., 1982], изучение отдельных наименее благоприятных для психического здоровья метеорологических показателей (геомагнитных флюктуаций, изменений барометрического давления и др.). В основе этого подхода лежит концепция метеотропных реакций здорового и больного организма [Андронова Т. И. с соавт., 1982], «метеоневрозов» [Данишевский Т. М., 1955] и ряд других работ, посвященных отклонениям нервно-психического здоровья на Крайнем Севере и в Антарктиде — как в районах с максимальной метеорологической экстремальностью.

Личностно-типологический статус характеризуется психофизиологическим уровнем, основанным на концепциях психоэмоционального напряжения [Короленко Ц. П., 1978; Наенко Н. И., 1980], психоадаптационного состояния [Семке В. Я., Судаков В. Н., Сави-

ных А. Б. и др., 1984—1988], о ведущей роли правого полушария головного мозга в процессах адаптации к экстремальным условиям [Хаснулин В. И., 1983; Аксенов М. М., 1985]. Он предусматривает изучение как отдельных нейрофизиологических показателей (порог критической частоты световых мельканий, скорости слуховых и зрительно-моторных реакций, церебральной гемодинамики, состояния эндогенно-опиоидной и нейротрансмиттерной систем), так и сложных взаимосвязей параметров. Весьма адекватным является совокупный анализ конституционально-биологических (гомеостатических и гомеокинетических) составляющих — сосудистая лабильность, неспецифическая резистентность, показатели иммунологического статуса, обмен веществ и др. [Ардашев А. А., 1982; Гичев Ю. П., 1983; Бычихин Н. П., 1986]. Научная достоверность исследования пограничных состояний, несомненно, усиливается, если они получены с применением методов генетико-популяционного анализа. Еще большая перспектива требуемой истинности научного познания может быть достигнута при поиске патоморфологического фундамента, определяющего интимные структурные изменения при пограничной патологии. В наших совместных исследованиях с Г. В. Залевским (1983—1987) показана роль преморбидной личностной ригидности в генезе ПНПР: дезадаптированность личности при этом может приобрести как бы разный стиль, отраженный в корреляционном профиле — «стеничный» и «астеничный». При этом следует отметить, что речь идет не столько о психофизиологических особенностях индивидуума в аспекте выделяемых В. П. Казначеевым (1986) «стайеров» и «спринтеров», сколько в большей мере о личностных параметрах, позволяющих выполнять определенные социальные функции.

Психосоциальный принцип предусматривает неизмеримо значимое возрастание роли психики, которая становится действительно руководящей в обеспечении жизнедеятельности человека. В этой связи следует иметь в виду положение классиков марксизма-ленинизма о жизни самого человека как главным системообразующим элементе общества: «Первая предпосылка всякой человеческой истории — это, конечно, существование живых человеческих индивидов». Поэтому первый кон-

кретный факт, который подлежит констатированию, — телесная организация этих индивидов и обусловленное ею отношение их к остальной природе⁵. На этом принципе основан ведущий тезис советского здравоохранения о том, что здоровье — продукт жизнедеятельности всего общества. Применительно к региональному аспекту проблемы психического здоровья оказывается необходимым изучение демографической ситуации (миграция, создание новых популяций и др.), производственных условий (экспедиционный труд, специфика нефтегазодобывающей, горнообогатительной, лесной промышленности, продвижение в зоны повышенного физического и психологического напряжения), социальной инфраструктуры применительно к психическому здоровью.

С учетом продуктивности экологического (среда обитания), индивидуально-психологического и психосоциального анализа в значительной степени становится понятным перспективность комплексного использования клинико-эпидемиологического и клинико-динамического методов. Оно облегчает рассеивание в ходе диспансерного обследования контингентов лиц на три качественно различаемых потока: «здоровье» — «группа риска» — «болезнь». Современные темпы развития здравоохранения настоятельно выдвинули перед учеными-медиками вопрос о «психическом здоровье «здоровых» и связанной с ним проблеме максимальной охраны советского человека от всего многообразия внешних воздействий, способствующих развитию болезни, в том числе и пограничной нервно-психической патологии.

В формировании пограничных состояний наиболее отчетливо проявляется диалектическая взаимосвязь двух противоположных процессов — патогенеза (с этапами постепенного утяжеления — от простых, относительно кратковременных и изолированных реакций к весьма сложным, полиморфным и затяжным образованиям) и саногенеза (представленного обратной, регрессионной динамикой с устранением имевшейся патологии за счет усиления компенсаторных и адаптационных механизмов). По ходу клинической динамики саногенетические и патогенетические механизмы могут меняться, определяя тем самым необходимость строгого

анализа соотношения социальных и биологических факторов, приводящих к формированию пограничных расстройств. Диалектика взаимодействия механизмов «полома» и восстановления ослабленных функций предусматривает последовательное решение следующих задач: поиск критериев ранней диагностики ПНПР; выявление факторов риска их возникновения; раскрытие механизмов хронизации болезненного процесса и переход в затяжные формы; определение вклада в проблему патогенеза и саногенеза разнообразных внутренних и внешних влияний и т. п.

В целом проведенное нами многостороннее клинико-патогенетическое рассмотрение роли психогенных (микросоциальных), конституционально-биологических, экзогенно-органических и соматогенных воздействий, принимающих участие в формировании пограничных состояний, показало их неоднозначность на разных этапах клинической динамики, их взаимопроникновение и взаимовлияние. Данные о нозологической природе отдельных групп ПНПР могут быть получены на основании оценки ряда осевых клинических, патогенетических и прогностических параметров заболевания — его социально-психологических истоков, конституционально-генетического фона, преморбидных особенностей больных и динамики личностных качеств, закономерностей течения и исхода.

3.1. Социально-психологические (микросоциальные) факторы

С помощью социально-психологического подхода, позволяющего исследовать основные закономерности коллективного поведения и взаимодействия людей, удастся полнее раскрыть некоторые механизмы формирования ПНПР. В этом отношении для нас весьма ценным представляется высказывание О. В. Кербинова (1965), что «социальные явления не могут не иметь социальных истоков». Последние видятся прежде всего в сохранившихся особенностях «малых» социальных групп.

На материале многолетнего изучения истерических состояний [Семке В. Я., 1980, 1988] нами обнаружено сочетанное влияние разнообразных отрицательных средовых воздействий на ранних этапах онтогенеза.

⁵ Маркс К., Энгельс Ф. Соч. 2-е изд. Т. 3. С. 19.

а. Фактор «неполной семьи» (отсутствие одного из родителей, их раздельное проживание, развод, а также наличие отчима или мачехи, воспитание у родственников, в детских домах и интернатах) встречался у 195 из 371 обследованного больного (52,56%). Наиболее значительным он оказался для группы психопатии (в сравнении с невротической и психотической). При сопоставлении роли семьи внутри генетических подгрупп истерической психопатии обнаружилось преобладание фактора «неполного дома» среди «краевой» и «органической» (по сравнению с «ядерной»).

б. Среди неблагоприятных микросоциальных явлений раннего детства важное место занимало сиротство и связанное с ним отсутствие материнской ласки. Согласно Р. D. Scott (1963), лишение ребенка в первые годы жизни заботы матери негативно сказывается на его последующем развитии.

в. Примерно пятая часть обследованных находилась в детстве в очень трудных материально-бытовых условиях. В первую очередь это было свойственно группе больных с невротизмом и психопатиями (при сравнении с реактивными психозами). Высокое значение плохой материально-бытовой обстановки обнаруживалось среди «краевых» психопатов (по сравнению с конституциональной и органической подгруппами).

г. Условия семейного воспитания и семейный микроклимат во многом определяют уровень последующих эмоциональных контактов, степень зрелости формирующейся личности. Еще А. М. Горький, сравнивая психологию молодого человека, указывал на связь ее формирования (и, естественно, деформации) с определенной идеологической температурой. Примером такого неправильного педагогического воздействия являются дидактогении [Тимофеев Н. Н., 1965]: речь идет о неадекватных и неподдающихся формам поведения, являющегося последствием неверной воспитательной тактики.

В наших наблюдениях менее половины больных истерическими состояниями (43,7%) воспитывались в детстве в нормальных условиях. Характерно, что более благоприятными они были для больных невротизмом и психозами. Среди генетических подгрупп истерической психопатии нормальные формы воспитания встречались чаще в «ядерной», конституциональной (по сравнению

с «краевой», нажитой, обязанной своим формированием различным артефактам семейного окружения).

Из отклоняющихся от нормы или неправильных типов воспитания достоверно чаще встречалась ситуация «кумира семьи». Пребывание ребенка в атмосфере изнеживания, «соломенной почвы», привитие ему представлений о своей «исключительности» способствовали проявлению истерической акцентуации характера или психопатического склада. Далее по степени значимости располагались ситуации «золушки» (отвергающее воспитание с постоянными побоями, унижениями, противопоставлением другим детям) и комбинация неправильных видов воспитания. Гипоопека и безнадзорность встречались достоверно чаще гиперопеки.

Последствиями такого неверного воспитания могут быть весьма специфические особенности взаимодействия истерической личности с окружающей средой. Для нее характерна высокая степень обращенности во вне: истерик сильно заражает и легко заражается (недаром истеричность ближе всего к артистизму). Истерическому субъекту присуща чрезмерная эмотивность, экспрессивное выражение чувств, преувеличенная оценка собственной личности. Непостоянство оценок объективной действительности и собственного «Я» диктуется повышенной чувствительной реакцией, избытком эмоционального реагирования: отсюда непосредственность и яркость переживаний, склонность эгоистически разрешать все реальные трудности, избыточная претенциозность. Социально определяемое стремление «я хочу» сталкивается с биологически недостаточными возможностями «я могу», и возникшее противоречие разрешается псевдокомпенсаторными реакциями по типу «казаться лучше, чем есть на самом деле».

В ситуациях, когда поддерживалась и культивировалась неистребимая жажда признания, при отсутствии сдерживания эгоистического «жала» пышно расцветали истерическая бравада, самолюбование, капризность, картинная «затаенность», игра в «страдальца» и «мученика». Подобные черты усиливались и закреплялись в обстановке безропотного повиновения эгоцентрической установке истерика.

При усложненных и труднопреодолимых ситуациях морального порядка выступала необычайно субъектив-

ная интерпретация окружающего, необдуманность и быстрота ответных реакций, вытекавших из стремления мгновенно, немедленно снять эмоциональную напряженность. Особо непереносимыми оказывались ситуации с явным или мнимым третированием личности, игнорирования или высмеяния окружающими их претензий на оригинальность и исключительность, а также попытки низведения их в ранг обычных, заурядных натур. Тягостным и невыносимым оказывалось пребывание в условиях, резко обедняющих контакт истерика с людьми, а также коллизии, требующие разумного расчета и строгого выполнения жизненных планов.

д. Самостоятельная семейная жизнь наиболее устойчивой и благополучной оказалась в группе больных истерическим неврозом, то есть там, где преморбидная структура личности была более гармоничной. В других подгруппах истерии весьма часто отмечалось семейное неблагополучие: частые разводы, конфликтные отношения, одиночество. Наличие хронической личной неустойчивости оказывало несомненное влияние на формирование истерических механизмов реагирования.

Социально-психологическое изучение показало наличие усложненных, запутанных внутрисемейных отношений. Не могли целенаправленно вести хозяйство, распределять бюджет семьи, прибегая к сомнительным финансовым ухищрениям. С поразительным легкомыслием относились к исполнению семейных обязанностей, проявляли несобранность, разбросанность интересов, неровность в выборе линии воспитания детей. Жизнь в повторных браках строилась по прежним шаблонам: гротескная претенциозность, чрезмерная эмотивность, выраженный эгоцентризм.

е. Профессиональная деятельность оценивалась по отдельным параметрам (выбор профессии, смена работы, условия трудовой деятельности). Среди лиц, не менявших работу или сменивших ее не более трех раз, преобладали больные неврозом и реактивными психозами. Частая смена работы и профессий была характерна для истерической психопатии, а среди ее клинико-генетических подгрупп — «ядерной» (конституциональной). По мере нарастания аномального личностного склада механизмы «бегства в болезнь» проявлялись в большей мере, что приводило к полному прекраще-

нию профессиональной деятельности. Вместе с тем выбор личностью профессии, наиболее соответствовавшей ее типологическому складу, содействовал достижению устойчивой социальной позиции за счет создания определенной «экологической ниши».

Среди декомпенсирующих факторов весьма непереносимыми оказывались ситуации с пребыванием в профессиональной среде, резко обеднявшей контакт с людьми, выполнение однообразных операций. В условиях «сенсорного голода» усиливалась тенденция любыми средствами обратить на себя внимание, недостаточная продуманность действий, работа «наспех».

ж. Образование в целом по рассматриваемой группе оказывалось недостаточно высоким: превалировали лица с неполным средним (38,8%) и начальным (18,0%). Среднее и среднее специальное образование имели соответственно 15,0 и 14,8% обследованных. Высшее образование было у 12,1% пациентов. Истерические психопаты в силу известной «бесплановости воли» (Э. Крепелин) часто не завершали начатой учебы, быстро разочаровывались в выбранной профессии.

з. Психогении, как известно, играют решающую роль в генезе истерического невроза и реактивных психозов. Вместе с тем при клинко-катамнестическом исследовании обнаружена высокая встречаемость на разных этапах становления истерической психопатии острых и подострых психических травм. В целом по группе наблюдалось смешанное, сочетанное действие нескольких психогений, далее — семейные и сексуальные конфликты. Значительно меньшую роль играли факторы бытовой и производственной (школьной) среды. При сопоставлении по генетическим подгруппам истерической психопатии обнаружено преобладание роли психогений при «краевой» форме. Участие неблагоприятных средовых факторов в формировании органического варианта психопатии также было достоверно более высоким, чем «ядерной». Комбинированное воздействие нескольких психогенных вредностей встречалось достоверно чаще в становлении приобретенной, «нажитой» психопатии, чем «ядерной» и органической.

Резюмируя сведения о влиянии микросоциальных (социально-психологических) факторов в генезе истерического реагирования, следует отметить их неодно-

значность как на начальных этапах его формирования, так и в последующей динамике. Установленные нами данные о важной роли средовых, психогенных воздействий в возникновении всех трех форм истерии подтверждает мнение Е. К. Сеппа (1940) о том, что «общественные отношения являются последней инстанцией, формирующей истерию».

Вместе с тем накопилось уже достаточное количество клинических фактов, свидетельствующих о необходимости пересмотра традиционных взглядов на течение и прогноз так называемых «функциональных» заболеваний: психогенные механизмы нередко играют роль триггера в возникновении пограничной патологии, а в дальнейшем по мере прогрессирования заболевания ведущую роль начинают приобретать экзогенные и эндогенные (конституционально-биологические) факторы, которые будут представлены в последующих разделах главы.

и. Противоправное поведение лиц с ПНПР составляет один из малоразработанных аспектов пограничной психиатрии. С целью более детального изучения основных форм асоциального (девиантного) и антисоциального (делинквентного) поведения подростков нами [Семке В. Я. с соавт., 1982] осуществлено клинико-динамическое, нейрофизиологическое и социально-психологическое обследование 386 детей и подростков мужского пола в возрасте от 10 до 16 лет, обучавшихся в специальной школе для несовершеннолетних (1-я группа) и 156 учащихся школ (127 мальчиков и 29 девочек), состоявших на учете в инспекции по делам несовершеннолетних (2-я группа). Работа осуществлена в рамках целевой научной программы «Здоровье детей Алтайского края». Выявление личностной патологии производилось с использованием разработанной нами «Карты-опросника для экспресс-диагностики пограничных расстройств у детей и подростков с противоправным поведением», включавшей оценку микросоциальной среды, индивидуального развития, динамики отклонений в поведении, а также рекомендации по медико-педагогической коррекции. Проводилось экспериментально-психологическое обследование с применением методик, отражавших особенности личностной структуры и системы отношений: семантического дифференциала Ос-

туда, незаконченных предложений Сакса и Сиднея, опросника Леонгарда для обнаружения акцентуированных качеств; нейрофизиологическое изучение — динамика ЭЭГ-показателей; нейрогуморальные методики — определение в крови уровня серотонина, ацетилхолина (АХ), активности истинной (АХЭ) и ложной (ХЭ) холинэстераз, содержания церулоплазмينا.

Диагностика нервно-психического состояния обследованных детей и подростков (табл. 1) позволила обнаружить высокий удельный вес психических отклонений как в целом (54,05%), так и в каждой изучаемой группе, что соответствует данным В. А. Гурьевой с соавт. (1979).

На первом месте по частоте были разнообразные характерологические отклонения (формирующиеся ядерные психопатии, патохарактерологические страхи, энурез, функциональные припадки и др.). Первые оказались более значимыми для контингента спецшколы, вторые — для стоявших на учете в инспекции по делам несовершеннолетних. Отграничение социально-педагогической запущенности от невротического и патохарактерологического развития личности производилось с помощью разработанного нами дифференциально-диагностического комплекса [Семке В. Я., 1978]. Учитывались этиологические (возникновение отклоняющегося поведения в строго определенных микросоциальных условиях без участия конституционально-биологических и соматогенных факторов), патогенетические (отсутствие нарушений нейрорегуляций и связи аномального реагирования с возрастными кризисами) и клинические (парциальная выраженность личностных сдвигов, отсутствие устойчивого стереотипа аномального реагирования и «чувства болезненности», благоприятная динамика в непосредственной связи с позитивным преобразованием микросреды) факторы. Психоорганический синдром, включавший (помимо психопатоподобных проявлений) заметные интеллектуально-мнестические расстройства, оказался более значимым для 2-й группы обследованных. Реже всего среди обследованных отмечалась задержка умственного развития.

Оказалось, что у каждого подростка, как правило, имелось сочетание нескольких форм противоправных действий (табл. 2). Особенно сложная структура анти-

Таблица 1

Диагностика нервно-психического состояния обследованных

Группа	Социально-педагогическая запущенность		Патохарактерологические расстройства		Невротические расстройства		Психоорганические нарушения		Задержка умственного развития	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1-я	174	45,08	147	38,08	37	9,59	25	6,48	3	0,78
2-я	75	48,08	35	24,44	20	12,82	24	15,38	2	1,28
Всего...	249	49,95	182	33,58	57	10,52	49	9,04	5	0,92

социального поведения наблюдалась у представителей 1-й группы; во 2-й же группе отклонения имели более изолированный характер. Обнаружено существенное различие в формах и степени проявления делинквентности в обследованных группах подростков: более тяжелые социальные нарушения (кражи личного и государственного имущества, бродяжничество, употребление алкоголя и наркотиков) встречались достоверно чаще среди учащихся спецшколы, более легкие (уклонения от учебы и трудовой деятельности, драки со сверстниками, пренебрежение правилами общественного порядка, мелкое воровство и хулиганство) — среди подростков, состоявших на учете в инспекции по делам несовершеннолетних. Весьма частой формой личностного реагирования являлись псевдология и патологическое фантазирование, носившие преимущественно утилитарный характер. Сексуальные эксцессы и суицидальное поведение встречались примерно с одинаковой частотой в обеих группах подростков; особый интерес заслуживали остро возникшие (у 12 мальчиков из одного класса спецшколы) аутоагрессивные реакции по типу «психической эпидемии». Подражая своему старшему товарищу, они в течение короткого срока совершили однотипные попытки к самоубийству и членовредительству (загоняли под кожу иглы, проглатывали металлические предметы и стекло, пытались вскрыть вены); еще 2 подростка в попытках «обратить на себя внимание» царапали кожу, вызвали на ней нагноение.

Наиболее опасный возраст для развития нарушений поведения — период от 7 до 12 лет — 238 (61,63%) обследованных 1-й группы и 86 (55,12%) — 2-й. Среди мотивов противоправных поступков чаще всего наблюдались тяга к подражанию отрицательным шаблонам старших товарищей, боязнь наказания и уход от тягостной семейной обстановки, стремление к материальному приобретению; несколько реже — желание выделиться среди сверстников, «произвести эффект», «чрезмерное любопытство» и др. Весьма частая форма нарушений поведения — подростковая алкоголизация — возникла в строго очерченных микрогруппах («уличные компании»), носила подражательный характер, провоцировалась зачастую семейным неблагополучием.

Таблица 2

Характер нарушений поведения у обследованных подростков

Группа	Кража имущества		Побеги из дома		Продержанность		Употребление алкоголя, наркотиков		Псевдологичность		Уклонения от учебы, труда		Сексуальные эксцессы		Суицидальное поведение	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1-я	359	93,01	210	54,40	132	34,20	277	71,76	254	65,80	192	49,74	42	10,88	32	8,29
2-я	40	25,64	35	22,44	13	8,33	60	38,46	68	43,59	96	61,54	11	7,05	8	5,12
Всего...	399	73,62	245	45,20	145	26,75	337	62,18	332	59,41	288	53,14	53	9,78	40	77,74

Она служила одной из частых причин помещения подростка в спецшколу.

Определение типологического склада личности позволило установить частую встречаемость (в 69,74% случаев) преэпихопатической и акцентуированной⁶ характерологической структуры; особенно значимым данный фактор оказался для обследованных 1-й группы. Сбалансированный, гармоничный личностный склад наблюдался чаще среди сверстников, состоявших на учете в инспекции по делам несовершеннолетних. При экспериментально-психологическом обследовании было выявлено преобладание возбудимых, циклотимных, неустойчивых, истерических и шизоидных характерологических качеств на фоне высокой конфликтности в отношениях с отцом (в половине случаев из-за его пьянства), учителями и воспитателями. Характерны также неопределенность жизненных целей, низкая самокритичность, наличие страхов и опасений (темнота, одиночество и т. п.). При исследовании аффективных компонентов конфликтности отмечался высокий уровень неудовлетворенности в эмоциональной сфере и своей ролью среди сверстников.

При анализе микросоциальных условий (табл. 3) обнаружено, что почти половина обследованных воспитывалась в условиях неполной семьи (отсутствие одного или обоих родителей, наличие в семье отчима, мачехи и пр.), а также в атмосфере постоянных семейных скандалов и конфликтных отношений. Нормальные условия воспитания встречались значительно реже (3,32%), чем у детей и подростков без отклонений в поведении, по данным В. Я. Гинидикина (1961), в 34% семей. Среди форм неправильного воспитания чаще всего обнаруживались гипопека и безнадзорность, причем более тяжелые их последствия отмечались в 1-й группе; ситуация «кумира семьи» и гиперопеки чаще встречалась во 2-й группе; ситуация «золушки» и смешанные варианты дефектов воспитания наблюдались с одинаковой частотой в обеих группах. Характерно, что в большинстве обследованных семей (76,75%) материально-бытовые условия были благоприятными. Сле-

⁶ Акцентуация характера рассматривается нами [Семке В. Я., 1975] как выраженный, генотипически обусловленный вариант субнормы.

Таблица 3

Микросоциальные условия обследованных

Группа	Неполная семья		Конфликты в семье		Нормальные условия воспитания		Гипоопека		Безнадзорность		Гиперопека («кумир семьи»)		Ситуация «золушки»		Смешанные варианты воспитания	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1-я	168	43,5	211	54,7	6	1,55	148	38,34	139	36,01	21	5,44	12	3,11	60	15,55
2-я	93	59,62	63	40,38	12	7,69	61	39,1	35	16,03	32	20,52	4	2,56	22	14,1
Всего...	261	48,15	274	50,55	18	3,32	209	38,56	164	30,26	53	9,78	16	2,95	82	15,13

довательно, появление отклонений в поведении зависело не столько от материального благосостояния, сколько от отрицательного микроклимата в семье.

Из сказанного следует, что возникновение различных форм отклонений в поведении в детском и подростковом возрасте связано с комбинацией нескольких патогенных факторов: конституционально-биологических (разные варианты акцентуаций и препсихотического склада личности), экзогенно-соматогенных и микросоциальных (социально-педагогическая запущенность, злоупотребление алкоголем в семье). Нарушения в поведении связаны как со степенью аномалии характера (в диапазоне между акцентуацией и психопатией), так и еще более — с ее типом: чаще всего отклонения в поведении развиваются у лиц с неустойчивыми, возбудимыми, истероидными и шизоидными качествами.

Клинико-катамнестическое изучение показало, что более чем у половины (142 из 278) длительно обследованных подростков (несовершеннолетних правонарушителей) наблюдалась отчетливая и устойчивая регрессивная динамика имевшихся аномальных личностных свойств. У 106 обследованных имело место заметное смягчение характерологических отклонений (уменьшение возбудимости, грубости, демонстративности, конфликтности и пр.); у 12 — личностная патология носила стабильный характер. Лишь у 18 учащихся спецшколы, несмотря на большую работу по медико-педагогической коррекции характерологических отклонений, отмечалось дальнейшее их нарастание. В настоящее время решается задача по рациональной социально-трудовой адаптации выпускников спецшкол с учетом их типологических особенностей и условий микросоциального окружения.

В целом для подростков с микросоциальной педагогической запущенностью весьма важным, на наш взгляд, являлась правильная оценка имевшихся у них акцентуаций отдельных личностных качеств. Существенную роль приобретала проводившаяся в ходе экспериментально-психологического обследования психотерапевтическая работа, направленная на осознание ребенком ненормальности прежнего поведения, выработку у него желания избавиться от асоциальных и антисоциальных шаблонов поведения, оказание помощи в выбо-

ре будущей профессии, нормализации отношений с родственниками, близкими.

При диагностике патохарактерологического развития личности необходимым оказался комплекс медико-педагогических воздействий, направленных на максимальное оздоровление внутригрупповой обстановки, привитие подростку навыков самостоятельности с учетом его интересов и склонностей, умения устанавливать здоровый контакт со сверстниками. В период стойких и выраженных эмоциональных сдвигов усиливалась роль медикаментозного лечения: назначались малые транквилизаторы (оказывавшие выраженный холинолитический эффект), антидепрессанты и психостимуляторы (для укрепления тонуса серотонинреактивной системы), препараты валерианы, брома. Стационарное лечение за последние 4 года прошли 55 подростков (в основном с разными вариантами патохарактерологического развития). После достижения лечебного эффекта проводилась поддерживающая социотерапия вплоть до полного устранения патохарактерологической симптоматики.

Ниже остановимся на социально-бытовых факторах, способствующих формированию погранично-психических расстройств у работников промышленности [Положий Б. С., 1987—1988]. В этой связи определенный интерес представило изучение уровня распространенности пограничной патологии у работников изучаемого предприятия (взятого как модель популяции) в зависимости от срока их проживания в Сибири. Этот интерес обусловлен, с одной стороны, имеющимися литературными сведениями о более высокой нервно-психической заболеваемости лиц, приехавших в Сибирь из других регионов страны [Бессоненко В. В., 1980; Потапов А. И., 1983], с другой стороны, планируемыми в перспективе интенсивным притоком в Сибирь трудовых ресурсов. 87,9% выявленных больных пограничными состояниями живут в Сибири постоянно или достаточно продолжительно (более 5 лет); среди лиц, страдающих этими заболеваниями, количество живущих в Сибири до 5 лет достоверно превышает число таковых в стандартизированной по полу и возрасту контрольной группе здоровых (соответственно 12,1 и 5,8%).

Эти данные позволяют прийти к заключению, что пограничным расстройствам в большей степени подвер-

жены работники предприятия, недавно переехавшие в Сибирь, что вполне объяснимо с точки зрения сложностей адаптации к новым климато-географическим, социально-бытовым, культуральным условиям жизни. Кроме того, такое распределение может отражать общую тенденцию более интенсивной миграции больных.

По результатам исследования, 1,2% их общего количества совершили более 5 миграций за последние 5 лет; 3,6% меняли место жительства 3—5 раз, 13,6% — 1—2 раза. Таким образом, количество мигрантов среди изучаемого контингента больных составило 18,4% (в контрольной группе лиц, мигрировавших более 5 раз, не было, переезжающие 3—5 раз составили 0,7%, 1—2 раза — 3,7%). Следовательно, на долю мигрантов в контрольной группе здоровых в психическом отношении лиц пришлось лишь 4,4%, что более чем в 4 раза ниже соответствующего показателя в группе больных пограничными нервно-психическими заболеваниями. Эти различия подтверждают тенденцию более высокой миграционной активности психически больных, что согласуется с мнением исследователей [Снежневский А. В., 1963; Жариков Н. М., 1977; Красик Е. Д., 1987] и требует повышенной психиатрической бдительности в отношении мигрантов.

Изучение жилищно-бытовых условий работников предприятия, страдающих пограничными расстройствами, показало, что больные достоверно чаще, чем лица контрольной группы (соответственно 5,4 и 2,2%), не имеют собственного жилья и арендуют квартиру, чаще всего неблагоустроенную. Что касается больных, проживающих в государственных благоустроенных квартирах, собственных домах, общежитиях, то их количество достоверно не отличается от количества лиц контрольной группы, живущих в аналогичных условиях. Таким образом, отсутствие жилья и связанные с этим неблагоприятные бытовые условия могут являться негативным в отношении психического здоровья работающих фактором, способствующим фрустрации, невротизации личности или декомпенсации уже имеющегося заболевания.

Значительную актуальность, с нашей точки зрения, имеют различные вопросы, связанные с личной жизнью больных, взаимоотношениями в семье, которая стано-

вится объектом все более пристального внимания специалистов различных областей медицины, в том числе и психиатров. Так, на ведущую роль неблагоприятной обстановки в семье в генезе многих нервно-психических расстройств указывали В. Н. Мясищев (1960), Ю. А. Кузнецов (1974), В. Г. Антропова, З. М. Мельникова (1981), Г. И. Лежелекова (1982), Е. Д. Красик (1986). Изучение семейного положения выявленных больных пограничными расстройствами показало, что большинство из них (68,9%) женаты или замужем, 15,7% — холосты или незамужем, 11% — разведены, 4,4% — вдовы. Причем разведенных и потерявших супруга относительно больше среди женщин, а ни разу не состоявших в браке — среди мужчин.

Среди больных пограничными расстройствами (по сравнению с лицами, составившими контрольную группу) относительно выше удельный вес разведенных (соответственно 11,0 и 6,2%) и овдовевших (4,4 и 1,5%). Количество лиц, состоявших в браке и холостых (незамужних), достоверно не различается в сравниваемых группах. Таким образом, неблагоприятие в личной жизни, связанное с разводом или смертью одного из супругов, достоверно выявляется в группе больных пограничными нервно-психическими расстройствами, являясь существенным фактором психической дезадаптации.

Учитывая, что среди больных пограничными состояниями преобладают лица, состоящие в разводе или овдовевшие, мы проанализировали связь между количеством совершенных браков в группах больных и здоровых в психическом отношении лиц. Согласно полученным результатам, большинство в обеих группах составляют лица, состоящие в первом браке (соответственно 78,4 и 90,7%). Количество же лиц, состоящих в повторных браках, достоверно выше среди больных пограничными расстройствами — 21,6% (в контрольной группе — 9,4%). Таким образом, большая вероятность встретить больных с пограничной патологией отмечается среди разведенных, вдовых, а также среди лиц, находящихся в повторных браках.

Существенный интерес представляет изучение психологического микроклимата в семьях больных пограничными расстройствами, в частности, частоты и причин конфликтных ситуаций, характеризующих наруше-

ния внутрисемейных межличностных взаимоотношений. В первую очередь следует отметить, что наличие относительно постоянной конфликтной обстановки в семье зарегистрировано у 77,1% всех выявленных больных, в том числе у 81,9% женщин и 61,3% мужчин. В контрольной группе эти цифры составили в целом 44,7% (44,1% — у мужчин и 45,4% — у женщин), что достоверно ниже, и подтверждают наличие неблагоприятного психологического микроклимата в семьях больных пограничными заболеваниями.

Ведущее место в ряду семейных конфликтных причин у больных занимают бытовые и материальные затруднения, испытываемые 27,3% лиц, страдающих пограничными расстройствами, и взаимное непонимание, выявленное у 25,2% больных. Далее следуют конфликты, обусловленные алкоголизацией супруга или супруги (18,6% всех случаев). Более скромный удельный вес приходится на долю ревности (3,9%) и конфликтов, возникающих на сексуальной почве (2,1%). Частота аналогичных конфликтных ситуаций в семьях лиц, здоровых в психическом отношении (контрольная группа), оказалась достоверно ниже как в целом, так и по отдельным разновидностям психогений. Весьма характерно, что в большинстве случаев конфликты в семьях больных пограничными состояниями не носили острого, аффективно насыщенного характера. Чаще они выражались в длительно и стойко отмечающейся напряженности внутрисемейных отношений, взаимных претензиях супругов, их отчуждении, недовольстве друг другом, нарушениях взаимоотношений с другими членами семьи (дети, родители, прочие родственники).

Обобщая приведенные сведения о некоторых социально-бытовых факторах, неблагоприятно воздействующих на психическое здоровье, можно прийти к заключению, что с большей вероятностью можно выявить больных пограничными нервно-психическими расстройствами среди лиц, недавно проживающих в Сибири, часто мигрирующих, имеющих плохие жилищно-бытовые условия, разведенных, вдовых или находящихся в повторных браках, живущих в конфликтной семейной обстановке.

Нами изучены некоторые непосредственно связанные с профессиональной деятельностью работающих

факторы, неблагоприятно влияющие на состояние их психического здоровья. В ряде случаев действие этих факторов прослеживалось в качестве декомпенсирующих клиническое течение заболевания причин, что способствовало ухудшению самочувствия больных, обострению психической симптоматики, снижению уровня социально-трудового приспособления, вызвало необходимость корректировки терапевтических и реабилитационных мероприятий. В других случаях данные производственные факторы играли этиологическую или патопластическую роль в генезе заболеваний. Кроме того, у большинства больных пограничными расстройствами отмечалось сочетанное воздействие нескольких из обобщаемых ниже факторов.

Сведения по этому аспекту проблемы были почерпнуты из анамнестических данных, бесед с самими больными, а их верификация проводилась нами на рабочих местах путем изучения конкретных производственных условий, собеседований с сослуживцами больных, руководством соответствующих производственных подразделений. Ведущее место в ряду неблагоприятных для психического здоровья работников предприятия факторов занимают причины, условно названные нами «собственно производственные». Эти факторы характеризуются нарушениями в сфере организации производственного процесса, а их влияние прослежено нами у 60,6% больных.

Нарушения в сфере организации производственного процесса были обусловлены, в первую очередь, отсутствием должной ритмичности в работе предприятия, резким повышением производственных нагрузок в конце месяца (квартала, года), иногда сопровождающихся сверхурочной работой в выходные дни, после окончания смены. Такие периодические перегрузки ломают сложившийся стереотип работы, вызывают общую астенизацию организма, ослабляют адаптационные барьеры психической деятельности, что неблагоприятно действует на психическое состояние большинства больных пограничными нервно-психическими заболеваниями, декомпенсирует имеющиеся психопатологические расстройства, снижает уровень социально-трудовой адаптации.

У ряда больных невротическими и невротоподобными расстройствами неудовлетворительная организация производственного процесса способствовала возникновению у них заболевания, когда на фоне вызванной перегрузками астенизации нервной системы присоединялось действие тех или иных психотравмирующих факторов, как связанных, так и не связанных с производственной сферой жизни больных. Следующее по частоте место занимают факторы, отнесенные нами к категории психологических и наблюдавшиеся у 39% больных пограничными расстройствами. Это весьма обширная группа, которая свидетельствует о неблагоприятном психологическом микроклимате в ряде производственных подразделений предприятия и проявляется нарушениями межличностных взаимоотношений в процессе профессиональной деятельности работающих.

Следует отметить, что в условиях современного промышленного производства отмечается отчетливая тенденция к количественному увеличению и качественному усложнению межличностных контактов. Все это происходит на фоне повышения психической напряженности, обусловленной интенсификацией трудовых процессов, усилением личной ответственности, необходимости быстрого принятия решений. В межличностных контактах имеют большое значение также такие психологические факторы, как установка личности, ее ценностные ориентации, уровень самооценки, конформности.

Нарушения в сфере межличностных контактов чаще всего возникали в бригадах или иных подразделениях предприятия, отличающихся неблагоприятным психологическим микроклиматом. В таких микроколлективах преобладали формальные взаимоотношения на фоне неумелого стиля руководства. Сложности в процессе работы вызвали обилие взаимных претензий, личную неприязнь между отдельными членами коллектива или между руководителем и подчиненными. В итоге в подобных производственных подразделениях формировалась обстановка психологической напряженности, что сопровождалось снижением производственных показателей, повышенной текучестью кадров, в свою очередь еще более обостряющих психологическую обстановку. В результате такого рода нарушений создавалась благоприятная почва для возникновения мелких

по значимости, но имеющих тенденцию к постоянству конфликтов, что декомпенсировало больных пограничными расстройствами, а у некоторых, ранее здоровых в психическом отношении лиц, способствовало развитию заболеваний невротического характера.

Таким образом, значение микросоциальных факторов для психического здоровья работников промышленности представляется очень существенным, что требует продуманной психопрофилактической и психопедагогической работы, осуществляемой объединенными усилиями медиков, психологов и самих производственников.

Сравнительный анализ воздействия неблагоприятных производственных факторов в зависимости от пола больных пограничными состояниями показал, что у женщин в большей степени, чем у мужчин, прослеживается влияние психологических факторов (соответственно 41,2 и 31,8%), в то время как собственно производственные факторы оказывают в равной степени выраженное влияние на лиц обоего пола. Воздействие неблагоприятных производственных факторов на больных пограничными расстройствами проанализировано нами в зависимости от их профессиональной принадлежности. Согласно полученным результатам, собственно производственные факторы занимали ведущее положение в ряду других причин у квалифицированных рабочих и инженерно-технических работников (соответственно 69,8 и 59,3% всех больных этих специальностей). У служащих данный фактор занимал более скромное место, прослеживаясь лишь у 13% больных, а у вспомогательных рабочих его влияние не было выявлено. Эти закономерности вполне объяснимы с точки зрения специфики производственной деятельности рассматриваемых континентов больных. Неритмичность трудовых процессов и связанные с ней нервно-психические перегрузки в основном касаются квалифицированных рабочих и инженерно-технических работников, непосредственно отвечающих за выполнение плана и выпуск продукции. На производственную деятельность служащих дизритмия работы предприятия оказывает значительно меньшее воздействие, а вспомогательные рабочие и обслуживающий персонал практически не испытывают на себе ее влияния.

Значение психологических факторов оказалось максимальным в профессиональной группе служащих (66,7% всех больных), затем у вспомогательных рабочих (48%), ИТР (44,8%) и ниже всего у квалифицированных рабочих (33% всех больных данной профессиональной группы). Такое распределение говорит, с нашей точки зрения, о более благоприятном психологическом микроклимате в наиболее организованных трудовых коллективах (крупные квалифицированные бригады, цехи, отделы, конвейерные линии), в которых активнее внедряются принципы научной организации труда, санитарно-гигиенические нормы и требования. В небольших подразделениях, объединяющих аппарат служащих, такая деятельность, как правило, осуществляется на более низком уровне. Вспомогательные рабочие зачастую разрознены, что препятствует формированию среди них здорового психологического микроклимата.

Таким образом, среди неблагоприятных производственных факторов, влияющих на возникновение, развитие и клиническое течение пограничных нервно-психических расстройств, профилирующими для квалифицированных рабочих и инженерно-технических работников являются собственно производственные факторы, связанные с нарушениями организации трудовых процессов, аритмичностью работы предприятия, а для служащих и вспомогательных рабочих — психологические факторы, проявляющиеся в сфере межличностных отношений.

Учитывая безусловную значимость и многосторонность фактора психической травматизации в развитии ПНПР, нами проанализированы психические травмы, способствовавшие возникновению или обострению пограничных состояний у работников предприятия. Результаты исследования показали, что почти в половине случаев (42,8%) психические травмы не были связаны с производственной деятельностью работающих, касаясь преимущественно сферы их личной жизни, взаимоотношений в семье. Более чем в $\frac{1}{3}$ всех случаев психическая травма носила острый характер, обусловленный происшествием (смерть, тяжелая болезнь кого-либо из близких, измена одного из супругов, разрыв с любимым человеком, ревность). Чаще же психические травмы были протрагированными, связанными, главным образом,

с незначительными по силе, но длительно продолжающимися неудачами в личной жизни, семейной неустроенностью, ссорами с родственниками, неоправдавшимися надеждами. Среди таких больных было много лиц, состоящих в неудачных или повторных браках, одиноких, разведенных, вдовых, то есть людей с несложившейся семейной жизнью.

Психические травмы, непосредственно связанные с производственной сферой жизни работников предприятия, встречаются достоверно реже (25,1% всех выявленных случаев). В ряду психических травм, условно названных нами «производственными», также выражено преобладают воздействия протрагированного характера — более $\frac{4}{5}$ всех таких случаев. Психотравмирующие ситуации возникали у работающих в подразделениях с недостаточно благоприятным психологическим микроклиматом, низкой трудовой дисциплиной, носили характер затянувшихся межличностных конфликтов. Нарушения отношений между сослуживцами отражались в целом на взаимоотношениях в коллективах, вносили неорганизованность в работу, негативно влияли на производственные показатели подразделений. Протрагированные производственные психические травмы чаще возникали в условиях напряженного характера труда, а также в случаях неудовлетворенности избранной профессией, видом деятельности.

Значительно реже прослеживается воздействие острых психических травм в условиях производства. К таковым относятся крупные, аффективно окрашенные конфликты между работающими, сопровождающиеся нанесением глубокой обиды, оскорбления; реже — несчастные случаи, повлекшие за собой серьезные последствия; служебные неприятности, привлечение к административной или общественной ответственности, перевод на низкооплачиваемую работу. Естественно, что удельный вес таких причин в условиях производства значительно ниже, чем менее интенсивных, но более продолжительно действующих психогенно травмирующих факторов. Почти у $\frac{1}{3}$ (32,1%) всех больных пограничными нервно-психическими расстройствами было затруднительно определить конкретную психическую травму. В данных случаях психическая травматизация не носила четко очерченного характера, проявляясь в нарушенных взаи-

моотношениях в быту и на производстве, чаще у лиц интровертированного, рефлексивного склада.

Следует отметить, что приведенные данные лишней раз подчеркивают сложность и многомерность проблемы влияния разнообразных микросоциальных факторов на психическое здоровье населения. Большинство этих факторов действуют не изолированно, а в сложных комбинационных зависимостях, опосредованных через сферу межличностных отношений. Результаты проведенного исследования и наш клинический опыт позволяют среди социально-бытовых факторов, негативно влияющих на психическое здоровье, выделить неблагоприятие в семейной жизни, проявляющееся конфликтной обстановкой, разводами, повторными браками.

В ряду производственных причин основное место занимают уровень организации трудовых процессов, а также психологические факторы, определяющие характер межличностных производственных взаимоотношений и психологический микроклимат в трудовых коллективах. Что касается труда как такового, то он не может быть источником нервно-психических нарушений, если протекает в психически здоровой обстановке, объединяющей людей на совместное решение поставленных задач. В целом же патогенность внешних обстоятельств жизни проявляется лишь в сочетании с соответствующим значимым отношением к ним личности, когда для человека имеет значение не столько объективная трудность проблемы, сколько субъективное отношение к ней. Таким образом, значение основных закономерностей влияния микросоциальных факторов на психическое здоровье может позволить с большей целенаправленностью планировать и осуществлять профилактику пограничных нервно-психических расстройств совместными усилиями психиатров, врачей общемедицинской практики, общественности.

3.2. Конституционально-биологические факторы

Участие конституционально-биологических факторов в формировании пограничных состояний приобретает наибольшую значимость в группе психопатий, затем — по убывающей степени — неврозов, психопатоподобных и неврозоподобных расстройств. В последние годы воз-

растает интерес к генетическим и конституциологическим исследованиям в области «малой», пограничной психиатрии, как бы заполняющим пробел между микросоциологическими, экзогенно-органическими и соматогенными изысканиями. Таким путем в оценке соотношения «почвы» и разнообразных патогенных внешних воздействий удается в каждом конкретном случае определить их удельный вес в единстве и взаимодействии. Именно с таких позиций удается полнее раскрыть механизм болезни, понять ее общепатологические закономерности, поскольку «отдельное не существует иначе, как в той связи, которая ведет к общему. Всякое отдельное есть (так или иначе) общее»⁷.

Сближение взглядов по многофакторной природе пограничных состояний преодолевает прежнюю односторонность точек зрения на генез отдельных форм ПНПР, противопоставление «внешнего» и «внутреннего», «органического» и «функционального», «психогенного» и «соматогенного». Весьма интересны в этом отношении взгляды М. Г. Айрапетянца и А. М. Вейна (1982), П. В. Симонова (1984), М. М. Ханянишвили и К. Гехта (1984) на генез неврозов: в их основе лежит мотивационный конфликт, который ведет к снижению скорости локального мозгового кровотока, гипоксии мозга, изменениям нейронов, что приводит к нарушению функционирования лимбических структур.

Научное понимание генеза пограничных состояний (в первую очередь, неврозов и психопатий) требует не только признания важной роли общественно-воспитательных воздействий, но и раскрытия болезненно измененной мозговой динамики, вызванной невозможностью разрешения трудных жизненных проблем. При психопатиях, например, врожденные особенности (тип высшей нервной деятельности) подвержены влиянию окружающей среды, под действием которой и формируется характер. Чаще всего биологические факторы усиливаются или смягчаются за счет социальных воздействий (особенно в детско-подростковом возрасте). Точно в таком же единстве должно проводиться сопоставление образа жизни больного и внутренней картины его болезни, под которой Р. А. Лурия (1977) понимал все

⁷ Ленин В. И. Соч. 4-е изд. Т. 38. С. 359.

то, «что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом его к врачу — весь огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм».

Сравнительно-возрастной метод в изучении пограничной нервно-психической патологии использовался нами и нашими сотрудниками на протяжении длительного периода [Семке В. Я., 1962—1986; Нохрина Л. Я., 1983—1984; Судаков В. Н., 1985 и др.]: он позволяет проследить вклад отдельных патогенных факторов на различных этапах клинической динамики ПНПР. В частности, в работе Л. Я. Нохриной (1984) установлена высокая частота возникновения невротических состояний в период парапубертатного и второго возрастного криза; затем в возрасте от 31 до 35 лет, определяемом как «кризис середины жизни» [Мюссен П. с соавт., 1979]; наконец — от 41 до 45 лет (в основном у женщин в период климактерической перестройки). В целом значение возрастных кризов сводилось к тому, что эндокринные пертурбации становились наиболее значимыми при столкновении с социальными трудностями, когда личность вступала в новый этап жизни, требующий пластичности, мобилизации внутренних сил для более быстрой и устойчивой адаптации в создавшихся условиях (начало посещения детского сада или школы, начало трудовой деятельности, создание семьи, достижение наивысшего профессионального и творческого уровня, приближающаяся старость, уход на пенсию).

Оценка конституционально-биологических факторов может быть осуществлена с учетом комплекса показателей — в первую очередь, факторов пола, возраста, наследственной отягощенности, антропометрических и нейроэндокринных данных. Согласно взглядам Э. Крепелина (1909), из всех антропометрических качеств, оказывающих влияние на формирование личности, наибольший удельный вес занимает пол и возраст. В качестве иллюстрации вклада данных факторов в генез пограничной патологии сошлемся по преимуществу на резуль-

таты динамического изучения истерических состояний [Семке В. Я., 1980].

а. Пол. В большинстве работ на эту тему приводятся данные о значительном преобладании среди больных неврозами лиц женского пола, причем в различных пропорциях — от 2:1 до 12:1 [Ernst K., 1959; Карвасарский Б. Д., 1980]. Отмечается, что неврозы у женщин протекают тяжелее [Десятников В. Ф., 1974]. Наиболее показательным это соотношение имеет место при истерии: еще Р. Briquet (1859) считал, что оно составляет 20:1, Т. Оппенгейм (1886) — 10:1. Предпочтительность женщин к истерическому реагированию с наличием ярких клинических проявлений объясняется [Grosch H., 1953] особенностями их биологических функций.

На нашем материале установлено достоверное преобладание в целом по группе обследованных (74,1 против 25,9%) и по отдельным клиническим подгруппам: при истерическом неврозе — 80,9 против 19,1%, при психотических реактивных состояниях — 79,5 против 20,5%, при истерической психопатии — 63,3 против 36,7%. Сопоставление больных с учетом пола в разные возрастные отрезки показало превалирование истерического реагирования у женщин в момент возрастных кризисов, особенно инволюционного. Таким образом, фактор пола играет существенную роль в предпочтительности истерического реагирования на разных возрастных этапах, особенно в моменты вегетативно-эндокринных пертурбаций.

б. Возраст. В результате наших исследований обнаружено своеобразие ряда предрасполагающих факторов в этиологии основных форм неврозов в зависимости от возрастного периода: в детском и подростковом возрасте имела отчетливая связь их возникновения с дисгармонической структурой формирующегося характера (акцентуации — 48,8%, преэпсихопатии — 36,6%), «цепочкой» инфекции (26,8%), с минимальной мозговой дисфункцией (17,1%). В зрелом возрасте ведущее значение имело своеобразие типологической структуры личности: наличие акцентуированных (53,4%) или преэпсихопатических (24,7%) свойств характера. Для позднего возраста было характерно воздействие соматоген-

ного фактора (81,2%), преимущественно сосудистого генеза, климактерических перестроек (56,2%).

Согласно мнению Б. Д. Карвасарского (1980), в некоторых случаях неврозов возраст и пол являются одними из самых важных среди прочих этиологических факторов — биологических и социальных. Моделью такого пограничного нервно-психического расстройства является нервная анорексия [Коркина М. В., 1968]. Больные невращением чаще всего заболевают в зрелом возрасте (от 30 до 34 лет), истерией — в молодые годы (20—34 года). По нашим данным, наибольшая распространенность истерического реагирования падала на период от 16 до 20 лет, что совпадает с данными Л. Ljngberg (1957) — между 17 и 25 годами. Этот факт может быть объяснен моментом завершения пубертатного возраста и повышением порога общественных требований к индивиду в связи с началом самостоятельной жизни. Второй подъем истерического реагирования падал на отрезок в 31—35 лет (период наиболее активных социальных контактов), третий — в 46—50 лет (появление латентных и компенсированных психопатических состояний, картины «инволюционной истерии»).

Определенный интерес представляет наличие связи отдельных невротических симптомокомплексов с возрастом больных [Семке В. Я., Нохрина Л. Я., 1986]. На этапе невротического состояния нами был проведен корреляционный анализ, предложенный ранее О. В. Кербиковым (1947). Он позволил выделить симптомы и синдромы, имевшие положительную или отрицательную связь с возрастом больных (табл. 4).

Для детского и подросткового возраста наиболее характерными были навязчивые действия (движения плечами, головой, мигание), нарушения сна, ночные экскессы (психогенный энурез, снохождение, сноворение), речевые расстройства; в зрелом возрасте — астенические, алгические, вазовегетативные и аффективные проявления, а также нарушения витальных функций, навязчивые состояния (идеи, фобии), функциональные изменения чувствительности; в позднем — алгические, аффективные, ипохондрические образования. Выявлены отчетливые различия клинической динамики основных форм неврозов в зависимости от возрастного периода:

Таблица 4

Корреляция симптомов при основных формах неврозов
в различные возрастные периоды

Синдром	Симптомы	Возраст		
		детско- подрост- ковый	зрелый	поздний
1	2	3	4	5
Астенический	Повышенная утомляемость	-0,053	0,028	0,02*
	Раздражительность	-0,423	-0,027	-0,128
	Эмоциональная лабильность	0,418	0,042	-0,01*
	Слезливость	-0,053	0,097	0,026
Алгический	Расстройство внимания	0,093	-0,083	-0,038
	Головная боль	-0,418	0,168	0,031
	Боль в области сердца	-0,266	0,254	-0,029
	Желудочно-кишечная боль	-0,133	0,079	0,039
	Сенестопатии	-0,303	0,118	0,161
Вазовегетативный	Ипохондрическая фиксация	-0,261	-0,017*	0,267
	Тошнота, рвота	-0,574	0,014	-0,014*
	Гипергидроз	-0,252	0,255	-0,036
	Вазомоторная лабильность	-0,320	0,294	-0,057
	Обмороки, кратковременные расстройства сознания	-0,101	-0,043	0,153
Аффективный	Пониженное настроение	-0,606	0,245	0,234
	Тревога	-0,352	-0,056	0,397
	Дистимия	-0,065	0,126	-0,073
	Дисфория	-0,054	0,052	-0,004*
Расстройство витальных функций	Расстройство аппетита	-0,363	-0,035	0,12
	Нарушение сна	0,036	-0,326	0,322

	1	2	3	4	5	
Ночные эксцессы	Суицидальные мысли, тенденции	-0,945	0,051	0,094		
	Сексуальные дисфункции	-0,1	0,125	-0,037		
	Ночные страхи	-0,023*	-0,018*	0,04		
Навязчивые состояния	Сногворение, снохождение	0,273	-0,144	-0,103		
	Энурез	0,365	-0,066	-0,138		
Истерические проявления	Навязчивые идеи	-0,253	0,158	0,069		
	Навязчивые действия	0,298	-0,176	-0,092		
	Навязчивые страхи	-0,173	0,168	-0,018*		
Психосенсорные проявления	Функциональные расстройства чувствительности	-0,266	0,463	-0,245		
	Функциональные двигательные расстройства	-0,067	-0,07	0,141		
	Функциональные расстройства органов чувств и речи	0,185	-0,062	-0,11		
Дереализация	Психогенные обманы восприятия	0,04	-0,004*	-0,038		
	Дереализация	-0,022*	0,125	-0,115		
Деперсонализация	Деперсонализация	-0,001*	0,046	-0,103		

* Недостоверные результаты.

в детско-подростковом возрасте наряду с моносиндромностью отмечался некоторый полиморфизм симптоматики за счет присоединения патохарактерологических проявлений с преобладанием благоприятного типа течения (78,4%) даже при наличии затяжных форм и развития; в зрелом — нозологическая очерченность клинической картины невроза, его отчетливое поэтапное формирование, преобладание благоприятного варианта динамики (в 75%) при длительном сохранении «следовых реакций» и легкости возникновения повторных неврологических состояний; в позднем — стертость симптома-

тики, наличие психосоматогенной «встречности» [Краснушкин Е. К., 1960], полиморфизм клинической картины с формированием позиции «ипохондрического эгоцентризма», преобладание стабильного варианта динамики (62,2%) над благоприятным и неблагоприятным течением.

При анализе эволютивной, возрастной динамики неврозов [Семке В. Я., Нохрина Л. Я., 1982] обнаружено видоизменение их клинической картины: в детский и подростковый период — отход от моносиндромности, усложнение реагирования в виде появления в более раннем возрасте очерченных дифференцированных форм неврозов; в зрелый — характерная тенденция к стиранию границ между отдельными формами неврозов, несмотря на их отчетливую нозологическую принадлежность; в поздний — полиморфизм симптоматики и усложнение личностной реакции на биологические пертурбации.

в. Наследственность. Для получения информации относительно распространенности и клинических проявлений патологии среди родственников обследованных больных истерическими состояниями нами использовался клинико-генеалогический метод. В целом по группе обследованных больных наиболее значимой оказалась наследственная отягощенность патохарактерологическими чертами среди родителей и ближайшего окружения (I и II степени родства) — как гомономными (соответствующими истерическому кругу личностными качествами), так и гетерономными (присущими другим формам личностной патологии), а также алкоголизмом. Отягощенность тяжелыми психическими заболеваниями, соматоневрологической патологией наблюдалась примерно с одинаковой частотой во всех трех подгруппах. Среди генетических подгрупп истерической психопатии для конституционального, «ядерного» варианта ведущее значение приобретали гетерономные характерологические аномалии в роду, для «краевого» или «нажитого» — гомономные, для органического — психопатологической и соматоневрологической наследственной отягощенности.

г. Тип телосложения. В обзоре Ф. А. Вайндруха и К. Н. Назарова (1973) отмечается наличие отклонений у больных неврозами от нормоспланхнического типа в

сторону макроспланхнического и микроспланхнического; имеется взаимосвязь между неврастением и микроспланхническим, истерией и макроспланхническим типом. Согласно представлениям А. В. Снежневского (1983), истерическая личность, отличающаяся «богатым воображением со склонностью принимать желаемое за действительное», коррелирует с грацильным типом телосложения. С другой стороны, Т. С. Истаманова (1958) при обследовании больных с невротическими нарушениями сердечной деятельности у большинства из них выявляет нормостенический тип телосложения (82%), реже — астенический (11,9%) и еще реже — гиперстенический (6,9%).

В целом включение конституциональных факторов в многомерный анализ психологических проявлений и закономерностей течения болезни обогащает наши представления о патогенетических и патокинетических механизмах ее формирования и динамики [Корнетов Н. А., 1986]. Проведенное клинико-антропометрическое изучение конституционального склада больных истерически (невротическими, психотическими, психопатическими) состояниями позволило распределить их с учетом типа телосложения (табл. 5).

Таблица 5

Типы телосложения у больных истерией
(абсолютные цифры и проценты)

Тип	Невроз		Психозы		Психопатия		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нормостенический	76	50,0	42	50,6	30	21,1	148	38,9
Астенический	29	19,0	11	13,3	21	15,4	61	16,4
Гиперстенический	1	0,7	1	1,2	1	0,7	3	0,8
Инфантильно-грацильный	45	29,6	26	31,3	75	55,2	146	39,4
Диспластически-атлетоидный	1	0,7	3	3,6	9	6,6	13	3,5

Как видно из табл. 5, нормостенический и инфантильно-грацильный типы телосложения встречались в целом по группе достоверно чаще остальных. У больных истерическим неврозом и реактивными истери-

ческими психозами самыми частыми (в половине наблюдений) были нормостенический и инфантильно-грацильный типы, далее — астенический и диспластически-атлетоидный. В психопатической подгруппе преобладающим был инфантильно-грацильный, а нормостенический выявлялся чаще астенического, гиперстенического и диспластически-атлетоидного.

Таким образом, антропометрическое исследование истерических состояний показало возрастание роли предрасполагающего конституционально-биологического фактора в виде инфантильно-грацильного типа телосложения в направлении от истерического невроза к истерическим реактивным психозам, а затем — к истерической психопатии. Полученные при этом данные послужили отправной точкой к многостороннему типологическому рассмотрению истерической патологии — в первую очередь с учетом физического и психического инфантилизма.

д. Инфантилизм. Правомерно выделение двух вариантов инфантилизма [Семке В. Я., 1980, 1988]: при первом из них наряду с созреванием важных для социализации структур продолжают функционировать (в рудиментарном состоянии) не подвергшиеся обратному развитию структуры детства и юности; во втором — незрелые структуры не дополняют, а замещают функции задержанных, неразвившихся систем (тем самым довольно легко наступает нарушение равновесия между отдельными структурами личности и при всяком напряжении обнаруживается социальная незрелость личности).

При истерическом неврозе и психозах (формирующихся, как известно, с меньшим участием конституционально-биологических факторов) преобладал в основном первый вариант инфантилизма: в благоприятных условиях микросоциального окружения часть обследованных больных как бы дозревала, приобретала больше навыков, оставалась социально-адаптированной; болезненный «срыв» наступал в условиях индивидуально неразрешимых микросоциальных конфликтов. При истерической психопатии имел место второй вариант инфантилизма: шаблоны поведения, свойственные для ранних периодов онтогенеза, не претерпевали обратного развития, задерживаясь на последующих этапах формирова-

ния личности; выходя в зрелую жизнь с детским багажом игровых и педагогических моделей, инфантильная личность обнаруживала свою несостоятельность при взаимодействии в микросоциальной группе, построенной «на равных».

Проявления психического инфантилизма оказывались наиболее значимыми на начальных этапах клинической динамики пограничных истерических расстройств, уступая место в зрелые годы психогенным и соматогенным воздействиям. Позитивные социальные влияния этого периода в существенной степени смягчали протекание биологических процессов, как бы уменьшали «звучание» ядерных, конституциональных структур и подчеркивали приобретенные характерологические качества. В период инволюции роль конституционально-биологической недостаточности, свойственной психопатической личности, вновь становилась ведущей, содействуя резкому сужению диапазона социальной адаптации.

е. Конституция. В настоящее время в понятие конституции включается представление не только о типе телосложения, но и о других достаточно фиксированных особенностях организма — генетическая, биохимическая конституция [Карвасарский Б. Д., 1980]. В региональном, экологическом аспекте конституции представляют интерес взгляды В. П. Казначеева (1980, 1986) о дифференциации конституциональных типов человека внутри «молодых» популяций, обитающих в ряде зон с экстремальными условиями; в обобщенном виде они обладают различными фенотипическими характеристиками и разными адаптационными возможностями. Речь идет о трех конституциональных стратегиях (с учетом антропометрических, биохимических и клинических показателей) — типа «спринтер», «стайер», «микст».

Имеются данные по адаптации разных конституциональных типов к меняющимся условиям внешней среды, в основном крайних случаев экстремального воздействия и вызванной им специфической формы хронического психоэмоционального напряжения (отсюда вводимый В. П. Казначеевым (1986) термин «синдром полярного напряжения», рассматриваемый как интегральный фактор риска определенной патологии). Нами изучались состояния, возникающие в несколько иных, бо-

лее смягченных, как бы «промежуточных» условиях (Средний Север, Приполярье и соответствующие им зоны Сибири и Дальнего Востока). Именно этот аспект остается пока малоосвещенным, в силу чего мы попытались ввести более широкие клинко-физиологические понятия — психоадаптационные (ПАС) и психодадаптационные (ПДАС) состояния, являющиеся как бы ступенями предболезни (их клинический аспект будет раскрыт в последующих разделах монографии).

При проведенном с нашим участием изучении патогенетической значимости вегетативно-сосудистого фактора в формировании неврозов [Потапов А. И., Лобова И. В., Семке В. Я., 1982] выявлены существенные индивидуальные различия, обусловленные избирательной интеграцией функционально неоднозначных регуляторных механизмов, которые могут служить одним из объективных показателей индивидуальной устойчивости к различным перегрузкам. Обследование осуществлялось с помощью методики динамической нагрузки [Лобова И. В., 1982] с последующим определением частоты сердечных сокращений (ЧСС), ударного объема (УО), минутного объема крови (МОК), удельного периферического сопротивления (УПС) и других гемодинамических показателей; суждение о мобилизации резервов организма производилось по динамике вегетативного индекса Кердо и приростов МОК в различные периоды работы и отдыха.

Результаты динамических исследований показали, что гиперреактивный тип реакции сердечно-сосудистой системы, выявляемый при стандартной физической нагрузке, имеет прямое отношение к развитию неврозов; по-видимому, можно сделать предположение о наличии конституциональной предрасположенности к воздействию стрессоров. В целом из трех типов реагирования сердечно-сосудистой системы («гиперреакторы», «нормореакторы», «гипореакторы») группу повышенного риска развития пограничных состояний составили «гиперреакторы» и «гипореакторы», причем если у лиц с гиперреактивным типом развивались преимущественно астенофобические и истеродистимические нарушения, то у лиц с гипореактивным типом реагирования наблюдались в основном астенические и ипохондрические картины.

В вопросе рассмотрения вклада конституционального фактора в генез пограничных состояний несколько особняком стоит проблема правомерности существования выделенной П. Б. Ганнушкиным (1933) группы так называемых конституционально-глупых психопатов. У ряда исследователей вызвало возражение включение в классификацию психопатий данного типа аномалии личности, которое, по нашему убеждению, не имеет достаточных оснований. Скорее всего, это не очень удачное определение реально существующего клинического явления. С учетом современных данных социальной психологии нами предлагается термин «гиперконформный» тип психопатии (применительно к однотипной группе акцентуаций характера в литературе используется понятие «конформный тип» [Личко А. Е. с соавт., 1971]).

Как известно, интеллект в определении личности имеет меньшее значение, чем ее эмоционально-волевой «строй». Однако психопатов можно разделять и по этому критерию: тогда на одном полюсе расположатся «высокоодаренные натуры», на другом — «конституционально-глупые»; их относят к соответствующим группам аномалий личности по тем же принципам, что и остальные типы. Социально-психологический портрет конституционально-глупого (точнее, «гиперконформного») психопата описан, при нашем участии, Ю. К. Эрдманом (1974). Центральным качеством этих натур являются консерватизм мышления и гиперконформность поведения. Они благопристойны и всегда готовы выполнять указания свыше, предпочитая узаконенные шаблоны поведения личной инициативе. В отличие от неустойчивых психопатов, которые легко соблазняются яркими красками «модного порока» и следуют за ними, отклоняясь от утвержденных законом норм, они руководствуются официально утвержденными и рекомендованными канонами. Собственных ресурсов для формирования поведения у них нет, поэтому они не становятся лидерами. Далее, ограниченные — не оригинальны: лучше заучивают готовые рецепты, чем осмысливают их принципы и идеи. В их труде мало творчества, но там, где достаточно трудолюбия, они делают полезное дело; не становясь первооткрывателями, они по проторенным дорогам с успехом переносят тяжелый груз. В тягостных ситуациях изоляции от привычного окружения, в

обстановке, вызывающей массовое аффективное напряжение, легко дают психогенные реакции — по типу «шоковых», депрессивных и параноидных. Таким образом, у интеллектуально ограниченных наблюдаются специфические, свойственные лишь им характерологические отклонения, нарушающие социальное приспособление; это дает право отнести их к психопатическим личностям.

В связи со сказанным предстоит уточнить соотношения конституционально-биологических и социально-психологических факторов в генезе гиперконформного типа психопатий. Наиболее целесообразно рассмотреть данную проблему в онтогенетическом разрезе. Имеется в виду определенная иерархия развития личности, отображающей основные этапы ее социализации. На раннем, детском, этапе происходит приобретение речевых и двигательных навыков, освоение первичных социальных шаблонов поведения по линии «что такое хорошо и что такое плохо». На этапе конформизма (период дошкольного образования) неосознанно закладывается основа личности с постепенным осознанием целей, задач, предвидения будущего; конформизм выступает здесь как сила примера, как страховка от самоотчуждения. Далее идет этап воспитания независимости: чем богаче кругозор человека, тем меньше его зависимость от окружающих. У конформиста изоляция воспринимается как наказание; он, как правило, не страдает от своей интеллектуальной ограниченности, фактически не замечает ее: более чем к кому-либо приложима максима Франсуа де Ларошфуко: «Все жалуется на свою память, но никто не жалуется на свой здравый смысл». На повестке дня стоит вопрос о комплексном анализе природы психопатии с учетом конституционально-биологических, социально-психологических и экзогенно-органических (соматогенных) факторов. Вероятно, их можно различать не только по конституциональному («задержки развития», «парциальный инфантилизм») и средовому (степень «впечатывания» в микросреду, выраженность социальной дезадаптации и т. п.) признакам, но и по уровню реагирования (тормозимые, возбудимые), сложности переживания и обращенности во вне: в этом плане нами [Семке В. Я., 1975] описаны два варианта истерического психопати-

ческого склада — экспрессивный и импрессивный (соответственно 56,3 и 43,7%). Для первого характерна склонность к бурному, яркому выражению чувств, повышенная требовательность, тяга к самопоказу и самовосхвалению, «игра на публику», упорство в отстаивании узкоэгоистичных интересов, налет вычурности, крикливости, капризности. Для импрессивного реагирования свойственна избыточная впечатлительность, обидчивость, легкая подверженность к переоценке жизненных трудностей.

ж. Сексуальные дисфункции. В их генезе социальное и физиологическое так тесно переплетаются, что трудно подчас найти их первопричину [Иванов Н. В., 1970; Карвасарский Б. Д., 1980]. По данным Л. Н. Лежепековой (1972), их роль в появлении неврозов более значима для мужчин, чем для женщин, причем они чаще наблюдались в молодом и инволюционном возрасте.

Согласно нашим исследованиям [Семке В. Я., 1974], структура полового влечения, наличие социальных дисфункций служили одним из важных патогенетических факторов, лежащих в основе формирования истерических механизмов реагирования. В дисгармонии сексуальных отношений находит отражение биологическая основа истерии — неуравновешенность корковой и подкорковой деятельности, первой и второй сигнальной систем, интеллектуальной и эмоциональной жизни. Половое чувство приобретает у больных истерией парциальный, незавершенный характер, в то время как у здоровых натур доминирующую роль в сексуальных проявлениях играет социально-психологическая окраска.

Наиболее выраженные и стойкие проявления сексуальной патологии (фригидность, диспарейния) встречались при «ядерной», конституциональной психопатии; средние — при «краевой», «нажитой» ее форме; более легкие переходящие дисфункции — в невротической и психогической группах истерии. При конституциональной психопатии с учетом биологической аномалии личности в виде инфантилизма (в том числе генитального) уже на ранних стадиях становления сексуального чувства обнаруживалась причудливая смесь избыточного эротизма с полудетскими мечтаниями о красоте, очаровательности. Нередко наблюдалась псевдокомпенсация

половой холодности за счет внешнего проявления сексуального чувства — игра в «страстную натуру», имитация сексуальной «одержимости», нарочитость поведения, позерство, расчет на чисто внешний эффект. Другая биологическая аномалия проявлялась, напротив, в значительном усилении полового влечения, вплоть до нимфоманического синдрома. Такая нимфоманическая фригидность (аноргазмия) выражалась в установлении сомнительных, случайных связей, поисках разнообразных щекотливых ситуаций. Нередко гротескное, взрывоопасное усиление полового чувства возникало впервые в пресенильном возрасте и содействовало развитию глубоких депрессивно-тревожных состояний.

У больных с патохарактерологическим развитием (так называемая реактивная психопатия) сексуальная дисгармония выступала в смягченной форме: отсутствие взаимного уважения, привязанности из-за подчеркнутого эгоизма истерической натуры таит в себе с самого начала оппозицию к партнеру. По механизмам суггестии и ауто суггестии формировалась генерализованная реакция на сексуальную жизнь. Наконец, у больных истерическим неврозом сексуальная патология развивалась в более позднем возрасте, на фоне уже имевшегося полового удовлетворения; динамика половой активности выражала особенности развития невроза: ослабление невротических проявлений содействовало в конечном итоге и нормализации сексуальной функции.

3. Нейроэндокринные дисфункции. Среди патогенных вредностей, выявлявших конституционально-биологическую недостаточность организма, наиболее существенными оказывались эндокринно-вегетативные перестройки в ходе возрастных кризисов. При изучении особенностей становления и протекания менструальной функции у 267 женщин, больных истерией, установлено наличие гипоменструального синдрома, имевшего разную клиническую выраженность в трех подгруппах. Выявлено более позднее, чем у здоровых девочек Сибири и Дальнего Востока — $(13,5 \pm 0,15)$ лет [Носова Л. А., 1973], появление первой менструации (менархе). Менструальный цикл устанавливался не сразу; более чем в трети наблюдений отмечались нерегулярные, скудные (или, напротив, обильные), чрезмерно болезненные месячные. Время появления вторичных половых призна-

ков (прежде всего, в психопатической подгруппе) было запоздалым, а степень их развития — незначительной. О нейроэндокринных нарушениях у обследованных свидетельствовали также данные акушерского анамнеза: частые выкидыши, выраженные токсикозы беременности, бесплодие и т. д.

Наиболее тяжелое и затяжное проявление климактерических сдвигов было характерно для подгруппы истерической психопатии; биологический эндокринно-вегетативный фон предрасполагал к последующему патогенному воздействию психотравмирующей ситуации. В сопоставлении с другими формами психопатий [Семке В. Я., 1965] истерические натуры обнаруживали наибольшую болезненную реакцию на половое увядание. Как проявление сложной динамики пограничных нервно-психических расстройств на этом возрастном отрезке следует упомянуть полисиндромную клиническую картину «инволюционной истерии», рассматриваемую нами в рамках своеобразного невротического развития личности.

Таким образом, имеются достаточно веские доказательства о существенной предрасполагающей роли конституционно-биологических (половых, возрастных, генетических и нейроэндокринных и др.) факторов как в выявлении, так и в последующем развертывании ПНПР, облегчающих «превращение патогенетических механизмов в патогенетический процесс» [Снежневский А. В., 1972].

3.3. Экзогенно-органические и соматогенные факторы

Отправной точкой исследования в этом направлении может служить высказывание П. Б. Ганнушкина (1933): «Психическая реакция на любое соматическое страдание всегда имеет место. Мало того, эта реакция двоякая: во-первых, соответствует той соматической болезни, которая в данном случае имеет место, то есть соответствует той жизненной опасности, с которой сопряжена болезнь, а следовательно, и соответствует тому страху за свою жизнь, который возникает у каждого больного; во-вторых, что гораздо важнее, эта реакция соответствует той психической конституции, которая в данном случае имеет место». Роль предшествующих и со-

путствующих началу ПНПР экзогенно-органических и соматогенных вредностей, по свидетельству Б. Д. Карвасарского (1980), рассматривается многими современными авторами как особенно характерная.

Нами было проведено клинико-катамнестическое изучение влияния соматических вредностей на динамику истерических (истериформных) состояний в рамках истерического невроза, психопатии, хронических соматических заболеваний [Семке В. Я., 1971]. Соматогенная астения, ослабляя адаптационные функции организма, содействовала фиксации и утяжелению невротического и психопатического состояния, вызванного психогенной вредностью. В некоторых случаях такого рода сочетание психогенных и соматогенных влияний составляло основную причину развития невроза или декомпенсации при психопатии.

В целом взаимоотношение психогенных и соматогенных факторов нередко оказывалось весьма сложным и многогранным. Можно выделить следующие варианты этих взаимоотношений:

— хроническая психогенная травматизация вызывает органические соматические изменения [Маслов Е. В., 1965; Мясищев В. Н., 1967; Müller-Hegemann D., 1968];

— психогения предрасполагает к действию других патогенных вредностей (алкоголь, травма, инфекция и др.) и выступает в роли своеобразного сенсibilизатора, способствуя развитию патологических сдвигов в центральной нервной системе и внутренних органах;

— психогенным путем провоцируются дотеле скрытые соматогенные процессы (следует иметь в виду, что за ширмой истерических проявлений может длительное время складываться тяжелое заболевание [Bleuler E., 1920];

— психогенное воздействие способствует дальнейшему развитию и утяжелению уже имевшегося соматического заболевания. В этих случаях истерические особенности обуславливали патологическую фиксацию отдельных проявлений болезни, задерживая окончательное выздоровление;

— соматическая болезнь приводит к перестройке личности, облегчая «проведение» психогенных влияний и содействуя формированию различных невротических

состояний. Под влиянием соматической астенизации могут появляться эмоциональные сдвиги (конфликтность, эгоцентризм и др.), которые значительно затрудняют социальную адаптацию больных.

Отмечена определенная корреляция между характером соматогении и быстротой формирования истерического синдрома: у больных желудочно-кишечными заболеваниями — медленное и постепенное его развитие; при сердечно-сосудистых — быстрое, иногда лавинообразное (состояние страха, паники, чувства обреченности, фобические реакции). При улучшении соматического состояния сложная картина описанного синдрома распадалась, и отдельные истерические проявления постепенно редуцировались.

При хроническом течении соматического заболевания обнаруживалось формирование патологического склада личности по типу истерического развития: постепенно начинали преобладать чрезмерная театральность и картинность поведения, подчеркнутый эгоцентризм, капризность, резкое сужение круга интересов; они «обрастали» другими психопатологическими радикалами в виде ипохондричности, выраженной астении наряду с избыточной аффектацией, сверхценных идей ревности и сутяжничества.

Определение участия экзогенных вредностей (с учетом патологии беременности и родов) на ранних этапах развития истерических состояний показало их большую встречаемость в подгруппе истерической психопатии; далее важное значение приобретали тяжелые инфекции (дизентерия, ангина, отит, малярия, туберкулез и т. д.), встречавшиеся с одинаковой частотой во всех трех подгруппах; несколько реже отмечались тяжелые интоксикации; далее — травматические поражения головного мозга (чаще в психопатической подгруппе); наконец, тяжелые соматогении (диспепсии, нефрит, заболевания печени и сердца) наблюдались с одинаковой частотой в каждой из подгрупп.

При выяснении частоты экзогенных вредностей в группе больных истерическим неврозом была определена высокая роль тяжелых инфекций и патологии родов, далее — травм черепа и соматических заболеваний. В группе органической психопатии выявлено преобладание токсикозов беременности и патологии родов;

в «ядерной», конституциональной — пренатальной и натальной патологии; в «краевой» — сердечно-сосудистых расстройств и эндокринопатий. Важно иметь в виду, что, несмотря на большую частоту экзогенно-органических и соматогенных вредностей, в подобных наблюдениях не формируется грубая органическая патология в ее «собственном смысле» [Кербиков О. В., 1971], а развиваются функциональные нарушения мозговой деятельности, которые и являются основанием для дисгармонии личности».

Таким образом, экзогенно-органическая и соматогенная (в первую очередь, сердечно-сосудистая) патология, не приводя к появлению психоорганической симптоматики, способствовала тем не менее определению неполноценности систем, обеспечивающих личностное реагирование при истерии. Полученные данные согласуются с указанием отдельных авторов [Ратнер Я. А., 1928; Whitlock F., 1965; Slater E., 1967; Мягер В. К., 1976] на частоту сочетания органических заболеваний с истерией.

Особую актуальность изучения генеза неврозоподобных и психопатоподобных состояний экзогенно-органической и соматогенной природы в условиях Сибири и Дальнего Востока придают их высокая встречаемость и своеобразие клинической динамики. Это объясняется не только увеличением количества черепно-мозговых травм в результате интенсивного развития промышленности и транспорта, но и повышением риска возникновения инфекционно-токсического и сосудистого поражения ЦНС, связанного со специфическими климато-географическими особенностями восточного региона страны.

В исследованиях В. Н. Судакова (1986, 1988) на материале анализа более 500 больных сформулирована гипотеза мультифакториального генеза патологического развития личности (ПРЛ), возникавшего в отдаленном периоде органического поражения головного мозга. Установлено, что формированию общеорганического снижения личности предшествовал развивающийся на фоне стойких церебральных нарушений патохарактерологический сдвиг с изменением качества и механизмов социально-производственной адаптации. Выделены 4 типа в формировании ПРЛ (эксплозив-

ный, ипохондрический, истериформный, астенический) и 3 этапа (астенический с преобладанием астеноагрипических и астеноцефалгических расстройств), структурирования и стабилизации аномального склада (с появлением патологического стереотипа личностного реагирования), общеорганического снижения личности).

Несомненно, важным для сибирского и дальневосточного регионов является изучение соматогенно обусловленных ПНПР (прежде всего, у больных описторхозом, леченных хлосилом). Известно, что хлосил является одним из средств в лечении описторхоза (Д. Д. Яблоков), широко распространенного в ряде областей региона. Исследованиями В. Ф. Лебедевой, В. Н. Судакова (1985) установлено, что в результате даже одного курса лечения развивались стойкие астенические нарушения с частыми дизэнцефальными приступами, к которым в последующем присоединялись массивные психопатоподобные радикалы. Повторные курсы терапии хлосилом сопровождалась, как правило, формированием токсических энцефалопатий с выраженными мнестико-интеллектуальными расстройствами и последующим ухудшением социально-производственной адаптации, вплоть до полной потери трудоспособности.

Предметом специальных исследований нашего института явилась сравнительная клинко-патогенетическая и клинко-динамическая оценка весьма распространенных в пограничной психиатрии состояний — истериформного [Семке В. Я., 1971], ипохондрического [Ланская Т. А., 1987], кардиофобического [Плешаков В. И., 1985, 1988], а также неврозоподобных расстройств у работников алюминиевой промышленности [Цай Л. В., 1985, 1987] и у женщин при доброкачественных опухолях матки и яичников [Семке В. Я. с соавт., 1988; Гут В. Г., 1988].

Истериформные неврозоподобные состояния на почве хронических соматических заболеваний (тиреотоксикозы, гепатит, гепатохолецистит, хронические гинекологические нарушения) проявлялись в отчетливой «истеризации» преморбидно здоровой личности. Вся динамика патохарактерологических сдвигов в этих случаях определялась «ситуацией болезни», а структура и течение истериформного синдрома — тяжестью основного страдания (преобладание астенодепрессивных ре-

акций, состояний раздражительности, боязливости, тревоги). Несмотря на их близость к истерии, они отличались бедностью оформления и стереотипностью истерических проявлений, отсутствием яркой эмоциональности и театральности. Для их возникновения было достаточно самых незначительных ситуационных влияний, причем психогении играли лишь патопластическую роль. При всей своей выраженности и массивности истерические симптомы сглаживались и устранялись с излечением основного заболевания.

Предложенный нами для практического применения дифференциально-диагностический комплекс (ДДК) позволяет отграничить истерические состояния и истериформные расстройства экзогенно-органической и соматогенной природы (сосудистой, посттравматической, на почве патологического климакса и тиреотоксикоза). Так, отграничение истероорганических состояний от истерического невроза и психопатической декомпенсации производилось по следующим параметрам ДДК: этиологическому — наличие нервно-соматической патологии, общей непереносимости стрессовых состояний (при истерии — психогенная природа ухудшений состояний, личностная реакция на индивидуально-неразрешимый микросоциальный конфликт); патогенетическому — стабильность нейрофизиологических показателей, извращенная реактивность организма с низким уровнем компенсаторных возможностей (при истерии нейрофизиологические параметры лабильны, диапазон компенсаторных способностей более широкий); клинко-динамическому — относительная бедность, гротескность истериформной симптоматики с постепенной нивелировкой характерологических черт, не критическое отношение к болезни, ее регрессивная динамика под влиянием рассасывающей, ноотропной, гормональной, антисклеротической терапии, сохранение стремления к труду (при истерии динамика многообразна, тесно зависит от средовых условий, характерны «нозофилия» и неровное отношение к трудовой деятельности).

Непсихотические ипохондрические состояния различного генеза широко распространены в психиатрической (6%, по данным Боброва А. С., 1984) и общесоматической сети (до 52,6%, по данным Волкова В. С. с соавт.

1984). Их отличает клинический полиморфизм, наличие так называемых соматических и нервно-психических «масок» этой группы ПНПР, торпидность клинической динамики.

По нашим данным, в генезе непсихотических ипохондрических состояний важное значение имело определенное соотношение вклада конституционально-биологического (в виде личностной predisпозиции по типу акцентуации — 67,8% случаев или преэпсихопатии — 15,5%), экзогенно-органического и соматогенного факторов. Особенности непсихотических ипохондрических состояний экзогенно-органического генеза являлись значительная глубина и стойкость астенических расстройств, выраженность и полиморфизм дисцефальных и нейросоматических нарушений, нарастание признаков общеорганического снижения личности, а на более ранних этапах — формирование ПРЛС (с выделением астенического, истерического, дистимического и паранойяльного вариантов). В группе больных с ипохондрическими состояниями соматогенного происхождения на первой стадии отмечено появление сенестоалгических расстройств, не соответствовавших тяжести соматического страдания, а также заострение преморбидных личностных черт; далее — быстрая кристаллизация ипохондрических симптомов на фоне психотравмирующей ситуации при положительной динамике соматического заболевания; наконец, формирование мозаичных патохарактерологических образований, сопровождавшихся стойкой и выраженной производственной и семейно-бытовой дезадаптацией.

Функциональные нарушения сердечной деятельности представляют собой чрезвычайно распространенную сборную группу заболеваний: в группе больных неврозами они отмечаются в 16,7—19,3% [Burns L. E., Thorpe S., 1977]. Сюда относится большой круг симптомов и синдромов, на одном полюсе которого находятся чисто невротические (психогенно обусловленные) расстройства, на другом — невротически осложненные органические заболевания сердца, а между ними — огромное число промежуточных форм с различной степенью участия в их происхождении психогенных и соматогенных факторов, «начиная с неярких, малодифференциро-

ванных кардиалгических ощущений до выраженного кардиофобического синдрома» [Страумит А. Я., 1969].

При обследовании клинико-динамическим путем 715 больных неврозами (1-я группа), 880 — с органическим поражением головного мозга травматического и инфекционного генеза (2-я группа) и 119 — неврозоподобными состояниями соматогенной природы (перенесенный в прошлом инфаркт миокарда, мерцательная аритмия, гипертоническая болезнь, оперативное вмешательство на сердце) выявлены функциональные расстройства сердечно-сосудистой системы в виде кардиалгического (КАС) и кардиофобического (КФС) синдромов у 155 больных (21,6%) первой, у 38 (4,3%) — второй и у 17 (14,0%) — третьей группы. Отмечены особенности структуры ведущего синдрома в зависимости от формы невроза [Семке В. Я., Плешаков В. И., 1988]: при невращении преобладали кардиалгические ощущения без последующей трансформации в КФС; при истерическом неврозе КФС не имел четко очерченной картины, встречались КАС и сенестопатические ощущения с их утрированной демонстрацией; кардиофобический синдром при неврозе навязчивых состояний оказывался облигатным, сопровождаясь выраженными вегетососудистыми пароксизмами, страхом смерти, достигавшим иногда явлений «кардиопаники».

При анализе динамики КФС отмечены 4 этапа его формирования: невротические реакции, становление ведущего синдрома, генерализация КФС в результате присоединения других фобических расстройств, появление невротического (обсессивно-фобического, истеро-ипохондрического) развития личности. Соответственно этому определялись три варианта течения КФС: регрессивный (57%), волнообразный (16%), прогрессивный (27%).

При неврозоподобных состояниях КФС возникал на фоне выраженных астенических и дисэнцефальных расстройств, носил клишеподобный характер динамики, утрачивавшийся в процессе патогенетической терапии. В целом КФС при заболеваниях сердечно-сосудистой системы имел свою динамику, отражавшую особенности течения основного заболевания: в острый период соматогенности он носил структурно завершенный характер, но без генерализации фобий; в хронический — трансфор-

мировался в депрессивно-ипохондрический и истеро-ипохондрический синдром с формированием патологического развития личности.

При изучении нервно-психических расстройств у больших доброкачественными опухолями матки и яичников нами обнаружен параллелизм между гинекологической эндокринно-зависимой и пограничной патологией, подтверждающий их соматогенную природу [Гут В. Г., 1988]. После хирургического лечения (особенно после кастрации) частота нервно-психических нарушений в целом существенно повышалась (в первую очередь за счет аффективных и психопатоподобных проявлений), что находилось во взаимосвязи с изменением уровня гонадотропных, яичниковых и надпочечниковых гормонов. Описаны 4 клинических варианта психоэндокринного синдрома (ПЭС): астенический (39,9%), ипохондрический (22,1%), истериформный (20,6%), эксплозивный (17,4%). С учетом патохарактерологических особенностей выделены 3 этапа ПЭС: начальный (преимущественно астенических проявлений), формировавшийся на фоне заострения преморбидных личностных черт; структурирования аномального личностного склада (мозаичных аффективных и неврозоподобных расстройств) с появлением устойчивых дистимических, депрессивно-ипохондрических и истерических синдромов (76,3%); стойкого патохарактерологического сдвига в сторону соматогенно обусловленного патологического развития личности (12,1%).

В целом совокупная оценка конституционально-личностных, клинико-социальных и соматоэндокринных признаков позволяет прогнозировать возникновение ПНПР и их характер. Факторами риска являлись астенические черты личности, невротические расстройства детского и подросткового возраста, социально неблагополучная семья, дисгармония семейных отношений на момент основного заболевания и др. Факторами устойчивости к формированию ПЭС были гармоничный склад личности или с преобладанием гипертимных черт, благополучные семейные взаимоотношения в детстве и в настоящее время, отсутствие неврологической и эндокринной патологии, своевременное (в течение года) установление месячных. Полученные результаты обобщены в виде скрининговой прогностической модели диффе-

ренцированно для астенических, аффективных и неврозоподобных синдромов.

При сравнительном клинико-катамнестическом рассмотрении пограничных состояний обнаружено существенное видоизменение их клинической картины на протяжении последних 20—25 лет. В невротической группе отмечается преобладание в настоящее время подострых и затяжных форм, появление более сложных личностных переработок с нарастанием полиморфизма невротической картины, учащение комбинированного влияния психогенных и соматогенных вредностей. На примере изучения эволюции клиники истерической психопатии обнаружено в последние годы усложнение, «интраверсия» личностного реагирования, стремление к имитации разнообразных хирургических, соматоневрологических и психопатологических картин.

Клинико-динамическое исследование синдрома Мюнхгаузена [Семке В. Я., 1981] показало, что в основе его формирования лежали типологические качества истерического круга — преэпсихопатический и психопатический склад личности или (реже) истерическая акцентуация характера. Истерические личности с их чрезмерно развитым воображением, внушаемостью и самовнушаемостью, демонстративностью, легкой тягой к подражанию обладали поразительной способностью воспроизводить и имитировать чужие заболевания. Мы считаем возможным относить выявленную патологию к «соматогенному» варианту патологического фантазирования и псевдологии в структуре характерологической декомпенсации у истерических психопатов. При нем фабула фантазий весьма однообразна и стереотипна, ограничивается изображением «масок» болезни, удовлетворяя тем самым желание привлечь внимание, добиться определенной цели.

Самым частым способом обратить на себя внимание, показать необычность «болезненного» состояния, подвергаться разнообразным методам обследования и диагностики было инсценирование гематологических и геморрагических расстройств (кровотечения из желудка, легких, влагалища, носа, ушей, полости рта). Длительное время больные наблюдались у интернистов по поводу «геморрагического васкулита», «узелкового периартериита с геморрагическим синдромом», «коллагеноза»

и т. д. Обращали на себя внимание причудливая комбинация разнообразных симптомов и синдромов, неправдоподобные жалобы на соматическое неблагополучие, отсутствие параллелизма между тяжелым субъективным состоянием и показателями объективного (в том числе гематологического) обследования. Выбор соматического «шаблона» для воспроизведения соматических «масок» объясняется, как правило, первоначальной госпитализацией в соответствующее терапевтическое отделение.

Существенная роль в происходящем видоизменении клинических проявлений пограничных состояний, по нашему мнению, принадлежит социальным моментам: заметному усложнению межличностных отношений, необходимости одномоментного выполнения широкого круга задач, возрастанию темпа жизни и психических перегрузок, изменению отношения общества к личностной патологии, определяющему появление более сложных форм психологической «защиты». Применительно к патоморфозу пограничных состояний оправдано мнение И. С. Кона (1967), что «эволюция эмоций в человеческом обществе и заключается в их постепенной социализации».

Глава IV

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ

4.1. Систематика пограничных состояний

За последние годы определения понятия пограничных состояний, их конкретное клиническое содержание, дифференциально-диагностическая, а также прогностическая оценка претерпели заметную эволюцию. Это свидетельствует о необходимости их строгого переосмысления с учетом накопленных клинических фактов и теоретических положений как в «большой», так и в «малой» пограничной психиатрии.

Отличительной особенностью «малой» психиатрии является «нечеткость границ между отдельными клиническими формами», причем состояний «переходных и нерезко дифференцирующихся» здесь значительно больше, чем в психиатрии «большой», и они «не столько разъединяют, сколько соединяют» [Кербиков О. В., 1971]. Эта мысль развита В. В. Ковалевым (1973), который выделяет «как непатологические (аклинические), так и патологические формы, между которыми существует тесная связь и имеются переходные состояния».

Одной из первоочередных задач современной медицины является разработка клинко-патогенетической классификации пограничных состояний, решение которой невозможно в отрыве от теоретико-методологических проблем психиатрии. С момента установления нозологического направления в психиатрии предпринимались попытки совершенствования систематики психических болезней, однако создаваемые классификации «далеки от совершенства, эклектичны по принципу построения, отражают особенности взглядов различных психиатрических школ» [Жариков Н. М., Гепхард Я., 1988].

По признанию известного отечественного исследователя в области неврологии Б. Д. Карвасарского (1980), разработка классификации пограничных расстройств с учетом не только клинических проявлений, но и этиопатогенетических механизмов в их биологических, психологических и социальных аспектах представляет задачу будущего. С этим положением можно согласиться лишь частично: решать данную задачу надо уже сейчас, поскольку типология, классификация ПНПР помогают разработке теоретических конструкций (в частности, выяснению сложных причинно-следственных взаимосвязей), практической лечебно-диагностической работе (проведению массовой диспансеризации населения), оптимизации реабилитационных программ, позволяющих сократить и повысить качество социотерапевтических вмешательств.

Необходимость рассмотрения систематики пограничных состояний с позиций комплексной оценки их генеза и динамики можно обосновать высказыванием В. И. Ленина: «Кто берется за частные вопросы без предварительного решения общих, тот неминуемо будет на каждом шагу бессознательно для себя «наткаться» на эти общие вопросы»⁸. Такой базой должна служить теория и методология психиатрии, раскрывающаяся в нозологических понятиях (нозологическая единица, тип, варианты и т. д.). При этом предполагается, безусловно, их известная относительность. В этом смысле мы разделяем утверждение Н. Н. Тимофеева (1965), что «нозологической единицы, как единицы строго определенной, всегда себе равной, в психической патологии человека нет». Это перекликается с идеей К. А. Тимирязева о том, что «вида, как категории строго определенной, всегда себе равной, в природе не существует».

Преодоление существующих трудностей в области систематики пограничных состояний становится возможным благодаря их многостороннему, системному анализу. На основе комплексного клинко-патогенетического, типологического, этиологического и клинко-динамического исследования нами предложена клинко-патогенетическая группировка пограничных состояний

⁸ Ленин В. И. Полн. собр. соч. Т. 15. С. 368.

[Семке В. Я., 1978, 1988]. Она обобщает материал многолетнего клинико-нейродинамического и клинико-социологического изучения в условиях восточного региона страны большого контингента лиц (4638 человек) с пограничными состояниями. При этом учитывался как собственный опыт, приобретенный в процессе изучения пограничных истерических расстройств [Семке В. Я., 1967—1980], так и разработки отечественных клиницистов в области систематики пограничных состояний [Кербиков О. В., 1962, 1971; Лакосина Н. Д., 1970, 1983; Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К., 1972, 1987; Ковалев В. В., Сосюкало О. Д., 1984].

В зависимости от генеза (преобладающая роль конституционально-биологического, психогенного, экзогенно-органического и соматогенного факторов), степени выраженности и длительности наблюдавшейся симптоматики выделены 4 основные группы пограничных состояний: невротическая, патохарактерологическая, неврозоподобная, психопатоподобная. Каждой из выделяемых клинических групп свойственны общие клинические закономерности формирования нервно-психической патологии, проходившего последовательные стадии.

На этапе предболезни речь идет о появлении аномальных (недифференцированных в своем содержании дезадаптационных) личностных реакций (АЛР), клинические проявления которых отражают ранний, «донозологический» период развития заболевания. В теоретическом плане следует иметь в виду рассмотрение чрезвычайно важной и сложной проблемы классификации промежуточных форм между психическим здоровьем и болезнью. На практике речь идет о наличии двух границ, которые очерчивают область пограничных состояний — «одна от здоровья, другая от болезни» [Ганнушкин П. Б., 1933], зачастую оказывающиеся весьма неустойчивыми и крайне неопределенными. Уловить переход от нормы к патологии очень сложно: известный клиницист П. М. Зиновьев (1929) писал: что «область нормы в действительности переполнена многочисленными мелкими и крупными явлениями, только количественно отличающимися от несомненно нормальных».

В обобщенном виде можно говорить о двух типах «предболезненных» состояний. В первом случае имеет место «истинный» вариант предболезни, когда диагноз

опережает заболевание и приходится вести речь о «микросимптомах», «моносимптомах», об интуитивном «схватывании» отдельных проявлений грядущей дезадаптированности личности. Во втором варианте, определяемом как «условный» тип предболезни, налицо достаточно выраженные патологические изменения, обнаруживаемые специальными методами дополнительного обследования (например, доклинические проявления церебрального артериосклероза или скрытая коронарная недостаточность, выявляемая лишь в ходе тщательного инструментального исследования).

Применительно к области пограничной психиатрии к первому типу предболезни могут быть отнесены лица с отчетливой, выраженной акцентуацией характера, не проявляющие длительное время уклонений в социально-трудовой сфере и поведении. В их клинико-социальной оценке мы разделяем [Семке В. Я., 1975] позицию К. Леонгарда (1964), отмечающего у них некоторую дисгармоничность психики, однако не представляющей «трудностей адаптации». По П. Б. Ганнушкину (1933), это натуры с неудачным сочетанием обычных личностных свойств. Весьма близки к ним по клинической характеристике так называемые «дискордантно-нормальные» (Е. Kahn), «необычные натуры» (Н. Riedel), «своеобразные личности» (Н. Heinze). «Срывы» социальной адаптации у них возникают и протекают довольно типично, что позволяет прогнозировать форму АЛР. Будучи психически здоровыми лицами, они нуждаются, по нашему мнению, в контрольных наблюдениях и периодических осмотрах.

Ко второму типу предболезненных состояний следует относить лиц с достаточно высокой степенью напряжения адаптационных механизмов, причем уже с проявлениями их истощения. Речь идет прежде всего об уже известных по литературе описаниях клинической картины «преневроза» [Гиляровский В. А., 1934], пренихпатических [Кербиков О. В., 1963] и преневротических реакциях [Ушаков Г. К., 1978]. К числу последних можно отнести так называемые преневротические состояния, описанные В. В. Королевым (1963), на почве физического переутомления и перенапряжения. В подобных случаях необходимым является комплекс оздоровительных и профилактических мероприятий.

Переходя к характеристике отдельных групп нервно-психических расстройств, отметим, что в целом они соответствуют адаптированному для использования в СССР разделу V Международной классификации болезней 9-го пересмотра. Вместе с тем мы сочли необходимым расширить и уточнить их с клинико-динамических позиций.

Пограничные состояния невротического регистра (300.0—300.8) представлены в нашей группировке тремя формами патологии — невротическими реакциями, невротическими состояниями (собственно невротами), невротическим развитием личности (табл. 6).

Таблица 6
Пограничные невротические расстройства

Реакция	Состояние	Развитие
Астеническая	Неврастения	Астеническое
Обсессивно-фобическая	Невроз навязчивых состояний	Обсессивное
Истерическая	Истерический невроз	Истерическое
Ипохондрическая	Ипохондрический невроз	Ипохондрическое
Депрессивная	Депрессивный невроз	Депрессивное

Для невротических (острых, подострых, затяжных) реакций характерно прежде всего возникновение их в непосредственной связи с неблагоприятной жизненной коллизией и разнообразными стрессовыми обстоятельствами; этиологическими факторами являются, несомненно, психогении, микросоциальные вредности, действующие одновременно или пролонгированно, в изолированном виде или же в непосредственной связи одна за другой. Далее, весьма примечательно отсутствие целостной картины болезни, ее «стереотипа». Важным признаком является протекание имеющихся личностных реакций без существенных соматовегетативных сдвигов, реагирование как бы на «корковом» уровне. Наконец, следует иметь быструю и полную обратимость имеющихся нарушений сразу же после устранения (или же смягчения) межличностного конфликта. При подострых и затяжных реакциях начинают выступать вазовегетатив-

ные и характерологические проявления с тенденцией к их фиксации.

В клинической оценке невротических реакций существенное значение приобретает учет преморбидного характерологического фона: наличие акцентуированных или прелихопатических личностных качеств облегчало появление и последующую фиксацию невротической симптоматики с выбором наиболее соответствующего конституциональному «строю» личности «стереотипа» болезни. У гармоничных, «сбалансированных» натур появление невротического реагирования было сопряжено, как правило, с действием объективно значимых, трудно-преодолимых конфликтных ситуаций; прогнозирование клинической структуры будущего невроза в подобных случаях оказывалось весьма затруднительным.

Под неврозом мы понимаем [Семке В. Я., 1976] функциональное болезненное состояние, возникающее и развивающееся в условиях психотравмирующей (микросоциальной) ситуации, вызывающей резкое эмоциональное перенапряжение (с его последующей тенденцией к иррадиации в соматические процессы) и непреодолимую личностную потребность ликвидировать создавшееся положение. Неврозу свойственны парциальная выраженность, обратимость личностных девиаций, переходящее расстройство адаптации, возможность установления психотерапевтического контакта на любом этапе болезни.

В соответствующем разделе МКБ-9 содержатся 8 форм неврозов. По нашему мнению, наряду с классическими вариантами, называемыми в отечественной литературе «королевами неврозов» (неврастения, истерия, невроз навязчивых состояний), клинически обоснованным является выделение ипохондрического и депрессивного неврозов, занимающих в последние годы все больший удельный вес в номенклатуре ПНПР. Динамике неврастении свойственна, как известно, определенная стадийность формирования — с выделением гиперстенического и гипостенического этапов. Для истерического невроза характерно наличие экспрессивного и импрессионного вариантов. При основных формах неврозов длительное время сохраняется «сенсбилизация» к определенным средовым вредностям, возможность возникно-

вления повторных срывов по «проторенным» путям, под влиянием объективно малозначимых психогений.

Невротическое развитие формируется под воздействием хронических психотравмирующих ситуаций или в результате суммации ряда невротических реакций [Лакосина Н. Д., 1970]. Оно характеризуется качественно измененной реактивностью организма, появлением (наряду с усложненными невротическими признаками) разнообразных полиморфных патохарактерологических черт. На этом этапе клинической динамики невротические расстройства тесно соприкасаются с психопатическими [Кербигов О. В., 1971]. С другой стороны, П. Б. Ганнушкин (1933) указывал на отсутствие принципиальной разницы между затяжной реакцией и развитием, так как «развитие в действительности слагается из ряда реакций, фиксирующих постепенно соответствующие клинические явления». Согласно Ю. Л. Метелице (1979) развитие занимает промежуточное положение между психогениями и психопатиями. Соответственно взглядам П. Б. Ганнушкина (1933) целесообразно выделять два типа невротического развития: ситуационное (целиком опирающееся на неблагоприятные средовые факторы) и конституциональное (во многом зависящее от биологической предрасположенности, конституционального «багажа» личности). К основным признакам невротического развития следует отнести стабильность клинической картины, ее малую зависимость от психогений, полисиндромность, длительность протекания (не менее трех лет).

В условиях восточного региона страны помимо патогенных микросоциальных влияний приходится считаться с рядом специфических экстремальных средовых факторов (суровый климат, отдаленность, изменение привычного уклада жизни в осваиваемых районах и пр.), ослабляющих организм и подготавливающих его к невротическому реагированию. Существенной особенностью формирования неврозов в условиях Сибири и Крайнего Севера является их ранняя «хронизация» с присоединением уже на начальных этапах разнообразных нейросоматических расстройств. Весьма характерна своеобразная «органическая» окраска невротической симптоматики, клинически выражающаяся в преобладании дизэнцефальных, дистимических и цефалгических

расстройств над собственно невротическими нарушениями.

Пограничные состояния психопатического содержания (301.0—301.8) охватывают патохарактерологические реакции, препсихопатические состояния, патохарактерологическое развитие личности и психопатии (табл. 7).

Таблица 7

Пограничные расстройства личности

Реакция	Состояние	Развитие	Тип психопатии
Возбудимая	Эксплозивное	Эксплозивное	Возбудимый
	Эпилептоидное	Эпилептоидное	
	Смешанное		
Тормозимая	Психастеническое	Психастеническое	Тормозимый
	Астеническое	Астеническое	
	Ананкастическое		
Шизоидная	Сенситивное	Аутистическое	Шизоидный
	Экспансивное		
Истерическая	Истеровозбудимое	Истерическое: экспрессивное импрессивное	Истерический: экспрессивный импрессивный
	Истероипохондрическое		
	Истеросенситивное		
Паранойяльная	Паранойяльно-ипохондрическое	Сутяжно-паранойяльное	Паранойяльный
	Истеропаранойяльное	Паранойяльно-ипохондрическое	
	Паранойяльно-дистимическое		
Малодифференцированная (аффективная)	Смешанное	Мозаичное	Мозаичный, полиморфный

Актуальной задачей в области пограничной психиатрии следует признать установление разграничительных линий внутри бесчисленного многообразия личностных особенностей. Клинический опыт свидетельствует о целесообразности выделения шкалы личностных характеристик, предусматривающей постепенный переход от нормальных вариантов к состоянию субнормы (акцентуации характера), далее — к препсихопатической и, наконец, психопатической структуре.

Патохарактерологические реакции выражаются в резком усилении привычного способа реагирования на внешние вредности, не выходящего за пределы личностных ресурсов индивида. Б. В. Шостакович (1971), а затем Л. В. Гусинская (1979) выделяют однозначные и неоднозначные психопатические реакции. Со своей стороны, мы разделяем [Семке В. Я., 1976] психопатические реакции на: 1) гомонимные (с клиническими проявлениями, свойственными данному или грядущему складу психопатии); при них «конституциональный фактор властно окрашивает в свои индивидуальные цвета тип, форму и содержание реакции» [Ганнушкин П. Б., 1933] и 2) гетеронимные (преобладают симптомы, присущие другому кругу психопатий). С учетом динамических показателей можно выделять острые, подострые и затяжные патохарактерологические реакции. После устранения психотравмирующей ситуации происходит довольно быстрое восстановление личностного облика.

Преппсихопатические состояния характеризуются нестойкостью, изменчивостью формирующихся аномальных качеств личности. При их определении следует иметь в виду отсутствие одного из трех критериев П. Б. Ганнушкина, описанного при характеристике психопатий. Весьма близки по клиническому содержанию к данному понятию «латентная» или «компенсированная» психопатии. Срывы возникают в основном в индивидуально непереносимых конфликтных ситуациях и приводят к нарастанию аномальных характерологических свойств.

Патохарактерологическое развитие личности (по Кербинову О. В., 1965, 1968) возникает под воздействием длительно существующих отрицательных микросоциальных влияний, в первую очередь дефектов воспитания. По сути дела, речь идет о неблагоприят-

ной динамике характерологических девиаций: в дальнейшем на этой основе может сформироваться соответствующий тип «краевой», приобретенной психопатии. Вместе с тем при позитивном влиянии микросреды постепенно достигается противоположный (в прогностическом отношении) вариант динамики в виде сглаживания, а затем полного устранения психопатического облика (процесс «депсихопатизации»).

При систематике психопатий за основу взяли ведущий этнологический принцип, в соответствии с которым они подразделяются на три патогенетические подгруппы: «ядерную», конституциональную (с решающей ролью наследственных факторов и довольно ранним обнаружением психопатического склада); «краевую», нажитую (ведущее значение приобретают отрицательные микросоциальные влияния) с промежуточным этапом ее формирования в виде патохарактерологического развития личности; органическую (за счет онтогенетически ранних экзогенно-органических и соматогенных воздействий). Особого внимания заслуживают случаи смешанной, «лигированной», переходной психопатии, в становлении которой принимают участие в равной мере факторы конституционально-биологического, экзогенно-органического и психогенного порядка: часть патохарактерологических черт является врожденной, а часть — приобретенной. Как правило, психопатическая структура личности в этих наблюдениях выглядит «мозаичной», сложной и полиморфной (например, сочетание возбудимых качеств с истерическими, психастеническими, эпилептоидными или шизоидными).

В МКБ-9 включены 9 форм психопатий. По нашему мнению, более адекватна и практически пригодна рабочая группировка психопатий, предложенная О. В. Кербиновым (1962, 1963) и учитывающая клинико-патфизиологические параметры. В подгруппе возбудимых психопатий клинически обоснованным является выделение двух вариантов — с преобладанием эксплозивности (взрывчатости) и эпилептоидности; в истерической подгруппе — экспрессивного и импрессионного. Оправдано включение в подгруппу тормозимых психопатий собственно шизоидной, ананкастической психопатии и дисгармонии личности с преобладанием эмоциональной тугопости; этот контингент лиц является группой с повы-

шенным риском развития шизофренического процесса и нуждается в особом наблюдении и реабилитационном подходе.

В систематике психопатий должны найти, с нашей точки зрения, отражение аспекты их клинической динамики: адаптации — дезадаптации, компенсации — декомпенсации⁹, реакции (психопатические, психогенные), развития (психопатическое, патохарактерологическое, патологическое), фазы, психопатический цикл. Весьма важным следует считать учет возрастной динамики психопатий, когда в период биологических кризисов (пубертат, инволюция) происходят утяжеление, трансформация или смягчение (вплоть до полной депсихопатизации) основной психопатической симптоматики.

Своеобразие клинической динамики психопатических состояний, возникающих в условиях Сибири и Дальнего Востока, заключается в весьма ранней алкоголизации (придающей всей картине психопатии «экзогенный налет»), преобладании асоциальных (и особенно антисоциальных) форм поведения, объясняющихся прежде всего запоздалой диагностикой формирующейся личностной патологии. Это наряду с отсутствием своевременной специализированной помощи препятствует достижению устойчивой, длительной социальной реадaptации больных.

Психопатоподобные расстройства экзогенно-органического, соматогенного происхождения (301.9) претерпевают в своей клинической динамике 4 этапа (табл. 8).

⁹ Адаптация — это действие индивида в таком диапазоне социальной среды, который не выявляет патологического склада личности и требования которого посылны для невротических, акцентуированных и психопатических компонентов характера [Семке В. Я., 1965]. Дезадаптация — нарушение привычного способа взаимодействия личности с другими членами коллектива, проявляющееся в изменении социально-психологических установок в связи с появлением эмоционального напряжения в микрогруппе. Компенсация — это отработанная под влиянием внешней среды способность индивида замещать вредные, мешающие себе и другим характерологические качества полезными или, во всяком случае, безразличными [Семке В. Я., 1965]. «При компенсации затухают проявления патологии, но не устраняются основы патологии» [Кербиков О. В., 1962]. Декомпенсация — это нарушение, обострение психопатических свойств, связанных с ослаблением или устранением компенсаторных механизмов.

Продолжительность первого, начального, этапа составляет 1—2 года: наблюдаемые при этом психопато-

Таблица 8

**Психопатоподобные расстройства
экзогенно-органической и соматогенной природы**

Реакция	Состояние	Развитие	Тип психопатизации
Астеническая	Астеническое	Астеническое	Астенический
Возбудимая	Эксплозивное	Эксплозивное	Возбудимый
Эксплозивно-дистимическая	Эпилептоидное	Эпилептоидное	Эпилептоидный
Паранойяльная	Сутяжно-кверулянтское	Паранойяльное	Паранойяльный
Истерическая	Истериформное	Истериформное	Истерический
Шизоидная	Экспансивное Сенситивное	Шизоидное	Шизоидный
Смешанные (лигированные)	Малодифференцированное, полиморфное	Мозаичное, полиморфное	Мозаичный

подобные реакции характеризуются астеноцефалгическими и астеногриппическими расстройствами, появляющимися спустя 1—3 года после органического поражения головного мозга. Их диагностика основана на строгом учете клинических и параклинических признаков, важнейшими из которых являются: наличие в анамнезе большого органического поражения головного мозга; связь инициальных нервно-психических нарушений с экзогенно-органическим или соматогенным фактором; значимость сосудисто-вегетативных, диэнцефально-стволовых расстройств и нейродинамических сдвигов в ЦНС, а также в функционально-структурных образованиях диэнцефальной области, участвующих в регуляции внутреннего гомеостаза организма; нарастание гетерогенных патохарактерологических свойств и церебрально-органического радикала. На первом этапе важно уста-

новить степень соответствия манифестной симптоматики характеру экзогенно-органического поражения головного мозга. Так, при астенических нарушениях тосико-инфекционного генеза преобладают явления психической гиперстезии, слезливости, вялости, истощаемости. Посттравматические астенические реакции протекают с явлениями адинамии, аспонтанности. Астенические реакции на почве сосудистого происхождения сопровождаются головокружениями, шумом в ушах, эмоциональной лабильностью, ощущениями «неровности почвы», «проваливания» и т. д.

На этапе структурирования аномального личностного склада развиваются преимущественно дисфорические, депрессивно-ипохондрические, астеноипохондрические нарушения. Церебрально-органические расстройства выражаются в повышенной психической истощаемости, снижении умственной продуктивности, ухудшении мнестических процессов, диэнцефальных приступах. Наряду с усилением преморбидных черт личности наблюдается появление новых, не свойственных ранее большим качеств: в частности, у больных с акцентуацией по истерическому и возбудимому типам отмечается возникновение нерешительности, мнительности, тревожности, тогда как у больных с акцентуацией по тормозимому типу наблюдается развитие возбудимости, вспыльчивости, несдержанности, демонстративности. В 80% случаев регистрируются диэнцефальные (симптоадреналовые, вагоинсулярные, смешанные) приступы, а в межприступный период выявляются нейросоматические расстройства (нейродистонический, кардиосенестопатический, абдоминальный и астматоидный симптомы).

В целом психопатоподобное состояние имеет в своей основе массивные экзогенно-органические, соматогенные и эндогенные факторы, которые в существенной мере ослабляют нервную систему и облегчают аномальное реагирование личности на незначительные средовые вредности. Этот термин в последнее время широко применяется при характеристике негативных изменений, являющихся следствием процессуального заболевания [Жариков Н. М., 1969; Гиндикин В. Я., 1973; Козюля В. Т., 1976; Дубницкая Э. Б., 1979]. К их числу относятся описанные В. А. Гурьевой и В. Я. Гиндикиным (1980) «постпроцессуальные психопатии», «псевдопсихо-

патии» [Осипов В. П., 1936], «психопатоподобный синдром» [Снежневский А. В., 1969]. Динамика психопатоподобных состояний эндогенного, органического, эндокринного генеза является качественно иной: раннее проявление гетерогенных личностных особенностей, переход на более низкий уровень личностного реагирования, отсутствие тесной связи с психогениями и более отчетливая зависимость от «ситуации болезни», обратное развитие патохарактерологической симптоматики под влиянием направленной, патогенетической терапии.

На третьем этапе (патохарактерологический сдвиг) наблюдается дальнейшее прогрессирование астенических, дистимико-дисфорических и истероипохондрических расстройств. Одновременно отмечается нарастание вязкости, инертности психических процессов, снижение критики, утрата способности к пониманию тонких нюансов межличностных отношений, в результате чего утяжеляются семейно-бытовые и производственные конфликты, а личностные девиации приобретают чрезвычайно стойкий характер (патохарактерологический сдвиг, по Кебрикову О. В., 1970). Такую аномальную перестройку преморбидного личностного склада, проявляющуюся в результате действия ряда экзогенных факторов и изменяющую форму и содержание личностного реагирования, механизмы и качество социальной адаптации индивида, мы назвали «патологическое развитие» личности (ПРЛ) экзогенно-органического генеза.

Исходя из структуры формирующегося аномального склада личности, представляется целесообразным выделение 5 типов ПРЛ: астенического (или шизоидного), эксплозивного (или эпилептоидного) в зависимости от преобладающего характера возбудительного или тормозимого процесса в ЦНС, истериформного, ипохондрического (паранойяльно-ипохондрического), а также мозаичного (полиморфного). Каждый из типов ПРЛ в зависимости от ведущего синдрома подразделяется на клинические варианты. Так, основными вариантами эксплозивного ПРЛ является возбудимый, эпилептоидный, возбудимо-паранойяльный. Ипохондрическое развитие включает в себя паранойяльно-ипохондрический, астеноипохондрический, истероипохондрический варианты. Истериформное развитие представлено истеро-возбудимым, истероипохондрическим и истеро-паранойяльным

вариантами. Астеническое патологическое развитие подразделяется на психастеноидный, шизоидный (астено-сензитивный) и астенодистимический варианты. Их подробная клиническая динамика отражена в «Методических рекомендациях» союзного уровня [Семке В. Я. с соавт., 1986].

На заключительном этапе удельный вес патохарактерологических расстройств резко возрастает — как результат заострения или искажения присущих больным черт характера, так и появления несвойственных ранее форм личностного реагирования. Следует подчеркнуть, что речь идет не о возникновении отдельных патохарактерологических качеств, а прежде всего о формировании стойкой аномалии личности типа «органической» психопатии («патос», а не «нозос», по Кербику О. В., 1962). Помимо такой клинической динамики, обязанной стабилизации и приостановлению органического процесса, наблюдается течение по типу нарастания, прогрессивности экзогенной симптоматики. В подобных случаях на первый план выступают отчетливые церебрально-органические нарушения, утрачиваются границы как между отдельными вариантами, так и между отдельными типами патологического развития личности.

Неврозоподобные расстройства экзогенно-органической и соматогенной природы (300.9) характеризуются определенной этапностью своего формирования. Выделяются начальный (по типу неврозоподобной реакции) этап, стадия структурирования ведущего клинического синдрома (неврозоподобное состояние), затем стойкого патохарактерологического сдвига (патологическое развитие), наконец, общеорганического снижения личности (табл. 9).

В клинической картине инициального периода преобладает симптоматика неспецифического общевротического плана — цефалгическая, астеническая, агрипническая, обсессивно-фобическая, ипохондрическая, депрессивная, истерическая, вазовегетативная и др. Она отличается известной блеклостью, стертостью, отсутствием полиморфизма клинических проявлений и их связью с психогенными влияниями. Весьма характерны массивные вегетососудистые и вестибулярные расстройства.

На втором этапе обнаруживаются разнообразные неврастеноподобные, астенодистимические, истеродистимические, астеноипохондрические, депрессивные, астенодепрессивные картины. Несмотря на внешнее клиническое сходство с неврозом, неврозоподобные состояния отличаются весьма малым полиморфизмом симптоматики, не зависящей от психогенной (микросоциальной) си-

Таблица 9

Неврозоподобные расстройства
экзогенно-органической и соматогенной природы

Реакция	Состояние	Развитие	Общеорганическое снижение личности
Цефалгическая	Неврастеноподобное	Астеническое	Астенодинамическое
Астеническая			
Агрипническая			
Обсессивно-фобическая	Фобическое	Ипохондрическое	Ипохондрическое
Ипохондрическая	Ипохондрическое		
Депрессивная	Депрессивное		
Истерическая	Истеридистимическое	Истериформное	Эксплозивное
Вазовегетативная			
Эмотивно-лабильная	Астенодистимическое Дистимико-дисфорическое	Эксплозивное	Эйфорическое

туации, бедной, стереотипной динамикой, характеризующейся включением органических радикалов, постепенным снижением мнестико-интеллектуальных функций. В этиопатогенетическом плане речь идет о тесной связи с «ситуацией болезни» (органической, соматической), общей непереносимости неблагоприятия микросреды, извращенной реакции на физиогении, стойкой дезорганизации нейрофизиологических показателей.

На последующих этапах выявляются отчетливые патохарактерологические сдвиги (астеническое, ипохондрическое, истериформное, эксплозивное патологическое развитие личности), а затем — преимущественно психоорганические расстройства о полной дезорганизацией механизмов социально-производственного приспособления. Важным условием, способствующим фиксации патохарактерологических радикалов, является формирование ригидности как нового психического свойства личности.

В заключение следует отметить, что представленная нами клинко-патогенетическая группировка пограничных нервно-психических расстройств, безусловно, не является окончательной и универсальной. По мере накопления новых данных каждая классификация должна периодически пересматриваться и уточняться. Однако заложенный в ее основу динамический принцип открывает, по нашему мнению, перспективы для дифференцированного подхода к направленному предупреждению и лечению разнообразных пограничных состояний.

В целом попытка систематизации ПНПР с позиций комплексной оценки их генеза и клинической динамики уже оказалась весьма продуктивной как в области теоретических и методологических построений (в частности, при выяснении причинно-следственных взаимосвязей), так и в лечебно-диагностической деятельности (прежде всего, при проведении массовой диспансеризации различных групп населения в северных районах страны), оптимизации широких реабилитационных программ и решении экспертных вопросов.

4.2. Донозологические формы пограничных состояний

Проблема предболезненных состояний, отвечающая насущным задачам профилактики, продолжает успешно изучаться в последние годы. Зачастую они не ограничиваются от начальных этапов патологии и квалифицируются как невротические реакции. Между тем подобная дифференциация имеет, по нашему мнению, принципиальное значение, ибо донозологический этап является еще переходным от здоровья к болезни, а начальный — уже проявление патологии. Об этом свидетельствует и терминологическая неопределенность при описа-

нии доболезненных состояний: аклинические расстройства [Ковалев В. В., 1973], субклинические проявления [Семичов С. Б., 1987], состояния нервно-психической напряженности [Немчин Т. А., 1984], аномальные реакции [Ушаков Г. К., 1987], «малые психические расстройства» [Binder J. et al., 1981]. Г. К. Ушаков (1980, 1987) говорит о периоде до манифестации заболевания с наличием самых малых клинических элементов — радикалов.

Концепция патологических радикалов, как максимально простых психических явлений, отражена в работах К. Kleist (1926) и Г. Биндер (1967): при них возможен, но не обязателен переход в болезнь. Развитием этой теории следует считать учение о «спектрах» в психиатрии [Gunderson J. G. et al., 1983]: последние представляют собой континуум, стирающийся от нормы до психопатологии, и включает «проявления донозологии». Позднее, рассматривая клинику и течение пограничного личностного расстройства (ПЛР) по критериям DSM-III, J. Gunderson, Zanagini M. C. (1987) их относят к отдельной психиатрической категории (встречается с частотой 2—4% в общей популяции и 15—20% — в клинических популяциях). Вполне оправданным следует признать отнесение к донозологии некоторых случаев «пограничного синдрома», являющихся также неспецифическими и не в полной мере соответствующими критериям болезни [Schultz S. C., Goldberg S. C., 1984]: речь идет о «нестабильном личностном расстройстве» [Berg M., 1982] или сходной с ним картиной «псевдопограничного синдрома» [Novac A., 1986], проявляющейся импульсивностью, неустойчивостью, напряженностью межличностных отношений, аффективными колебаниями от дисфории до тревоги.

Таким образом, «предболезненные состояния» соответствуют в наибольшей степени трем клиническим аспектам, без которых нельзя обойтись, вводя это понятие в клиническую практику [Барзах Е. Н., 1986]: отклонения от нормы, не выраженные в данный момент и не подходящие ни под одно из существующих клинических описаний болезни (вероятность перехода в нозологию различна); предболезнь предполагает неглубокий уровень психических изменений, когда имеется субклиническая представленность симптомов в атипичном,

фрагментарном, абортивном и непостоянном виде; донологию можно применять к тем индивидам, которые «постоянно живут на границе между болезнью и здоровьем» [Ганнушкин П. Б., 1964].

В этой связи мы предлагаем [Семке В. Я. с соавт., 1986] наиболее ранние, предболезненные феномены назвать «аномальные личностные реакции» (АЛР). В качестве разграничения их от психологических переживаний психически здоровых лиц представляется целесообразным учет и выделение комплекса клинических признаков:

— наиболее важным, бедующим является утрата адекватного (приспособительного) характера личностной реакции, появление качества «дезадаптированности»: если в норме вся психическая деятельность направлена на приспособление к окружающей среде [Леонтьев А. И., 1974], то АЛР становятся основной причиной социальной дезадаптации. Так, например, реакции обиды, гнева, протеста (несмотря на их экспрессивный характер) не вызывают невротических состояний, если они соответствуют актуальной ситуации и способствуют сглаживанию или снятию напряженности в interpersonal отношениях. С другой стороны, безобидная шутка, сделанное мимоходом ироническое замечание, не соответствующие актуальной ситуации и являющиеся показателем сохраняющейся напряженности в межличностных контактах, могут свидетельствовать о формировании невротических симптомов;

— ломка сложившихся индивидуальных механизмов психологической защиты и концентрация сознания на узком круге аффективно заряженных представлений. В подобных случаях конфликтные переживания приобретают характер «ключевых», значительно увеличивая риск появления невротических или патохарактерологических радикалов. Так, для лиц с истерической акцентуацией характера в качестве «ключевых» переживаний выступали ситуации, вызывающие ущемление их престижа, ограничение возможности постоянно находиться в центре внимания окружающих. При АЛР конфликтные переживания не поддаются рационализации, приобретая в сознании индивида доминирующий характер;

— возникновение АЛР вне связи с актуальной психотравмирующей ситуацией, в нейтральной обстановке,

под влиянием ранее индифферентных раздражителей. Субъективно эта особенность переживается как усиление раздражительности, вспыльчивости, возбудимости. Зачастую эти реакции фиксируются по механизмам условной связи с психическими раздражителями, не имеющими объективной значимости, в то время как основное конфликтное переживание (особенно при частичной сохранности механизмов психологической защиты) может вытесняться из сферы сознания;

— кратковременность и изолированность отдельных эмоциональных и волевых реакций, носящих как бы абортивный, рудиментарный (в виде «моносимптомов», «микросимптомов»), преходящий характер;

— быстрая обратимость в условиях благоприятно складывающейся микросоциальной обстановки, без появления устойчивой личностной переработки. При нарастании и утяжелении симптоматики наблюдается «кристаллизация» болезненного реагирования с появлением признаков предболезни, а затем и формирования «стерео-типа болезни»;

— сохранение актуальности психотравмирующих переживаний выступает в качестве одного из важнейших факторов прогнозирования невротических (а у лиц с церебрально-органической недостаточностью — неврозоподобных) расстройств;

— появление тревожности [Спилбергер С. Д., 1961; Ханин Ю. Л., 1970] в структуре АЛР повышает риск развития невротических расстройств, а нарастание ригидности [Роговин М. С., Залевский Г. В., 1976] — неврозоподобных состояний. Изучение АЛР у лиц с церебральной органической недостаточностью [Судаков В. Н., 1985] показало, что в большинстве случаев отмечалось снижение психической резистентности ко всем психическим и физическим воздействиям, развивавшееся в тесной связи с нарастающими явлениями психической гиперестезии. В целом тревожность и ригидность выступают в качестве важного фактора стабилизации АЛР и превращения их в стойкие патохарактерологические расстройства;

— не менее важным признаком являются нейродинамические сдвиги в центральной нервной системе (появление на ЭЭГ признаков активации диэнцефальностволовых образований, диссоциация нейромедиаторных

систем — в первую очередь повышение тонуса холенергической системы при снижении серотонинергической медиации), изменения функциональной активности сердечно-сосудистой системы с помощью уже упомянутой нами ранее методики двуступенчатой динамической нагрузки, а также показатели иммунной системы (наличие иммунодефицитных состояний и низкого уровня иммунных комплексов).

В целом, исходя из анализа условий возникновения аномальных (дезадаптационных) личностных реакций, можно сделать вывод о наличии трех взаимосвязанных факторов, определяющих риск формирования ПНПР: структуры преморбидной личности; степени напряженности в межличностных отношениях (легкой, средней, глубокой); частоты и выраженности АЛР. Эти показатели являются важнейшими элементами программы, прогнозирующей риск развития пограничных расстройств. В свою очередь она тесно связана с функционированием новых форм оказания специализированной помощи больным с ПНПР — в структуре крупных психиатрических учреждений (больница, диспансер), медико-санитарных частей, поликлиник крупных промышленных предприятий и т. д. Это позволяет значительно сократить сроки лечения и увеличить долю лиц с практическим выздоровлением из числа первично взятых на учет.

Рассматривая аспект диспансеризации населения, следует отметить, что в соответствии с теоретико-методологическими воззрениями В. П. Казначеева с соавт. (1980) донозологический диагноз должен содержать разрешающее, предупреждающее или запрещающее указание-прогноз.

По аналогии с сигналами семафора, в процессе массового осмотра широкого контингента населения возможно выделение трех групп обследованных (З — зеленый, Ж — желтый, К — красный). Первая включает в себя практически здоровых лиц; вторая — практически здоровых, но с наличием риска развития того или иного заболевания (подгруппа Ж₁ — с разной степенью напряжения адаптационных механизмов, но без признаков их истощения; Ж₂ — с признаками истощения адаптационных возможностей); третья — больные на разных стадиях патологического процесса. Как качественно особое состояние, отличающееся от нормы и па-

тологии, В. П. Казначеев (1986) описывает «синдром полярного напряжения», который характеризуется стойким утомлением функциональных систем со снижением эффективности системообразующих (по П. К. Анохину) факторов и последующей дезинтеграцией межорганных и межсистемных связей.

Применительно к области пограничной психиатрии мы считаем целесообразным относить в группу З гармоничные («сбалансированные») личности; в подгруппу Ж₁ — так называемые акцентуированные натуры; в подгруппу Ж₂ — лица с начальными формами нервно-психической патологии, описанные В. А. Гиляровским (1934, 1946, 1954) «преневроз», «вегетопатические предболезненные состояния», «ангиодистоническая астения», О. В. Кербиковым (1962) — преневротические реакции, пресихопатические состояния [Tramer M., 1949], «вегетативные депрессии истощения» [Zink C. D., 1977]; в группу К — неврозы, психопатии и сходные с ними состояния экзогенно-органического, соматогенного происхождения.

Рассмотрение клинического содержания предболезненных состояний оказалось бы неполным без анализа пресихопатий (или патохарактерологического развития личности как этапа формирования «краевых», нажитых аномалий личности). Девиации характера длительное время могут оставаться незамеченными, находиться в скрытом, зачаточном состоянии (латентная стадия). Ранними признаками их формирования являются разнообразные характерологические реакции — подвижные, изменчивые, постепенно утрачивающие свою адаптивную функцию (с переходом в аномальные). Незначительные отклонения приспособления индивида к окружающей среде (конфликтность, претенциозность, эмоциональная незрелость и др.) рассматриваются как социально-негативные непатологические образования, которые придают своеобразие патологическим радикалам при структурировании психопатии. «Пресихопатический этап» (по Трамеру—Кербикову) характеризуется неспецифичностью, невыраженностью, нестойкостью, изменчивостью и причудливым сочетанием синдромов; их мозаичность, полиморфизм обусловлены взаимодействием патологических радикалов и механизмов компенсации [Кербиков О. В., 1971]. При этом отдельные компонен-

ты симптомов имеют «мерцающий» характер, отчетливую связь со средовым и экзогенным влиянием. Важно иметь в виду, что лишь по отношению к «краевым» (приобретенным) формам психопатий правомерно выделение «периода донозологии», а в случаях «ядерных» (конституциональных) психопатий оно малообосновано, поскольку в их генетической природе «изначально» заложена патология.

В наших совместных с А. Б. Савиных исследованиях обобщен материал многостороннего клинико-эпидемиологического и клинико-динамического изучения большого контингента лиц (2052 чел.), работающих на крупном лесопромышленном комбинате в одном из северных районов Сибири, из них 1217 мужчин и 835 женщин в возрасте от 18 до 60 лет. В результате скрининг-диагностики на основе сходных стандартизированных методик [Казначеев В. П. с соавт., 1980; Sen B. et al., 1987] все они были разделены на два потока — «здоровые» и «нездоровые»: первый охватывал 1530 человек, второй — 522. В ходе углубленного динамического наблюдения, включавшего дополнительные методы исследования (тест Спилбергера—Ханина, запоминание 10 слов, корректурная проба, счет по таблицам Шульте, индекс Кердо, скорость зрительно-моторной реакции¹⁰, второй поток был разбит на две подгруппы: с выраженными клиническими проявлениями ПНПР или других психических заболеваний (247 чел.); с наличием нервно-психических сдвигов, отнесение которых к определенной патологии, согласно общепринятым диагностическим критериям, оказалось затруднительным (275 чел.).

С учетом того, что они возникали в процессе психической дезадаптации в условиях Севера, данные отклонения были названы нами как «психозадаптационные состояния» (ПДАС): они складывались из полиморфных, синдромологически незавершенных и крайне вариабельных в связи с внешними воздействиями явлений психической дезадаптации. ПДАС представляют собой, по нашему мнению, часть проблемы адаптации человека к взаимодействию внешнесредовых факторов и

¹⁰ Объем дополнительных методов лимитировался экспедиционным характером работы, так как мы считали, что донозологические формы ПНПР целесообразно исследовать в условиях экстремальной «экологической ниши», которая их обуславливает.

особенностей «почвы», включающих прежде всего индивидуально-типологические качества личности.

Клинико-динамическое наблюдение с привлечением дополнительных нейрофизиологических, экспериментально-психологических методик позволило выделить — при всем многообразии картины проявлений — 3 варианта ПДАС: астенический (85 чел.), дистимический (82 чел.) и психовегетативный (108 чел.). При типологической оценке каждого из них обнаружено наличие стержневых и факультативных проявлений; для первого варианта облигатным являлся симптомокомплекс физической или психической слабости, второго — аффективных нарушений, третьего — вегетативных дисфункций (табл. 10).

Таблица 10

Варианты психозадаптационных состояний

Симптомы	Варианты	Астенический	Дистимический	Психовегетативный		
Донозологический этап	Облигатные	Физическая слабость	Психическая слабость	Аффективные нарушения	Вегетативные дисфункции	
		Снижение физического тонуса	Снижение внимания	Гипертимия	Метеопатии	
	Факультативные	Цефалгия	Снижение памяти	Гипотимия	Нарушение ритма сна и бодрствования	
Начальный этап		Расстройство сна	Расстройство идеаторной деятельности	Тревога	Вазомоторная лабильность	
	Динамика ПДАС	Неврастеноподобное	Церебростеническое	Расстройство психомоторных функций	Дисфория	Вегетативные
				Астеносубдепрессивное	Тревожно-дистимическое	Диэнцефалоподобное
						Психопатоподобное

При астеническом варианте ПДАС уже на самых ранних этапах формирования удавалось выделить два его подтипа: а) с преобладанием физической слабости; б) с преобладанием психической слабости (отклонения в сфере внимания, умственной продуктивности).

Для первого из них характерным было превалирование пониженного физического тонуса, развивавшееся в процессе адаптации к условиям Севера. Эти проявления возникали, как правило, при труде со значительным физическим и психоэмоциональным напряжением, вызванным необходимостью успешного выполнения производственных операций. Физическая слабость, появлявшаяся в конце рабочего дня, превышала, как отмечали обследуемые, «привычный предел»: вначале лишь констатируя наступление усталости, они характеризовали затем свое состояние как «труднопреодолимый упадок сил». Возникало чувство разбитости, как «после бессонной ночи», желание «отключиться», физическое и психическое утомление. Последнее выражалось в появлении «пустоты в голове», вялости, которые в последующем переходили в тягостное состояние физического истощения, — как правило, при невозможности ограничить нагрузку при развитии дезадаптации. Оно приводило к снижению производственных показателей, затруднениям при выполнении обязанностей по дому и т. д. Особо значимым для этих лиц было быстро нараставшее (иногда в течение нескольких часов) ухудшение социально-трудовых навыков: скорости выполнения технологических операций, обслуживания дополнительного оборудования и т. п.

Наиболее часто формирование данного подтипа отмечалось у акцентуированных (тормозимых, неустойчивых) личностей на соматически ослабленной почве, например после перенесенных несколько месяцев назад простудных заболеваний. Ухудшение физической работоспособности можно рассматривать как снижение одного из интегральных показателей конечного результата адаптации. Прогрессирующая динамика выражалась в стойком неврастеноподобном состоянии, основу которого составлял фактор хронического переутомления в результате влияния комплекса производственных условий, воздействовавших по принципу взаимного потенцирования (интенсивный физический труд на протяжении 12 и

более часов в условиях вахты, ночные смены при действии шума, вибрации, монотонности труда и др.).

При втором подтипе наиболее существенными являлись преходящие, кратковременные ухудшения психической продуктивности, а также расстройства внимания, психомоторная заторможенность. Наблюдавшиеся в большинстве случаев изменения мнестико-интеллектуальной деятельности, имея временный характер, проявлялись некоторым снижением памяти (главным образом, кратковременной и оперативной), способности к концентрации и адекватному переключению внимания, скорости переработки и усвоения «новой» информации, замедлением психического темпа ассоциативной деятельности. Субъективно данные отклонения воспринимались как ощущение «несвежести», «набитости» в голове. Нередко возникали легкие головокружения, чувство «проваливания опоры под ногами» с опасением потери равновесия. Обследуемые испытывали определенные трудности в общении, указывая, что «недослышали» или «недопонимали», «ускользало из памяти», произносили отдельные слова «невпопад», вспоминали что-либо, когда необходимость в том уже миновала, и т. п. Все это приводило к осложнениям в реализации трудовых психомоторных навыков, анализировании, принятии решений, выборе стиля поведения в трудных для личности ситуациях. Немаловажное значение в структуре описываемого подтипа имели изменения глубины и продолжительности сна, затрудненное пробуждение с «утренней разбитостью». К ухудшению мнестико-интеллектуальной деятельности присоединялось психоэмоциональное напряжение, связанное с неуверенностью в правильности своих действий, необходимостью дублирования и перепроверки.

Неблагоприятная динамика, отмечавшаяся в рамках данного подтипа, состояла в появлении цефалгических и агрипнических компонентов на фоне измененной психической продуктивности с укорочением «светлых» промежутков; это свидетельствовало о переходе ПДАС в церебрастенические состояния. Подобная психическая дезадаптация наблюдалась у лиц с резидуальными явлениями перенесенной в прошлом черепно-мозговой травмы легкой или средней степени, что можно квалифицировать как церебрастенический синдром органичес-

кой природы. Существенное значение имели и условия труда, требовавшего концентрации внимания, памяти, а также связанного с перенапряжением оптико-вестибулярного анализатора (труд с монотонными операциями, шум, вибрация) чаще всего у вальщиков леса, операторов лесопогрузочных, деревообрабатывающих машин и лиц, занятых умственным трудом в сфере планирования и руководства производством, особенно при ненормированном характере работы, высоком уровне личной ответственности при дефиците времени. Обнаружена тесная корреляция выявленных отклонений с метеотропными влияниями, в частности отмечалось их обострение в метеонеустойчивые дни.

Дистимический вариант характеризовался психоэмоциональными сдвигами с появлением «внутренней перенапряженности, беспокойства, переживания дискомфорта и неудовлетворенности, пессимистической оценки будущего, неопределенной тревоги, предчувствия каких-либо неприятностей и т. д. В одних случаях, особенно в первые дни пребывания в непривычной обстановке, наблюдалась гипертимная окраска настроения, сопровождавшаяся торопливостью, внешней гиперактивностью, оживлением психомоторной сферы — вплоть до непродуктивной суетливости; в других — возникло быстрое снижение эмоционального фона с развитием безынициативности, утрата интереса к прежним актуальным для личности проблемам, что сопровождалось замедлением идеомоторного темпа, избеганием или откладыванием на более поздний срок принятия решений по устранению конфликтогенных ситуаций, самоограничением социальных контактов.

В случаях затяжного течения психической дезадаптации формировался стойкий дистимический радикал с явлениями раздражительности, вспыльчивости, недовольства окружающими, озлобленности, доходившими до агрессивного поведения. Такие лица часто являлись зачинщиками скандалов, оскорблений, инициаторами «сколачивания микрогрупп», как правило, не имевших подобных отклонений. Выявлялась психическая гиперестезия к ранее малозначимым стрессовым воздействиям; особенно снижался порог чувствительности к различного рода микросоциальным конфликтам.

При субдепрессивных проявлениях дистимия отличалась интравертированной направленностью, а при гипертимных и особенно дисфорических возникал суетливый порыв что-либо предпринять без должного критического анализа своих действий. Иногда на высоте психоэмоциональных отклонений появлялась «сдавливающая» головная боль перемежающегося характера, локализованная обычно в лобно-теменной области, затрудненное засыпание с переживанием минувших или ожидаемых событий. В целом субдепрессивные и дисфорические состояния с цефалгическими, агрипническими включениями были более продолжительными по времени, чем сугубо эмоциональные сдвиги; они представляли собой периоды с ощущением неуверенности в себе, растерянности, пессимизма, «краха надежд» и отчаяния, а также раздражительной слабости, озлобленности, которые в полной мере соответствовали по своему содержанию понятию «дистимия» [Akiskal H., 1983].

Обнаружена высокая корреляционная взаимосвязь между дистимическими проявлениями ПДАС и акцентуированными личностными чертами возбудимого, истерического, реже — тормозимого и неустойчивого кругов. Периоды дезадаптации у этих лиц служили «почвой» для возникновения психогенизации (из области микросоциальных воздействий) с формированием невротических реакций. Последние представляли собой кратковременные, но синдромологически оформленные расстройства. Дистимия с чувством «внутреннего напряжения», тревоги, «психического дискомфорта», снижением настроения, наблюдавшаяся у лиц с тормозимыми и неустойчивыми чертами, трансформировалась в астеносубдепрессивный, тревожно-дистимический, иногда — обессивный симптомокомплекс, а отклонения с недовольством окружающими, озлобленностью, конфликтностью, встречавшимися у возбудимых и истеричных акцентуантов, — в гиперстенический или истерический синдромы. Дальнейшая динамика выражалась в консолидации и окончательном структурировании ведущей клинической симптоматики, когда можно было квалифицировать невроз — неврастению или, в случае дисфорических отклонений, расстройства, схожие с психопатическими реакциями; последние возникали преимуще-

ственно у лиц с возбудимыми и истерондными чертами.

В структуре психовегетативного варианта ПДАС лежали вегетативные кризовые или перманентные дисфункции. В первом случае они представлялись фрагментами симпатоадреналовых или вагоинсулярных, но чаще смешанных приступов; во втором — явлениями общей слабости, потливости, несистемных головокружений, тахикардией, зябкостью, «тупыми» болями в суставах и мышцах. Кризы проявлялись внезапной вялостью, цефалгией по типу «прилива», сердцебиением, колебаниями артериального давления, гипергидрозом, ощущением «внутренней дрожи», «сдавливания» за грудиной или «спазмами» в эпигастральной области. Внеприступный период характеризовался ортостатическими реакциями, чувством жара или похолодания вне зависимости от окружающей температуры, появлением болей в мышцах, суставах, сдвигами ритма сна и бодрствования — при воздействии производственных перегрузок в сочетании с неблагоприятными метеотропными влияниями. Особое место занимали расстройства дыхания, относимые к признакам вегетативной дисфункции на Севере [Неверова Н. П., 1972]. Обследуемые указывали на «неожиданное спирание дыхания», чувство «нехватки» воздуха, приводивших к появлению неопределенной тревоги. Наряду с признаками дезадаптации в виде кризов данные сдвиги сопровождалась наиболее выраженными нарушениями социально-трудового приспособления: стремление к самоустранению от дополнительных производственных нагрузок и ограничению обязательных до минимума. Они чаще, чем при других вариантах ПДАС, обуславливали обращение за медицинской помощью.

При неблагоприятной динамике вегетативные дисфункции сопровождалась появлением описанных выше психоэмоциональных сдвигов, причем отмечалось нарастание выраженности как вегетативных, так и дистимических отклонений с формированием психопатоподобных (эксплозивных, истерических, ипохондрически-дистимических) реакций, в которых значительный удельный вес занимали церебралитические включения. В дальнейшем, с прогрессированием картины дезадаптации, выявлялись стойкие психопатоподобные состояния, близкие к

«приобретенной» психопатии. Если доминировала вазовегетативная лабильность, происходило становление сосудистой патологии (чаще гипертензии), что расценивается как признак синдрома напряжения адаптации [Хрущев В. Л., 1985].

Психовегетативный вариант отличался разнообразием «факторов риска». К их числу относились последствия экзогенных вредностей (травмы, инфекции, интоксикации), сосудистая лабильность, соматическая отягощенность в анамнезе, прежде всего инфекционно-воспалительной патологией органов дыхания, которая содействовала развитию своеобразного гипоксического синдрома головного мозга и др. Дезадаптация поддерживалась психосоциальными и климато-географическими факторами, отличавшимися повышенными требованиями к вегетативному обеспечению деятельности (круглогодичный труд вне помещения, работа во влажной одежде, десинхронизирующий ритм смен). Это подтверждает положение о существенной роли вегетативной нервной системы в защитно-приспособительном реагировании при экстремальных условиях. В целом «факторы риска» психовегетативных отклонений были представлени группой наиболее жестких экологических воздействий, чем при других вариантах ПДАС. Характерна также более выраженная ослабленность «почвы» у лиц, дезадаптировавшихся по этому типу.

В основу ранней диагностики ПДАС нами [Семке В. Я. с соавт., 1988] были положены принципы:

а) системности в оценке состояния защитно-приспособительных реакций организма, предусматривающего, наряду с объективной характеристикой ПДАС, исследование личностной и реактивной тревожности, памяти, внимания, психомоторных соотношений, вегетативного тонуса. В качестве интегральных критериев адаптации индивидуума (параллельно с оценкой клинической структуры состояния психоэмоционального напряжения) выступают нейродинамические показатели взаимоотношений полушарий головного мозга, характер дисбаланса нейротрансмиттерной, гипофизарно-адреналовой, эндоринно-опиоидной и иммунной систем организма;

б) дифференцированности, указывающей на необходимость интерпретации выявленных отклонений с учетом индивидуальных, популяционных, региональных и

других экологических особенностей формирующейся нервно-психической патологии;

в) индивидуально-прогностического подхода, основанного на анализе «факторов риска» и структурно-динамических закономерностей возникновения и развития ПДАС.

В качестве предпосылок появления ПАС-ПДАС следует иметь в виду «прорыв барьера психической адаптации» [Александровский Ю. А., 1976] в результате «перекреста» ряда внешних и внутренних факторов. К их числу относятся: ситуационный (чаще всего «предболезнь» развивается под влиянием средовых вредностей небольшой интенсивности), временной (в том числе кризисные периоды), социокультуральный стресс в начальный период адаптации у мигрантов [London T., 1986], возрастной (как «зона повышенного риска» — пубертатный и инволюционный периоды), экзогенно-соматогенный и климато-географический (изменение светопериодичности, низкие температуры, высокая влажность, неблагоприятная аэродинамика, колебания атмосферного давления и магнитного поля и т. д.). Под их воздействием первично-фрагментарные сдвиги в виде психоадаптационного состояния (ПАС) при утяжелении приводили к формированию донозологических форм (ПДАС), а затем — различных нозологических форм ПНПР.

Установленная в наших наблюдениях [Семке В. Я., Савиных А. Б., 1988] эволюция донозологических состояний напоминала особенности клинической динамики пограничных нервно-психических нарушений: их мозаичность — на начальном этапе; структурирование, «кристаллизация» симптоматики — на этапе «собственно предболезненного состояния»; появление «осевых» синдромов — на стадии «развития». Этапы подразделяются по основным критериям предболезни: наличие психопатологического симптома, существование «факторов риска», идентификация своего субъективного состояния как «нездоровье», ухудшение уровня социально-производственного приспособления, нозоцентрическая тенденция (по С. Б. Семичову). На первом этапе обнаруживаются только «факторы риска» и отклонения в рамках психического здоровья; на втором — большинство признаков предболезни (за исключением последнего); на

третьем — становится возможным соотнесение картины дезадаптации с одной из форм ПНПР, то есть можно выявить нозоцентрическую тенденцию.

Рассматриваемая проблема донозологических форм пограничных состояний имеет несомненный психогигиенический, психопрофилактический и психотерапевтический аспекты. Промышленное освоение Сибири и Дальнего Востока связано не только с необходимостью труда в экстремальных условиях, но и с миграцией значительного числа лиц из западных регионов страны, в связи с чем проблема адаптации к специфическим климато-географическим условиям приобретает важное народнохозяйственное значение. Психопрофилактические мероприятия следует начинать с уровня, когда имеется практически абсолютный приоритет психического здоровья, а болезнь представлена лишь некоторыми элементами. Далее предусматривается этап купирования психоэмоционального напряжения с воздействием на картину «донозологических», переходных от здоровья к болезни уровней (это варианты ПАС—ПДАС, АЛР, выраженные степени психоэмоционального напряжения). На последующих этапах осуществляется воздействие на начальные уровни патологии (невротические, психопатические, неврозоподобные и психопатоподобные реакции), затем — осуществление «психоортопедических» мероприятий (применительно к так называемым резидуальным состояниям в клинике пограничной психиатрии). По сути дела, здесь мы соприкасаемся с другой важнейшей общепсихиатрической проблемой — преодолением терапевтической резистентности (путем использования адаптогенов, актопротекторов и др.), профилактикой хронизации и уменьшения накопления «хроников» в обществе.

В целом детальное изучение различных донозологических форм пограничных состояний позволяет с научных позиций решить вопросы их клинической систематики, принципов ранней диагностики и профилактики состояний психоэмоционального напряжения. Это позволяет своевременно предупредить развитие пограничных нервно-психических расстройств в условиях восточного региона страны, укрепить социально-психологический микроклимат в рабочих коллективах и снизить трудовые потери в сфере общественного производства.

4.3. Инициальные (начальные) стадии пограничных состояний¹¹

Инициальная стадия неврозов чаще всего называется в литературе «невротические реакции». По мнению Г. К. Ушакова (1978), невротические реакции характеризуются начальными, наиболее ранними малодифференцированными расстройствами, являющимися основой для формирования развернутых невротических состояний. Ю. А. Александровский (1976), описывая невротические реакции, отмечает, что они имеют четко обозначенное начало возникновения; ограничены во времени, развиваются в ответ на конкретную психогенно дезадаптирующую ситуацию, стабилизируются при сохранности психотравмирующих влияний и отсутствии лечения, вызывая более выраженную дезадаптацию и переходя в стадию невротического состояния.

С нашей точки зрения, совпадающей с мнением Н. Е. Бачерикова (1980), диагностика и выделение невротических реакций оправданы как с теоретических позиций в качестве предмета изучения наиболее ранних форм аномального реагирования психики на психогенные вредности, так и в практическом плане. Последнее обусловлено тем, что, несмотря на непродолжительность и относительную мягкость клинических проявлений, невротические реакции вызывают социально-трудовую и клиническую дезадаптацию заболевших и требуют оказания специализированной психиатрической помощи с акцентом на психотерапевтические и общеукрепляющие методы воздействия. Кроме того, купирование невротических реакций имеет выраженную профилактическую направленность, обусловленную предупреждением дальнейшего развития и утяжеления заболевания.

По результатам сплошного клинико-эпидемиологического обследования работников промышленного предприятия, инициальные стадии неврозов составляют 55,1% всех случаев этих заболеваний. Удельный вес невротических состояний (неврозов в традиционном их понимании) и невротических развитий зарегистрирован достоверно реже — соответственно в 39,1 и 5,8% случаев.

¹¹ В данном разделе использованы материалы наших сотрудников Е. А. Акерман и С. В. Запужалова.

Несмотря на малую дифференцированность клинической симптоматики инициальных невротических расстройств, уже на этой стадии появляются симптомы, характерные для развивающейся в последующем той или иной формы невроза. Это позволяет выделить три клинических варианта данной патологии: астенический, истерический и обсессивно-фобический. Наибольший удельный вес в клинической структуре инициальных невротических расстройств занимает астенический вариант данной патологии — 59,6% всех случаев. Истерический и обсессивно-фобический варианты невротических расстройств встречаются значительно реже и составляют соответственно 29,9 и 10,5% случаев. Интенсивные показатели болезненности обсессивно-фобическим, истерическим и астеническим вариантами инициальных невротических расстройств образуют пропорцию 1:2,8:3,3. Наиболее часто астенический и истерический варианты данной патологии встречаются в профессиональных группах инженерно-технических работников и служащих, в то время как обсессивно-фобический вариант распространен примерно с одинаковой частотой у лиц разных профессий.

Клиническое изучение первой стадии невротических заболеваний показало, что инициальные невротические расстройства протекают в виде преходящих реакций организма в ответ на воздействие неблагоприятных психогенных факторов. В процессе исследования не удалось выявить предпочтительность их появления в зависимости от характера психотравмирующей ситуации, так как реакции возникали одинаково часто в ответ на острые и протрагированные психогении. В большей части случаев причиной инициальных невротических расстройств являлись нарушения в семейно-бытовой сфере (71,3%). У 68,1% больных инициальные невротические расстройства наблюдались впервые в год проведения исследования и у 31,9% — повторно. В 98,2% случаев их продолжительность составила от 5 до 15 дней.

В клинической картине астенического варианта инициальных невротических расстройств на первый план выступали психогенно обусловленные нарушения самочувствия в виде вялости, внутреннего дискомфорта, снижения работоспособности, вызванные не столько наличием собственно астенических проявлений, сколько по-

вышенной концентрацией мыслей на психотравмирующей ситуации. Это способствовало нарушению внимания, сосредоточенности, препятствовало качественному выполнению работы особенно у лиц, деятельность которых связана с умственным и эмоционально-напряженным трудом.

Аффективные нарушения проявлялись преимущественно субдепрессивными расстройствами, которые сочетались у большинства больных с тревожными переживаниями, чувством внутреннего напряжения. В ряде случаев аффективные расстройства сопровождались нарушениями сна. Наряду с этим появлялась несвойственная ранее раздражительность, неуравновешенность. Эмоциональные расстройства и у этой группы больных носили лабильный характер и находились в тесной зависимости от психотравмирующей ситуации: ее усложнение приводило к углублению, а дезактуализация — к быстрой редукции эмоциональных нарушений. Типичным для этих больных было наличие вегетативных расстройств, проявляющихся повышенной потливостью, чувством прилива жара, сердцебиением, головокружением. Довольно часто появление вегетососудистых нарушений воспринималось больными как начало какого-либо соматического заболевания и побуждало обращаться к врачам общесоматической сети, где они не получали адекватной помощи. Это приводило при продолжении воздействия психогенного фактора к фиксации и усложнению симптоматики, присоединению ипохондрических расстройств, что согласуется с мнением З. Г. Костюниной с соавт. (1985), О. Ф. Панковой (1985). Таким образом, в клинической картине данного варианта инициальных невротических расстройств на первый план выходят астенические проявления, которые еще не образуют развернутого астенического синдрома, а выступают в виде его отдельных компонентов, носящих нестойкий характер.

Личностные особенности больных с истерическим вариантом инициальных невротических расстройств проявлялись эмоциональной незрелостью, повышенной чувствительностью, внушаемостью, впечатлительностью. В качестве психогенной для данных лиц, как правило, служили обстоятельства, вызывающие ущемление их интересов, престижа, ограниченные возможности находиться

в центре внимания. В одной трети всех случаев этого варианта инициальных невротических расстройств психогенно обусловленные истерические нарушения носили изолированный («моносимптомный») характер. Наиболее часто встречались конверсионные расстройства в форме обмороков, сердечных приступов, ознобopodobного тремора. Несколько реже отмечалось чувство онемения конечностей в виде гипестезий, афония.

В большинстве же случаев клиническая картина истерического варианта инициальных невротических расстройств характеризовалась возникающими в конфликтной ситуации единичными кратковременными аффективными и вегетативными реакциями. Общими особенностями данных проявлений является их небольшая глубина, демонстративность и театральность поведения, стремление привлечь к себе повышенное внимание, совершенно определенная ситуационная обусловленность. Кроме того, для данной стадии была характерна малая дифференцированность клинических проявлений, выраженность эмоциональных переживаний, сохранение критического отношения.

Клинические проявления инициальных невротических расстройств обсессивно-фобического типа исчерпывались проходящими обсессиями, проявляющимися преимущественно страхами за свое здоровье, сочетавшимися с вазовегетативными расстройствами, из которых наиболее характерными были ощущения замирания или «остановки» сердца. Данные расстройства возникали у лиц с повышенной сензитивностью, тревожностью, низкой уверенностью в себе. Нарушения носили неглубокий характер и хорошо купировались в результате психотерапевтических воздействий.

Таким образом, клинические проявления инициальных невротических расстройств отличаются умеренной выраженностью, динамичностью, способностью к быстрому редуцированию под влиянием психотерапевтических мероприятий, что лишний раз подчеркивает профилактическое значение раннего выявления таких больных. Значительный практический интерес представляет изучение возможностей трудовой адаптации лиц, страдающих инициальными невротическими расстройствами. Обследование работников крупного промышленного предприятия показало, что ни у одного больного с дан-

ной патологией не было выявлено резкого снижения трудовой адаптации. У 95,5% из их числа отмечалось умеренно выраженное снижение адаптации, а у 5,5% она не претерпевала изменений, что объясняется небольшой продолжительностью и относительной мягкостью клинических проявлений первого этапа невротических расстройств, а также наличием компенсаторных возможностей у этой группы больных.

Проявления трудовой дезадаптации работников предприятия, страдающих инициальными расстройствами, находятся в тесной зависимости от клинического варианта данной патологии. Так, у всех лиц с астеническим вариантом инициального этапа невротических заболеваний дезадаптация носила умеренно выраженный, преимущественно профессиональный характер. Для этой группы работающих характерно замедление темпа выполнения производственных операций, приводящее к снижению нормы выработки в среднем до 96,3%. Ускорение ритма производственной деятельности больных способствовало повышению брака выпускаемой продукции либо увеличению ошибок при выполнении чертежных, счетно-канцелярских или инженерно-технических видов деятельности. Недовыполненные нормы выработки, появление брака в работе вызывало зачастую нарекания со стороны непосредственного руководителя и членов бригады, что играло роль дополнительных психотравмирующих факторов, способствующих фиксации и утяжелению невротической симптоматики, приводящих в свою очередь к более резкому снижению трудовой адаптации.

Социально-психологическая адаптация больных с астеническим вариантом инициальных невротических расстройств зависела от сферы возникновения психотравмирующего фактора. В частности, в случаях заболеваний, обусловленных психотравмирующей ситуацией семейно-бытового характера, социально-психологическая адаптация на производстве изменялась в малой степени, а в ряде случаев трудовая деятельность оказывала положительное влияние, отвлекая больных от неприятной ситуации, смягчая аффективные реакции. У лиц с инициальными астеническими расстройствами, в основе которых лежали производственные психогенные факторы, отмечались более выраженные нарушения со-

циально-психологической адаптации. Психическая травматизация, обусловленная конфликтными отношениями с сослуживцами либо руководством, провоцировала эмоциональные нарушения в виде астено-субдепрессивных проявлений.

Больные с обсессивно-фобическим вариантом инициальных невротических расстройств отличались достаточно высокой степенью овладения профессиональными навыками. Нерезко выраженные обсессивные расстройства не оказывали существенного влияния на скорость выполнения производственных операций, что позволяло успешно справляться с нормой выработки без ущерба для качества выпускаемой продукции. Больные добросовестно подходили к выполнению производственных заданий, дорожили мнением товарищей. Следует отметить, что в целом трудовая деятельность оказывала положительное влияние на общее самочувствие данной группы больных. В течение рабочего дня у них заметно уменьшались обсессивно-фобические проявления, улучшалось общее самочувствие. В то же время, если возникновение инициальных обсессивно-фобических расстройств совпадало с концом отчетно-календарного периода, сопровождающегося повышением рабочей нагрузки, необходимостью сверхурочных работ, то у значительной части больных отмечалось утяжеление и углубление психопатологической симптоматики, что вызывало появление умеренно выраженной профессиональной дезадаптации.

Инициальные истерические расстройства практически не оказывали влияния на профессиональную деятельность больных. Они успешно справлялись с выполнением нормы выработки или иными производственными заданиями. Качественные показатели выпускаемой ими продукции не отличались от среднезаводских. Увеличение объема производственной нагрузки, необходимость сверхурочных работ в конце отчетных периодов не вызывали срыва профессиональной адаптации больных. В то же время у $\frac{2}{3}$ больных с инициальными истерическими расстройствами отмечалась умеренно выраженная социально-психологическая дезадаптация на производстве. Она выражалась кратковременными нарушениями в сфере межличностных отношений и проявлялась возникновением конфликтных ситуаций с со-

служивцами либо руководителем. Нарушению контактов в коллективе способствовали личностные особенности больных, а также клинические проявления инициальных истерических расстройств в виде эгоцентризма, демонстративности, неустойчивости настроения. Конфликтные взаимоотношения возникали эпизодически и носили нестойкий характер.

Таким образом, у работников предприятия, страдающих инициальными невротическими расстройствами, отмечается умеренно выраженное снижение производственной адаптации, причем у больных с астеническим и обсессивно-фобическим вариантами данной патологии дезадаптация носит преимущественно профессиональный, а у лиц с истерическим вариантом — социально-психологический характер.

Инициальный этап экзогенно-органических психических расстройств характеризуется наличием преходящих неврозоподобных реакций организма в ответ на воздействие тех или иных неблагоприятных факторов. Клинические проявления заболевания на этой стадии ограничиваются преимущественно астеновегетативными расстройствами и характеризуются кратковременностью и возможностью их редукции после прекращения действия провоцирующего фактора или в результате оказания квалифицированной психиатрической помощи. При сплошном клинико-эпидемиологическом исследовании инициальная стадия экзогенно-органических психических расстройств выявляется у 51,9% больных этими заболеваниями. Причем в 44,3% случаев инициальные нарушения возникли впервые в год проведения исследования, 55,7% — наблюдались неоднократно и ранее. У большинства больных продолжительность неврозоподобных реакций составляла от 5 до 14 дней. Клинические проявления заболевания во всех случаях ограничивались астеническим синдромом, проявляющимся физической и умственной истощаемостью, эмоциональной лабильностью, вазовегетативными нарушениями. Почти постоянным симптомом у больных являлась головная боль, носящая, как правило, разлитой характер и выражающаяся в чувстве давления, тяжести, сжатия или распираания головы. Вместе с головной болью появлялось головокружение, которое больные наблюдали у себя главным образом при резкой перемене положения

тела, а также при быстром движении. Иногда к головной боли и головокружению присоединялось ощущение шума в ушах и голове.

В 87,9% случаев инициальных расстройств у больных наблюдались нарушения сна. При этом они жаловались на невозможность уснуть в вечернее время, чуткий, поверхностный сон нередко с кошмарными сновидениями, частыми пробуждениями. В дневное время отмечалась выраженная сонливость, сопровождающаяся снижением работоспособности, рассеянностью внимания, трудностью сосредоточения, особенно заметной при выполнении умственных операций или работ, требующих точной координации движений. В эмоциональной сфере на первый план выступали неустойчивость настроения, раздражительность, слабодушие. У части больных на фоне астенического синдрома наблюдалось появление гипотимии, возникающей как реакция на собственное недомогание, снижение трудоспособности. Ко всем психопатологическим переживаниям больные относились критически. Как правило, у них не наблюдалось угасания инициативы и сужения круга интересов. У большинства было желание работать, но больные быстро утомлялись, истощались, особенно при умственном труде. Ни у кого из них не наблюдалось изменений характера и личности.

Для больных с инициальной стадией экзогенно-органических расстройств характерна высокая степень овладения производственными операциями, адекватное понимание их смысла и последовательности, наличие автоматизированных трудовых навыков, высокий устойчивый темп трудовой деятельности. Все больные успешно справлялись с нормой выработки. Незначительная астения, головная боль, гриппические расстройства, умеренная психомоторная заторможенность, наблюдавшиеся у них в периоды ухудшения состояния, не оказывали существенного влияния на скорость выполнения производственных операций. У ряда больных быстрая утомляемость, некоторая медлительность при выполнении домашних работ резко контрастировали с высоким темпом производственной деятельности, что свидетельствовало о ведущей роли социально-психологических свойств личности в процессах социальной компенсации. Нерезко выраженные астенические расстройства компенсировались добросовестным отношением к своим производст-

венным обязанностям, стойкой концентрацией волевых усилий, что обуславливало практическое отсутствие спонтанных микропауз и перерывов в работе. Все эти больные при необходимости могли ускорить выполнение производственных операций без заметного ущерба для качества изготавливаемой продукции, счетно-канцелярской или административной работы. Нередко они имели высокую квалификацию, занимали ответственные административные и хозяйственные должности, принимали активное участие в общественной жизни коллектива, неоднократно поощрялись администрацией предприятия.

В процессе психологической адаптации больные адекватно усваивали практикуемую в данном коллективе систему норм и обязанностей, в своей производственной деятельности полностью ориентировались на оценку непосредственного руководителя, считая ее основным критерием результатов труда. В соответствии с характером этой оценки у больных выявлялись большие возможности коррекции трудовой деятельности и поведения. Они охотно выполняли сверхурочные задания, работали в ночную смену, не отказывались от командировок, не прибегали к помощи ВКК. В беседе они обычно высказывали удовлетворенность работой, желание продолжать трудовую деятельность на данном предприятии по своей прежней профессии. В то же время в условиях «жестко» детерминированной трудовой деятельности (например, работа на конвейере) производственная адаптация больных инициальными экзогенно-органическими психическими расстройствами носила неустойчивый характер. В период обычной производственной нагрузки даже при наличии астенических расстройств работоспособность больных не снижалась, однако, если возникновение нервно-психических реакций совпадало с периодом повышенной производственной нагрузки (обычно в конце квартала или месяца), адаптационные возможности больных оказывались недостаточными. Больные не успевали за движением конвейера, что негативно отражалось на производительности труда целой линии. Попытки ускорить свою трудовую деятельность приводили к увеличению брака в изделиях. Как правило, это вызывало у больных выраженную психогенную реакцию, сопровождающуюся субдепрессивными нарушениями, усугублением астеничес-

ких расстройств и еще большим снижением работоспособности. В большинстве случаев эти состояния продолжались в течение 2—3 недель и исчезали только после довольно продолжительного отдыха или лечения.

Следует отметить, что хорошо организованная трудовая деятельность не оказывала негативного влияния на психическое состояние данной группы больных. В течение длительных периодов времени у них, как правило, отсутствовали признаки нервно-психической патологии. В то же время дополнительные экзогенные вредности, чаще всего присоединившиеся интеркуррентные заболевания или бытовые психотравмирующие ситуации, способствовали развитию астенических реакций, постепенному формированию стойких неврозо- и психопатоподобных расстройств и, как следствие, снижению уровня адаптации.

Таким образом, знание клинической специфики инициальных стадий пограничных нервно-психических расстройств позволяет диагностировать эти состояния в прогностически наиболее благоприятной фазе, что способствует выздоровлению больных или предупреждению прогрессирования болезни.

4.4. Невротические состояния и развития

Согласно принятой нами клинико-динамической концепции, следующими стадиями формирования пограничных нервно-психических расстройств являются состояния и развития. Такую динамику можно проследить в клиническом течении пограничных состояний любого генеза. Однако наиболее наглядно переход «реакции — состояние — развитие» просматривается при невротических расстройствах. Это дало нам повод более подробно остановиться в этом разделе на аспектах клиники второй и третьей стадии данных заболеваний — невротических состояниях и невротических развитиях личности.

Мы сочли целесообразным не суммировать данные многочисленных авторов по клинике неврозов, а рассмотреть лишь некоторые аспекты проблемы, характеризующие невротические состояния как вторую стадию невротического процесса, базируясь на материалах кли-

нико-эпидемиологического обследования работников промышленности.

Согласно полученным нами совместно с Е. А. Акерман (1987) результатам, невротические состояния (при условии сплошного обследования и активного выявления инициальных стадий болезни) составляют 39,1% в структуре невротических расстройств. При этом интенси́вный показатель распространения невротических состояний достигает 28,9 на 1000 обследованных. Практически во всех случаях этой стадии предшествовал описанный выше этап инициальных невротических расстройств. Формированию невроза способствовали стойкость или усложнение психотравмирующей ситуации, присоединение дополнительных астенизирующих факторов (переутомление, перегрузки на работе), отсутствие квалифицированной психиатрической помощи на начальном этапе заболевания.

Развитие второй стадии невротических расстройств характеризовалось появлением выраженной и достаточно стойкой невротической симптоматики, «кристаллизацией» ведущего синдрома (астенического, истерического, обсессивно-фобического), определяющего клиническую форму невроза. Такая последовательность формирования заболевания имела место при наличии затяжной психотравмирующей ситуации в семейно-бытовой или производственной сфере. Лишь в небольшом количестве наблюдений (8% случаев) начало невроза было острым — без этапа инициальных невротических расстройств. Это наблюдалось при внезапном воздействии острой психической травмы (уход мужа, болезнь или смерть близкого человека). При таком начале заболевания на первый план выходили депрессивные расстройства, и лишь спустя некоторое время присоединялся ведущий для данной формы невроза синдром.

Наиболее распространенной формой невротических состояний в изучаемом контингенте населения явилась неврастения — 62,3% всех случаев. Это согласуется с точкой зрения практически всех исследователей, занимающихся клинико-эпидемиологическим изучением невротозов [Кабанов М. М., 1967; Ковалев В. В., 1969; Смулевич А. Б., 1983; Шумаков В. М. с соавт., 1983; Leonhard, 1971; Fornì, Galeotti, 1981 и др.]. В клинической картине неврастении доминировали астенические рас-

стройства, проявляющиеся повышенной утомляемостью, снижением работоспособности, лабильностью настроения, эмоциональной неустойчивостью, разнообразными нарушениями сна. Вегетативные расстройства, выявленные более чем у половины всех больных, проявлялись головными болями, усиливающимися при умственных и эмоциональных нагрузках, лабильностью пульса и артериального давления, общим гипергидрозом. У $\frac{2}{3}$ больных неврастением выявлен синдром невротической депрессии. Как правило, он сочетался с астенией, расстройствами сна и отражал психотравмирующую ситуацию. У 27% больных настроение было неустойчивым, с оттенком тоскливости или тревоги. Характерными были жалобы на нарушение соматических функций, среди которых преобладали нарушения сердечной деятельности (15,5% случаев) в виде кардиалгии и изменений сердечного ритма и желудочно-кишечные расстройства (7% случаев), что подтверждает мнение М. Э. Телешевской с соавт. (1980), указывающей на частое проявление невротозов с преимущественно соматическими масками. В 28% случаев основная симптоматика включала в себя сексуальные нарушения. У мужчин они были связаны со снижением потенции, в ряде наблюдений сексуальная дисгармония объяснялась эмоционально-психологическими причинами. Довольно часто (в $\frac{1}{5}$ случаев) у работников предприятия, страдающих неврастением, отмечались истерические включения, среди которых преобладали онемение конечностей, шаткость походки, подергивание век. Эти данные подтверждают выводы ряда авторов [Телешевская М. Э., Погибко Н. И., 1965; Чистава О. Р., 1976; Völkel, 1959; Amiel, Lebirge, 1970], которые отмечают появление так называемых смешанных форм, несущих в своей клинической картине признаки различных клинических разновидностей данной патологии.

Истерический невротоз составляет 20,2% всех случаев невротических состояний. В клинической картине заболевания преобладали псевдосоматические и вегетативные расстройства, что согласуется с мнением многих отечественных и зарубежных исследователей [Семке В. Я., 1980; Ефимов Е. О. с соавт., 1980; Loo et al., 1957; Jakubik, 1979; Flicker, Barth, 1981]. Примерно в половине всех случаев наблюдались ипохондрические вклю-

чения и астеническая симптоматика. Степень выраженности астении зависела от окружающей обстановки и установок больного.

Истерическая симптоматика характеризовалась у $2/3$ больных вегетовисцеральными расстройствами, среди которых преобладали нарушения сердечной деятельности — перебои, сердцебиения, приступообразные боли в сердце. Несколько реже встречались желудочно-кишечные расстройства и дыхательные нарушения в виде удушья, нехватки воздуха, невротического кашля. В группе больных истерическим неврозом преобладали лица, длительное время наблюдавшиеся с неуточненными диагнозами у терапевтов заводской поликлиники. Отсутствие адекватной реабилитационной помощи приводило к фиксации истерической симптоматики и присоединению ипохондрических включений. Аффективные расстройства у работников предприятий с истерическим неврозом выступали чаще в виде колебаний настроения, его снижения. Во всех случаях заболевания прослеживались его классические проявления, заключающиеся в механизмах «условной желательности» и «бегства в болезнь» при воздействии психотравмирующих факторов. Личностные особенности этой группы больных проявлялись внушаемостью, впечатлительностью, эмоциональной незрелостью. Больные были претенциозны, демонстративны в поведении, требовали к себе повышенного внимания. Повышенные претензии к окружающим, игнорирование объективных обстоятельств и оценки своего поведения приводили к развитию интерперсональных конфликтов, способствовали социально-психологической дезадаптации на производстве.

Невроз навязчивых состояний выявлен в 17,5% всех случаев невротических состояний. В структуру клинической картины этой формы невроза помимо ведущих обсессивного и фобического синдромов входила общеневротическая симптоматика в виде астенических проявлений, среди которых преобладали повышенная утомляемость, трудности длительной концентрации внимания, пресомнические расстройства. В половине случаев данной патологии астенический синдром достигал значительной степени, что оказывало выраженное влияние на профессиональную адаптацию больных. Это согласуется с мнением Lasslin, Fontan (1970). Фобический синд-

ром наблюдался в 80% случаев заболеваний. Страхи носили очерченный характер и выступали в подавляющем большинстве случаев в форме кардиофобий, значительно реже — канцерофобий, сопровождающихся астенодепрессивным синдромом с элементами тревоги. Обсессивный синдром, заключающийся в навязчивых мыслях, представлениях, выявлен лишь у 20% работников предприятия, страдающих данной формой невроза. Более чем в $1/3$ случаев заболевания наблюдались алгические проявления в виде цефалгий, кардиалгий. Развитию невроза навязчивости у работников изучаемого предприятия в большей степени предшествовали причины, непосредственно не связанные с их производственной деятельностью. Специфика их реакции на психотравмирующие ситуации была обусловлена, в первую очередь, такими личностными особенностями, как повышенная тревожность, внушаемость, мнительность, неуверенность в себе.

Длительное течение невротических состояний (от 1 до 3 лет) наблюдалось более чем у $2/3$ больных. Этому способствовал ряд причин: наличие психотравмирующей ситуации, характеризующейся продолжительностью, значимостью и неразрешимостью для данной личности; влияние дополнительных астенизирующих факторов (соматическое заболевание, переутомление, работа в неблагоприятных производственных условиях и т. п.); отсутствие своевременной квалифицированной психиатрической помощи. В наиболее неблагоприятных случаях течения невротических состояний происходит постепенное формирование невротических развитий личности — третьей, заключительной стадии невротических расстройств, характеризующей переход болезни в хронический статус.

Наиболее полно систематика, клиника и динамика невротических развитий разработаны Н. Д. Лакошной (1970), В. В. Ковалевым (1971), В. Я. Семке (1978). Мы придерживались сходных критериев, что позволяет говорить об общепринятом в отечественной психиатрии понимании клинической сущности данной стадии невротических заболеваний. В число основных клинических критериев невротических развитий личности вошли: длительное (3 года и более) течение; сложная полиморфная картина, представляющая тесное переплетение нев-

ротических и патохарактерологических проявлений, которые в известной степени отрываются от психотравмирующей ситуации; наличие стойких аффективных и ипохондрических включений.

Согласно результатам клинико-эпидемиологического обследования работников промышленности, невротические развития личности составляют 5,8% в структуре всех невротических расстройств, или 4,3 на 1000 работающих. Изучение клинической структуры невротических развитий показало выраженное преобладание астенического варианта данной патологии — 53% всех случаев, или 2,3 на 1000 обследованных. Истерический вариант невротического развития составляет 41% (1,8 на 1000) в структуре данной патологии, а обсессивно-фобический — лишь 6% (2 на 1000 обследованных). Таким образом, распространенность обсессивно-фобического, истерического и астенического вариантов невротических развитий составляет пропорцию 1:9:11.

Анализ распространения клинических вариантов невротического развития личности в зависимости от профессиональной принадлежности обследованных показал, что астенический вариант встречается одинаково часто среди лиц разных профессий, а истерический и обсессивно-фобический варианты преобладают среди лиц, занятых преимущественно умственным трудом (служащие, инженерно-технические работники). При изучении группы больных с невротическими развитиями нами выявлено 2 варианта их формирования: развитие в результате неблагоприятного течения стадии невротического состояния ($\frac{2}{3}$ всех случаев) и развитие после этапа невротической депрессии ($\frac{1}{3}$ всех случаев). В первой группе больных заболевание начиналось с невроза, принимавшего затяжное течение. Затем на фоне выраженной стабилизации невротической симптоматики на первый план выступали патохарактерологические нарушения в виде аффективной неустойчивости, эксплозивности, эгоцентризма, демонстративности, ипохондричности. Второй вариант развития характеризовался наличием стертого малозаметного начала заболевания, продолжительного существования астено-субдепрессивной симптоматики. На этапе «невротической депрессии» больные нередко обращались к врачам общего профиля по поводу вегетососудистой дистонии, функциональных расстройств раз-

личных органов. Появление симптоматики, характерной для того или иного клинического варианта невротического развития, провоцировало изменение психотравмирующей ситуации либо присоединение астенизирующих факторов, что создавало полиморфизм клинической картины. В дальнейшем динамику претерпевал лишь ведущий синдром, остальная симптоматика постепенно редуцировалась.

Наиболее часто встречающийся астенический вариант отличался выраженной стойкостью астенических расстройств, сопровождающихся значительными вегетативными нарушениями. Эмоциональные расстройства утрачивают характер реакции на психотравмирующую ситуацию. Чаще наблюдается субдепрессивный или субдепрессивно-тревожный фон настроения. В картине заболевания начинают доминировать патохарактерологические нарушения в виде обостренной застенчивости, робости, чаще имеют место несдержанность, вспыльчивость, аффективная неустойчивость. Нарастает ипохондричность, приобретающая в ряде случаев сверхценный характер. При формировании истерического развития личности яркие полиморфные расстройства, наблюдаемые в начале заболевания, постепенно тускнели, становились более однообразными. На первый план в картине заболевания выступали патохарактерологические изменения в виде аффективной неустойчивости, склонности к бурным аффективным реакциям, эгоцентризму, демонстративности. При обсессивно-фобическом развитии личности имело место постепенное усложнение клинической картины заболевания. Отмечалась нарастание таких черт, как тревожность, мнительность, нерешительность. Происходило постепенное усложнение фобического синдрома, проявляющегося страхом за свое здоровье с присоединением характерологических расстройств, ранее не свойственных данной личности.

При анализе проявлений и степени выраженности социально-трудовой дезадаптации в изучаемых группах больных было установлено, что у работников предприятия, страдающих невротическими состояниями, резко выраженное снижение трудовой адаптации наблюдалось в 61,4% случаев, а умеренно выраженное — в 35,1%. Критериями резко выраженной производственной дезадаптации больных служили снижение выполнения нор-

мы выработки до 95—85% от планового задания, значительный рост количества ошибок в работе, увеличение брака в выпускаемой продукции до 5%. При умеренно выраженной производственной дезадаптации выполнение нормы выработки снижалось на 3—5% от плановой, появлялись незначительные погрешности в работе, допускался брак в изготавливаемой продукции в количестве 1—3%. Таким образом, клиническому течению невротических расстройств на стадии невротических состояний сопутствуют достаточно выраженные нарушения механизмов социально-профессионального приспособления, что свидетельствует о нарастающем на этом этапе истощении защитно-компенсаторных возможностей организма больных.

Среди лиц, страдающих неврастенией, трудовая адаптация в период заболевания претерпевает изменения у 86,3% от их общего количества. Причем у 68,9% больных снижение адаптационных возможностей носило резко выраженный профессиональный характер. Выступающие на первый план в картине заболевания астенические расстройства в виде повышенной утомляемости, истощаемости внимания приводили к замедлению темпа выполнения производственных операций, а нарастающие к концу смены вялость и слабость способствовали еще более значительному снижению производительности труда. Несмотря на ответственное отношение к выполнению своих производственных обязанностей, норма выработки выполнялась этой группой работающих в среднем лишь на 87,6%. Попытки больных ускорить выполнение плановых заданий приводили к ухудшению качества изготавливаемой продукции, увеличению бракованных изделий на 4,7%.

В большей степени страдала профессиональная адаптация у лиц, работающих в условиях конвейерного производства. Повышенная истощаемость психических функций приводила к необходимости дополнительных кратковременных перерывов в работе, способствующих отставанию от скорости движения конвейера, что нарушало ритмичность производственного процесса. Увеличение объема производственной нагрузки, необходимость сверхурочных работ и ночных смен приводили к дальнейшему ухудшению самочувствия больных, углублению астенических расстройств и в итоге к еще боль-

шему снижению профессиональной адаптации. У ИТР и служащих резко выраженное нарушение профессиональной адаптации проявлялось значительным увеличением количества ошибок при выполнении чертежных, счетно-канцелярских, инженерно-технических видов деятельности, недовыполнением плановых заданий. Умеренно выраженные нарушения профессиональной адаптации наблюдались у 17,4% работников предприятия, страдающих неврастенией. Они выражались менее значительным снижением нормы выработки (в среднем до 96,1%) и повышением выпуска бракованной продукции на 2,8%. В эту группу вошли лица с относительно благоприятным либо волнообразным течением заболевания.

В большинстве случаев больные неврастенией обладали довольно высокой производственной квалификацией, нередко занимали ответственные административные должности. Часть больных удовлетворены своей работой и высказывали желание продолжить трудовую деятельность на прежнем месте. Изучение проявлений производственной дезадаптации больных с истерическим неврозом показало, что практически все они испытывают сложности в социально-психологическом приспособлении на предприятии. Социально-психологическая дезадаптация, носившая более чем в половине случаев резко выраженный характер, проявлялась наличием стойких межличностных конфликтов с сослуживцами, руководством либо полным нарушением межличностных взаимоотношений. В большинстве случаев конфликты носили затяжной характер и негативно влияли на психологический микроклимат в подразделениях, в которых работали больные. Нарушения профессиональной адаптации отмечались лишь у 12% больных истерическим неврозом. Дезадаптация носила умеренно выраженный характер и была связана с наличием астенических компонентов в картине заболевания. Для подавляющего же большинства больных были характерны удовлетворительное овладение трудовыми навыками, ровный темп производственной деятельности, выполнение норм выработки, высокое качество выпускаемой продукции либо иного производственного задания. В то же время больные истерическим неврозом в 2,3 раза чаще, чем больные неврастенией, были не удовлетворены своей работой. Их недовольство касалось как отдельных ее сторон

(заработная плата, коллектив, условия труда, престижность), так и специальности в целом. Для лиц с данной патологией была характерна частая смена мест работы.

Более 75% лиц, страдающих обсессивно-фобическим неврозом, имели нарушения производственной адаптации. Причем у $\frac{2}{3}$ больных они носили резко выраженный профессиональный характер, что обуславливалось наличием выраженных астенических расстройств в виде повышенной утомляемости, истощаемости внимания, слабости, вялости. Эти проявления заболевания оказывали в большей мере влияние на работоспособность лиц, непосредственно занятых изготовлением продукции. У $\frac{1}{3}$ больных они вызвали резко выраженную профессиональную дезадаптацию, проявляющуюся в снижении количественных и качественных показателей труда работающих. Норма выработки в этой группе больных выполнялась в среднем на 92,3%, а количество брака изготавливаемой продукции составляло 4,1%. Больные неврозом навязчивых состояний придавали большее значение условиям труда, настойчиво уклонялись от сверхурочных работ и ночных смен, что связано не только с наличием астенических проявлений, но и с отсутствием гибкости адаптационных механизмов. Изменение привычного ритма работы приводило к ухудшению общего самочувствия больных, нарастанию обсессивно-фобических расстройств.

Таким образом, почти у $\frac{2}{3}$ работников предприятия, страдающих невротическими состояниями, отмечается резко выраженная степень трудовой дезадаптации, причем у больных с неврастенией и неврозом навязчивых состояний она носит преимущественно профессиональный, а у лиц с истерическим неврозом — социально-психологический характер.

При анализе проявлений трудовой дезадаптации работников предприятия, страдающих невротическими развитиями личности, было установлено, что все они испытывают резко выраженные нарушения как в профессиональном, так и в социально-психологическом приспособлении на производстве. В наибольшей степени профессиональная адаптация страдала у больных с астеническим вариантом данной патологии. Выраженные астенические проявления с высокой истощаемостью.

утомляемостью приводили к резкому замедлению темпа работы, выполнению нормы выработки только на 80—85%, увеличению выпуска бракованной продукции на 5—6%. Вследствие доминирования в клинической картине данных расстройств патохарактерологических нарушений резко ухудшается и социально-психологическая адаптация этих лиц на производстве. Нарушение взаимоотношений с сослуживцами или администрацией, неудачи и неприятности на работе способствовали усилению астенических проявлений. Возникновение стойких конфликтных ситуаций, встречающихся наиболее часто у лиц с истерическим развитием, зачастую дестабилизировало психологический микроклимат в коллективах.

В целом уровень производственной дезадаптации лиц, страдающих невротическими расстройствами, зависит от характера клинической симптоматики, стадии развития заболевания и профессиональной принадлежности больных. Так, у лиц с астеническими и обсессивно-фобическими расстройствами в большей степени снижается профессиональная адаптация, что проявляется снижением количественных и качественных показателей их труда. У больных с истерической симптоматикой нарушены преимущественно социально-психологические механизмы приспособления на производстве, что в ряде случаев способствует дестабилизации психологического микроклимата в коллективе. В меньшей мере страдает трудовая адаптация у работников предприятия с начальными невротическими расстройствами, в большей — у лиц с невротическими развитиями личности. Инженерно-технические работники и служащие, страдающие невротическими расстройствами, дезадаптированы на производстве в большей степени, чем рабочие, особенно в социально-психологической сфере.

Таким образом, знание особенностей профессионального и социально-психологического приспособления больных с учетом их профессиональной принадлежности позволяет дифференцировать реабилитационные и психопрофилактические подходы, направленные на восстановление адаптации больных, предупреждение дальнейшего развития заболевания.

ПРОФИЛАКТИКА ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ

В «Основных направлениях развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года» указывается, что профилактическое направление является основополагающим принципом, идеологией охраны здоровья народа. Профилактика представляет комплекс мероприятий, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья людей, их творческого долголетия, устранение разнообразных причин заболеваний, улучшение условий труда, быта и отдыха населения. Одно из важнейших мест в профилактической медицине по праву занимают вопросы предупреждения нервно-психических заболеваний, направленные на охрану и укрепление психического здоровья людей, сохранение и приумножение интеллектуального потенциала нации. В результате учета значимости этой проблемы внимание отечественных психиатров все более привлекают вопросы разработки теоретических основ, методологических приемов и практических мероприятий в области психогигиены и психопрофилактики.

К настоящему времени в отечественной психиатрии сформировались основные концепции профилактики нервно-психической патологии. Так, Н. Е. Бачериков (1980) определяет психопрофилактику как совокупность мероприятий по предупреждению психических и психосоматических расстройств и как один из разделов профилактической медицины, в задачу которого входит охрана человека от психических заболеваний и их рецидивов, предупреждение возникновения умственного недоразвития, психопатий, неврозов и других нарушений психики, возникающих в результате поражения головного

мозга в различные возрастные периоды. В качестве основных задач психогигиены и психопрофилактики автор выделяет следующие:

1. Осуществление мероприятий по наиболее благоприятному использованию природных, климатических, медико-биологических факторов, оказывающих влияние преимущественно на биологические механизмы функционирования организма: предупреждение наследственной патологии (медико-генетическое консультирование); предотвращение действия промышленных и бытовых вредностей; своевременное и полноценное лечение соматических заболеваний; обеспечение правильной организации и благоприятных условий труда; разработка научно обоснованной системы профессионального отбора; своевременное осуществление реабилитационных мероприятий по отношению к переболевшим.

2. Обеспечение социально-психологической атмосферы во всех сферах быта и производственной деятельности: воспитание нравственных ценностей; обеспечение щадящего психологического микроклимата в быту и на производстве для переболевших; проведение психогигиенической подготовки населения, выработка толерантности к психически больным.

Большинство отечественных и зарубежных исследователей [Беляева И. И., 1973; Сливак Л. Г., 1976; Рохлин Л. Л., 1977; Ушаков Г. К., 1978; Ветков В. И., Андриевский Б. П., 1982; Astrup., 1956; Bartolucci, Drayer, 1973; Hankoff et al., 1974] считают, что психопрофилактика базируется на психогигиенических мероприятиях, вследствие чего разграничивать эти понятия можно только условно, так как укрепление психического здоровья путем организации надлежащей природной и социальной среды (главная цель психогигиены) невозможно без предупреждения психических болезней (главная цель психопрофилактики).

В психопрофилактике на производстве особенно важна интеграция психогигиены с психологией труда, в частности соблюдение принципов групповой совместности, так как физиологическая несовместимость способствует развитию утомления, нервно-психического перенапряжения, а психологическая — нарушению взаимопонимания, межличностных отношений. Медицинский аспект профилактики заключается в учете таких показате-

телей, как возрастно-половые особенности, индивидуальные черты психики, характер межличностных отношений в быту и на производстве. При этом необходимо дифференцированно осуществлять предупреждение трудового перенапряжения, устранение негативных психогенных влияний, бытовых и производственных факторов риска, диспансеризацию производственных коллективов, проведение оздоровительных мероприятий, лечебно-воспитательную коррекцию резидуальных явлений после перенесенных инфекционных, соматических заболеваний, травм черепа. В широком круге вопросов профилактики психических заболеваний особое место принадлежит проблеме предупреждения пограничных нервно-психических расстройств, являющихся, по выражению В. Н. Мясищева, «барометром общественного здоровья».

Одним из важнейших требований, предъявляемых к профилактике пограничных расстройств, а также критерием, определяющим ее эффективность, является дифференцированность превентивных мероприятий. Система профилактики должна быть направлена на конкретные социально-профессиональные группы населения с учетом специфики их труда и быта, наиболее характерных факторов, неблагоприятно влияющих на психическое здоровье, и т. п. В связи с этим мы решили более подробно остановиться на одном из наиболее актуальных аспектов проблемы — профилактике пограничных нервно-психических расстройств у работников промышленного производства.

5.1. Первичная профилактика пограничных состояний у работников промышленности

По мнению большинства отечественных и зарубежных исследователей [Снежневский А. В., 1975; Ушаков Г. К., 1978; Жариков Н. М., 1983; Post, 1965; Weitbrecht, Glatzel, 1979], первичная профилактика в психиатрии занимает еще весьма скромное положение вследствие недостаточной изученности этиологии и патогенеза психических заболеваний.

Возможности первичной профилактики пограничных нервно-психических расстройств, связанных в значите-

льной степени с действием факторов внешней среды, являются более предпочтительными. Учитывая приведенные ранее данные клинико-эпидемиологического обследования работников крупного промышленного предприятия, согласно которым более 80% всех выявленных больных страдают именно пограничными формами нервно-психической патологии, необходимость первичной психопрофилактики в условиях промышленных предприятий становится очевидной и дает основание прогнозировать ее эффективность в деле охраны психического здоровья работающих.

Следует заметить, что, несмотря на продолжающееся совершенствование промышленной медицины, дифференциацию и приближение к производству различных видов специализированной медицинской помощи, вопросам психопрофилактики все еще уделяется незаслуженно малое внимание даже на предприятиях, имеющих свои крупные медицинские подразделения (МСЧ, поликлиники, профилактории). В значительной степени это обусловлено отсутствием в их структуре тех или иных организационных форм психопрофилактической помощи, квалифицированных специалистов (психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов), способных на современном научно-методическом уровне решать вопросы предупреждения нервно-психических расстройств у работников промышленности.

С учетом всех этих факторов нами была предпринята попытка разработать систему мероприятий по первичной профилактике пограничных нервно-психических расстройств в условиях крупного промышленного предприятия. В своей деятельности мы опирались на принятое в советской медицине положение о том, что первичная психопрофилактика является делом не только и даже не столько медиков, сколько администрации, общественных организаций, семьи [Потапов А. И., 1983]. Исходя из этого, эффективность профилактических мероприятий определяется комплексностью, хорошо налаженным взаимодействием администрации и общественных организаций предприятия, врачей общемедицинской службы, психиатров, психологов, социологов, гигиенистов.

Основная цель первичной профилактики пограничных состояний на крупном промышленном предприятии сос-

тоит в разработке и осуществлении мер по сохранению и укреплению психического здоровья работающих. Методологическим базисом первичной профилактики является психогигиена, соблюдение принципов которой составляет суть превентивных мероприятий. В качестве первой и одной из основополагающих задач первичной профилактики пограничных расстройств на производстве выступает совершенствование психогигиенической санитарно-просветительной работы. Как показывает наш опыт, если санитарно-просветительная работа, направленная на повышение общего уровня гигиенической культуры работников промышленных предприятий, проводится с большей или меньшей эффективностью, то вопросам психогигиенического воспитания и просвещения уделяется незаслуженно мало внимания.

Нам представляется целесообразным проводить психогигиеническую санитарно-просветительную работу на промышленном предприятии на трех организационных уровнях: популяционном, групповом и индивидуальном. Популяционный уровень является наиболее массовым и охватывает всех работников предприятия. Для этого используются, в первую очередь, средства массовой информации (заводская радиосеть, многотиражная газета), выступления в которых преследуют цели психогигиенического просвещения, формирования психологических установок на здоровый образ жизни, борьбу с вредными привычками. В таких выступлениях приводятся самые необходимые сведения о нормах и правилах психогигиены на производстве, в быту, в семье, причинах развития пограничных нервно-психических расстройств и путях их предупреждения. Особое внимание уделяется такому аспекту проблемы, как отношение к собственному здоровью. Принципиально важным является то, что информация подается не абстрагированно, а в тесной связи с конкретными для данного производства условиями, спецификой его деятельности, что существенно повышает интерес работников предприятия, а следовательно, и результативность психогигиенической пропаганды. Другой важной формой психогигиенической работы на популяционном уровне может быть проведение специальных «Дней здоровья» (в данном случае имеются в виду вопросы психического здоровья). Такие мероприятия проходят 2—3 раза в год с актив-

ным участием профсоюзной организации завода, предварительным оповещением в печати общественности и всех работающих. В проведении «Дней здоровья» принимают участие специалисты в области психиатрии, выступающие непосредственно в цехах, отделах, лабораториях завода по вопросам профилактики пограничных расстройств, укрепления психического здоровья работающих. Темы лекций и бесед подбираются дифференцированно с учетом эпидемиологической картины состояния психического здоровья работников конкретных производственных подразделений, психологического микроклимата и прочих факторов. Наш опыт показывает, что живое общение со специалистами, пришедшими в цех, на рабочее место, повышает активность и заинтересованность аудитории, вызывает множество вопросов и повышает эффект доходчивости психогигиенической санитарно-просветительной информации. Определенный вклад в популяционный уровень психогигиенической просветительной работы оказывают и более традиционные формы, такие как тематические стенды, санитарные бюллетени, памятки. Необходимыми условиями этого аспекта работы являются доступность материала, яркость и образность формы, регулярность выпуска.

Групповой уровень психогигиенических санитарно-просветительных мероприятий охватывает работников отдельных производственных подразделений завода. Его спецификой является возможность более дифференцированной психогигиенической работы с учетом знания конкретных условий деятельности различных профессиональных групп работников предприятия. Естественно, этот вид психогигиенического просвещения базируется на фундаменте мероприятий популяционного уровня. Основной формой психогигиенической работы на групповом уровне является проведение бесед в отдельных производственных подразделениях предприятия, позволяющих акцентировать внимание работающих на предупреждении тех неблагоприятных в отношении психического здоровья факторов, которые наиболее значимы именно для их профессиональной деятельности.

Другой формой является проведение бесед с группами здоровых в психическом отношении лиц, у кото-

рых выявлены (в результате психопрофилактических осмотров) те или иные факторы риска возникновения нервно-психических расстройств. Эффективность и доходчивость этой психопрофилактически ориентированной информации зачастую повышаются при проведении групповой беседы, имеющей некоторые компоненты, взятые из арсенала групповой психотерапии. В еще большей степени актуальны такие беседы с группами работников, страдающих одинаковыми или сходными по своим проявлениям нервно-психическими расстройствами.

Третьим уровнем психогигиенической санитарно-просветительной работы является индивидуальный, предусматривающий воздействие на отдельных работников предприятия. Данный уровень предполагает дальнейшую индивидуализацию психогигиенического просвещения, учитывающую не только специфику производственной деятельности, но и личностные особенности работающих. В рамках этого уровня проводятся индивидуальные собеседования как с лицами, имеющими факторы риска развития пограничных состояний, так и страдающими данными заболеваниями. Особое значение придается проведению индивидуальных бесед с руководителями отдельных производственных служб, что позволяет повысить уровень психогигиенических знаний руководителя, сосредоточить его внимание на «узких» (в психогигиеническом аспекте) местах деятельности его подразделения. В целом можно смело утверждать, что регулярная, целенаправленная, многоуровневая психологическая санитарно-просветительная работа на производстве является необходимой основой для осуществления первичной психопрофилактики, что подтверждается и нашим опытом.

Следующим компонентом первичной психопрофилактики на промышленном производстве следует считать разработку психогигиенически обоснованных рекомендаций по рациональной организации трудовых процессов работников различных профессиональных групп предприятия с последующим ознакомлением с данными рекомендациями руководства и общественности завода. В этом разделе профилактической работы в максимальной степени отражается взаимодействие медиков и производственников, так как устранение тех или

нных неблагоприятных для психического здоровья работающих факторов возможно лишь совместными усилиями. Не останавливаясь подробно на самих производственных факторах риска возникновения нервно-психической патологии, достаточно подробно описанных в предыдущих главах (нарушения в организации производственного процесса, недостаточная ритмичность работы, монотонность и гиподинамия на конвейере, некоторые физические факторы), следует отметить, что информированность по этим вопросам руководства позволяет разработать и осуществить целый ряд производственных мероприятий, направленных на предупреждение или устранение указанных причин. Особое внимание в совместной профилактической работе на предприятии должно уделяться формированию благоприятного психологического микроклимата в отдельных производственных подразделениях. Причем в большей степени это касается отделов заводоуправления, инженерно-технических служб, то есть профессиональных категорий служащих и ИТР, среди которых, как было показано выше, в ряду неблагоприятных для психического здоровья факторов наиболее высок удельный вес причин, характеризующихся нарушениями межличностных взаимоотношений. Руководство этих подразделений знакомится с основами психопедагогики, социальной психологии; при этом намечается основная линия поведения руководителя, обращается внимание на тактику интерперсональных отношений. Проводятся беседы в коллективах с неблагоприятным психологическим микроклиматом, направленные на его улучшение.

Следующим звеном первичной психопрофилактики на производстве является, по нашему опыту, обучение работающих навыкам психологической саморегуляции, в особенности актуальное для лиц, занятых напряженным, связанным с нервно-эмоциональными перегрузками трудом (руководители служб и подразделений, работники конвейера, операторы). К данному звену первичной психопрофилактики на производстве непосредственно примыкает работа по психотерапевтической коррекции вредных привычек и ошибочных (в отношении собственного здоровья) установок у работников предприятия. В этом разделе работы тесно смыкаются психогигиеническое просвещение, пропаганда здорово-

го образа жизни, психотерапевтически выверенное разубеждение, активная наступательная позиция в отношении пьянства, курения, беспорядочного режима труда и отдыха и т. п. Перспективной формой первичной психопрофилактики в условиях промышленного производства является система массовой эмоциональной разгрузки рабочих, разработанная и апробированная нами на нескольких предприятиях. Основная цель данной методики заключается в повышении работоспособности и предупреждении переутомления у работающих путем снятия эмоционального и физического напряжения в условиях, максимально приближенных к производству. В качестве задач эмоциональной разгрузки определены: повышение устойчивости нервно-психических процессов в условиях монотонного труда и гиподинамии; улучшение концентрации внимания на выполняемых производственных операциях; обеспечение более быстрой переключаемости с ритма труда на ритм отдыха и в обратной последовательности; обучение работающих навыкам психологической саморегуляции. Эмоциональная разгрузка проводится в специально оборудованных кабинетах, расположенных в непосредственной близости от основных производственных подразделений предприятия. В структурном отношении эмоциональная разгрузка проводится в форме цикла, включающего 20 ежедневных сеансов (4 пятидневки), продолжительностью по 10 минут каждый. В цикл эмоциональной разгрузки, проводимой врачом-психотерапевтом, входят компоненты мышечной и психической релаксации, аутотренинга, ауто- и гетеросуггестии с использованием специального подбора музыкальных произведений (седативного и тонизирующего характера) и легких гимнастических упражнений.

Учитывая значительную предрасполагающую роль астенизации нервной системы, зачастую вызванной переутомлением, в возникновении и развитии пограничных расстройств, проведение массовых курсов эмоциональной разгрузки имеет первично-психопрофилактическое значение, влияя на одно из звеньев механизма психопатологических нарушений. Уделяя особое внимание производственным аспектам первичной психопрофилактики на промышленных предприятиях, не следует забывать и о важнейшей роли семьи, внутрисемейных от-

ношений как фактора, позитивно либо, напротив, негативно влияющего на психическое здоровье. Данному аспекту должно уделяться большое место во всей психогигиенической санитарно-просветительной работе как на популяционном, так и на прочих уровнях ее проведения.

Резюмируя основные направления первичной профилактики пограничных нервно-психических расстройств в условиях промышленных предприятий, ориентированной на сохранение и укрепление психического здоровья работников промышленности, следует еще раз выделить наиболее главные из них: психогигиеническое просвещение и воспитание; рекомендации по рациональной организации и индивидуальной оптимизации условий труда работников различных профессиональных групп (квалифицированные рабочие, служащие, инженерно-технические работники, вспомогательные рабочие) с учетом специфики их производственной деятельности; рекомендации по рациональной организации быта и отдыха работающих; формирование благоприятного психологического микроклимата в производственных подразделениях; превентивные меры в отношении производственных микросоциальных конфликтов; устранение производственных факторов, способствующих развитию пограничных расстройств; проведение массовых оздоровительных курсов эмоциональной разгрузки; обучение работающих навыкам психологической саморегуляции; психотерапевтическая коррекция вредных привычек (алкоголизация, курение); формирование у работающих сознательного отношения к собственному здоровью.

В заключение необходимо еще раз подчеркнуть, что непременным условием эффективности первичной психопрофилактики на производстве является ее комплексность, предполагающая кооперирование сил, средств и возможностей руководства и общественных организаций предприятий, врачей общесоматического профиля традиционных промышленных лечебно-профилактических учреждений и специалистов в области психиатрии. При этом основной задачей психиатров является разработка психопрофилактических мероприятий, методики и принципов их осуществления, координация всех психопрофилактических программ, участие в их проведении.

Вопросы непосредственной организации первичной психопрофилактики на производстве, связанные с решением целого ряда производственных, технологических, микросоциальных, культурно-бытовых проблем, являются прерогативой администрации, партийной, профсоюзной и комсомольской организаций завода, актива цехов и лабораторий, общественности, работающих в едином комплексе с медиками по внедрению психогигиенических и психопрофилактических предложений.

5.2. Вторичная профилактика пограничных состояний у работников промышленности

Значение вторичной профилактики пограничных нервно-психических расстройств в условиях промышленного производства обусловлено комплексом причин. Во-первых, данная полиморфная в клиническом отношении группа, включающая лиц, страдающих невротическими расстройствами, психопатиями, неврозо- и психопатоподобными расстройствами резидуально-органической и соматогенной природы, составляет более 80% всех случаев нервно-психических заболеваний, выявленных в результате сплошного клинико-эпидемиологического обследования работников предприятия. Во-вторых, лица, страдающие данными видами пограничной нервно-психической патологии, с одной стороны, традиционно не попадают в поле зрения психиатров диспансеров и больниц, с другой стороны, не могут получить адекватную эффективную помощь в учреждениях общемедицинской сети. В-третьих, работники предприятия, страдающие даже начальными стадиями пограничных расстройств, испытывают социально-профессиональную дезадаптацию, влияющую не только на их самочувствие, но и на производственные возможности, что приводит к снижению работоспособности, появлению брака в работе, микросоциальным производственным конфликтам, оказывающим негативное влияние на деятельность всего предприятия. В-четвертых, как показывает опыт нашей работы, раннее выявление и своевременная психопрофилактическая помощь данному контингенту больных позволяют в оптимально сжатые сроки, без отрыва от работы, с максимальной эффек-

тивностью предупреждать утяжеление и фиксацию психопатологической симптоматики, дальнейшее прогрессирование заболевания, добиваться выздоровления или стойкого клинического улучшения. В-пятых, клиническая специфика пограничных нервно-психических расстройств у работников предприятия, особенности их социального и трудового статуса требуют особых нетрадиционных форм психопрофилактической, терапевтической и реабилитационной помощи, максимально приближенной к производству, общемедицинской сети, не связанных с постановкой на психиатрический диспансерный учет.

Таким образом, профилактические и реабилитационные мероприятия в отношении работников промышленности, страдающих пограничной нервно-психической патологией, заслуживают особого внимания психиатров и требуют поиска наиболее эффективных путей их осуществления.

Первичным звеном данного аспекта психопрофилактики является раннее выявление больных с пограничными расстройствами. Оптимальным, с нашей точки зрения, методом раннего выявления может служить проведение сплошных психопрофилактических обследований всех работающих, осуществляемое совместно с врачами общемедицинской практики в рамках комплексной диспансеризации работников промышленных предприятий. Такие обследования базируются на анкетном скрининге работающих, позволяющем выделить лиц с подозрением на наличие нервно-психических нарушений, с последующим проведением амбулаторного клинико-психиатрического обследования. Достоинством сплошного метода является максимальная полнота раннего выявления больных пограничными расстройствами, а необходимым условием — наличие специализированной психопрофилактической службы на предприятии, о которой более подробно будет сказано далее.

Другим путем раннего выявления лиц, страдающих нервно-психическими расстройствами, может быть регулярное проведение выборочных психопрофилактических осмотров определенных групп работников предприятия. Согласно данным проведенного нами клинико-эпидемиологического исследования к числу таковых должны быть отнесены: рабочие конвейерного производства; ин-

женерно-технические работники; служащие; лица, работающие в условиях профессиональных вредностей; работники предприятия, труд которых связан с постоянным психоэмоциональным напряжением (операторы, руководители производственных подразделений). Кроме того, в этот круг входит категория «часто и длительно болеющих» работников предприятия, постоянно наблюдающихся у врачей-интернистов заводской поликлиники.

Более предпочтительным, по нашему опыту, является метод сплошных психопрофилактических обследований работающих, но и выборочный метод, ориентированный на конкретные группы работников промышленности, позволяет достаточно эффективно осуществлять раннее выявление лиц, страдающих пограничными расстройствами.

Особое значение при любом методе раннего выявления нервно-психических нарушений имеет первичный скрининг работающих, который, с одной стороны, должен быть максимально информативным, с другой стороны, доступным для обследуемых и не требующим привлечения больших сил квалифицированных специалистов. Нами разработана и апробирована специальная методика первичного доклинического скрининга, основной целью которой является определение наиболее информативной совокупности факторов для распознавания больных нервно-психическими расстройствами. Данная задача решалась с помощью алгоритма распознавания образов логико-математического типа [Лещинский Б. С., 1983], обеспечивающего правильное распознавание больных и здоровых в психическом отношении лиц в 85,5% случаев. В результате проведенной работы были выделены следующие наиболее информативные признаки: пол, возраст, длительность проживания в Сибири, особенности жилищных условий, семейное положение, количество совместно проживающих членов семьи, характер взаимоотношений в семье, характер профессиональной деятельности, график работы, характер взаимоотношений с руководством, наличие трудностей в межличностных контактах, отношение к заработной плате, особенности воспитания в детстве, взаимоотношения между родителями в период совместного проживания, наличие невротических эпизодов в анамнезе, наличие экзо-

генных вредностей периода онтогенеза, характер приспособительных (по МКБ-9) реакций на производственные и бытовые психотравмирующие ситуации.

Логико-математический анализ показал, что часть из этих признаков встречается только у лиц, страдающих пограничными нервно-психическими расстройствами. В частности, воспитание по типу гипоопеки, неровные взаимоотношения в семье, невротические эпизоды в анамнезе, перенесенные экзогенные вредности, неадекватные приспособительные реакции на производственные и бытовые психотравмирующие ситуации, неудовлетворительные отношения в семье и на производстве можно с известной мерой условности отнести к специфическим «факторам риска». В то же время совокупности таких признаков, как удовлетворительные отношения с сослуживцами, адекватные реакции на психотравмирующие обстоятельства, отсутствие невротических эпизодов и экзогенных вредностей в анамнезе, ровное воспитание в родительской семье можно расценивать как своего рода «факторы резистентности».

Таким образом, оказалось возможным выделить информативную совокупность факторов, обеспечивающих распознавание лиц, страдающих пограничными расстройствами, разработать компактную анкету первичного доклинического скрининга работников промышленных предприятий, позволяющую определять группы лиц, нуждающихся в клинко-психиатрическом осмотре.

С учетом особенностей возникновения пограничных состояний, их клинической специфики, зависимости от воздействия факторов внешней, в том числе производственной среды, возможности раннего выявления этих расстройств ведущее место в их вторичной профилактике занимают методы психотерапевтического воздействия. Так, в начальных стадиях неврозов (инициальные невротические расстройства) психотерапевтические методы воздействия не только наиболее эффективны, но и являются практически единственной формой адекватной специализированной помощи больным. При невротических состояниях и развитиях, психопатиях психотерапия сохраняет свое ведущее значение, но требует присоединения дополнительных медикаментозных (транквилизаторы, витамины, общеукрепляющие средства, корректоры поведения) и физиотерапевтических воздей-

ствий. Реабилитация больных пограничными расстройствами резидуально-органического генеза предполагает использование методов психотерапии в совокупности с периодически проводимыми курсами дегидратационной и рассасывающей терапии, симптоматическим лечением психотропными и общесоматическими препаратами.

Следует отметить, что наиболее широко применяемыми методиками в практике оказания психотерапевтической помощи работникам изучаемого предприятия стали рациональная психотерапия и аутогенная тренировка. С помощью рациональной психотерапии становилось возможным изменить отношение большого к психотравмирующей ситуации, дезактуализировать ее значимость, выработать определенную стратегию поведения на будущее и др. Метод аутогенной тренировки имеет особое психопрофилактическое значение именно в условиях промышленного производства. Это обусловлено тем, что достигаемая путем самовнушения мышечная релаксация позволяет не только добиться необходимого психотерапевтического эффекта, но и способствует предупреждению переутомления, перенапряжения, астенизирующих нервную систему, особенно у работников предприятия, деятельность которых связана с гиподинамией, монотонностью трудовых процессов (конвейерное производство). Кроме того, аутогенная тренировка позволяет выработать необходимые в профилактике пограничных расстройств навыки психологической саморегуляции.

Достаточно перспективной в лечении больных пограничными нервно-психическими расстройствами показала себя разработанная нами модификация аутогенной тренировки с иглорефлексотерапией. Применение методов акупунктуры позволяет ускорить наступление мышечной релаксации, что, с одной стороны, приближает наступление терапевтического эффекта, с другой стороны, сокращает продолжительность психотерапевтического сеансов, это особенно важно в условиях промышленного производства, когда больные проходят лечение без отрыва от своей производственной деятельности. Помимо индивидуальной нами широко использовались методы групповой психотерапии, направленные на лечение больных со сходными клиническими формами пограничной нервно-психической патологии, работающих в

определенных профессиональных условиях. Психотерапевтическое воздействие на такие группы больных сочетало в себе элементы рациональной и суггестивной терапии, аутотренинга, сопровождалось специально подобранными комбинациями музыки и слайдов (стимулирующего и седативного характера).

Значительное внимание в реабилитации работников предприятия, страдающих пограничными нервно-психическими расстройствами, уделялось семейной психотерапии. Для этого приглашались родственники больных, которым предлагалось урегулировать нарушенные семейные взаимоотношения, а в некоторых случаях и создать шадящую психологическую атмосферу в семье. Значение семейной психотерапии возрастает в связи со значительным удельным весом причин семейно-бытового характера в генезе пограничных расстройств. Кроме того, наши наблюдения показывают, что в семьях с благоприятным психологическим микроклиматом компенсируется влияние психогенно травмирующих факторов, связанных с производственной сферой жизни работающих.

Психотерапевтические методы внушения и самовнушения применялись нами несколько реже, в основном при наличии у больных истерической или истериформной симптоматики, при которой они наиболее эффективны. Следует отметить, что суггестия проводилась, как правило, в состоянии бодрствования, так как использование методов гипнотерапии в настоящее время клинически более ограничено. Таким образом, в комплексной реабилитации лиц, страдающих пограничными формами нервно-психических расстройств, ведущее место занимают разнообразные психотерапевтические методы воздействия, применяемые в совокупности с медикаментозными, физиотерапевтическими средствами.

Непременным условием эффективности профилактических и реабилитационных мероприятий в отношении работников предприятия, страдающих пограничными расстройствами, является индивидуализация и дифференциация программ с учетом не только клиники заболевания, но и профессиональной принадлежности больных, условий их труда, особенностей психологического микроклимата в производственном подразделении. Все это требует активной работы психиатра в цехах и отде-

лах предприятия, наличия деловых контактов с руководством, хорошего знания специфики производства и производственных отношений.

Важное место в профилактике и реабилитации работников предприятия, страдающих пограничными состояниями, занимают разработанные нами программы, осуществляемые в заводском профилактории. В каждом оздоровительном сезоне, независимо от его клинической профилизации, выделялось определенное число мест для лиц, страдающих пограничными расстройствами. Формирование групп и разработка дифференцированных профилактических программ осуществляются врачом-психиатром, им же контролируется состояние больных при систематическом (не реже одного раза в неделю) посещении профилактория. К достоинствам психопрофилактических оздоровительных программ, осуществляемых в заводском профилактории, можно отнести, в первую очередь, оптимальные условия для переключения больных с напряженного ритма производственной деятельности, отвлечения от психотравмирующей ситуации на спокойный или тонизирующий режим активного отдыха. Кроме того, в профилактории есть возможность проводить полноценное психотерапевтическое и физиотерапевтическое лечение, рационально организовать режим труда, отдыха и питания больных.

По клиническим показаниям в профилакторий направлялись работники предприятия с различными формами невротических и неврозоподобных расстройств. Так, при инициальных стадиях пограничных состояний реабилитацию больных зачастую целесообразно начинать непосредственно в профилактории. При более тяжелых формах расстройств профилакторий использовался как этап постепенной реабилитации после проведенного амбулаторного или стационарного лечения. Весенние и осенние сезоны использовались преимущественно для лечения работников предприятия, страдающих резидуально-органическими и соматогенно обусловленными пограничными расстройствами, с учетом сезонного характера обострений этих заболеваний. Для некоторых категорий больных пограничными нервно-психическими расстройствами, нуждающихся в оздоровлении с акцентом на стимуляцию их психической деятельности, эффективными показали себя профилак-

тические программы. С участием врача по лечебной физкультуре нами были сформированы группы, включающие больных пограничными состояниями, в клинической картине которых преобладали вялость, общее снижение психической активности, сниженный фон настроения.

Опыт нашей работы показал, что подключение лечебной физкультуры в различных ее модификациях (от легких гимнастических упражнений до ритмической гимнастики — аэробики) позволяет активизировать больных, отвлечь их от круга психотравмирующих проблем, повысить адаптационные возможности нервной системы.

Резюмируя приведенные сведения, следует отметить, что больные, страдающие пограничными формами нервно-психической патологии, нуждаются в особых (нетрадиционных) формах профилактической и реабилитационной помощи. К ним относятся динамическое наблюдение (без постановки на официальный психиатрический диспансерный учет) в условиях специализированных психопрофилактических служб; профилактическое лечение с акцентом на методы психотерапевтического воздействия; проведение широкого круга общеоздоровительных мероприятий, включающих лечебную физкультуру, прохождение психопрофилактических курсов в санаториях-профилакториях; укрепление общесоматического состояния здоровья.

Структура нетрудоспособности
при различных пограничных состояниях

НОВЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПОГРАНИЧНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

6.1. Принципы организации внедиспансерной психиатрической помощи

Начатая в стране работа по перестройке здравоохранения в значительной степени касается и вопросов оптимизации психиатрической помощи населению. Утвержденное в 1988 г. Указом Президиума Верховного Совета СССР «Положение об условиях и порядке оказания психиатрической помощи» внесло существенные изменения по многим правовым и организационным аспектам этой проблемы. В частности пересмотрены некоторые принципы диспансерного учета и наблюдения психически больных, расширены их права и возможности в обществе, более жестко регламентирована ответственность врачей-психиатров, упорядочены формы работы психиатрических учреждений. В то же время собственно медицинские аспекты оптимизации психиатрической помощи остаются еще недостаточно разработанными, требуют современного осмысления, научного анализа, направленных на профилактическую переориентацию психиатрии, приведение ее в соответствие с требованиями сегодняшнего дня.

Социальная значимость ранней реабилитации и организации системы профилактики пограничных состояний, особенно для районов с повышенным риском возникновения дезадаптационных реакций (зоны высокого уровня миграции и интенсивного промышленного освоения, прежде всего БАМ, КАТЭК, север Томской и Тюменской областей) определяется их влиянием на трудоспособность больных. По данным наших сотрудников [Судаков В. Н., Якутенок Л. П., Плешаков В. И., Нохрина Л. Я., 1985—1988], число дней нетрудоспособности в году (табл. 11) растет в направлении от неврозов и психопатий (соответственно 23,6 и 33,5) к невротическим и патологическим развитиям (соответственно

Вид нетрудоспособности	Неврозы (100)	Психопатии (100)	Невротические развития (100)	Патологические развития (574)
Общая нетрудоспособность	23,6±2,1	35,5±4,2	55,2±4,6	98,2±8,6
Амбулаторная нетрудоспособность	20,1±1,6	2,1±1,3	2,0±1,5	63,2±1,6
Стационарная нетрудоспособность	3,5±0,6	33,4±0,8	53,2±3,7	35,0±1,2
Амбулаторная нетрудоспособность психиатрическая	1,8±0,1	2,1±1,3	0,1±0,1	12,8±3,5
Амбулаторная нетрудоспособность соматическая	18,3±1,2	0	1,9±1,3	50,4±2,7
Стационарная нетрудоспособность психиатрическая	0	33,2±2,6	28,1±3,1	12,3±1,8
Стационарная нетрудоспособность соматическая	3,5±0,6	0,2±0,8	25,1±4,3	22,7±0,9

ческим и патологическим развитиям (соответственно 55,2 и 98,2).

Следует особо подчеркнуть, что основная часть потери трудоспособности (прежде всего в третьей и четвертой группах) приходится на долю амбулаторного и стационарного лечения в учреждениях общесоматического профиля. Причем основными причинами лечения у специалистов общесоматической сети являлись психосоматические, конверсионные и нейросоматические расстройства: отсутствие патогенетической терапии, безрезультатность предпринимаемых лечебных вмешательств обуславливали своеобразный «дрейф» этого контингента

больных по различным лечебно-профилактическим учреждениям.

С целью организации клинико-эпидемиологических, лечебно-диагностических, социально-гигиенических исследований в области пограничных состояний обоснована необходимость дифференцированной, квалифицированной помощи лицам, страдающим ПНПР. Существует большое количество доводов в пользу совершенствования такой специализированной помощи, основные из которых были приведены нами ранее [Семке В. Я. с соавт., 1982; Семке В. Я., 1984; Положий Б. С., 1985].

Во-первых, пограничные больные традиционно остаются на втором плане деятельности участковых врачей-психиатров, нацеленных прежде всего на выявление больных с эндогенными психозами. В сложившейся ситуации больные с ПНПР остаются вне практической деятельности психиатров: так, по данным углубленных клинико-эпидемиологических исследований, число таких больных, обратившихся в психоневрологический диспансер, составляет от 4,8 [Положий Б. С., 1985] до 10% их реального количества [Ротштейн В. Г., 1984]. В этой связи больные с выраженными невротическими, нейровегетативными, нейросоматическими расстройствами, соматогенными и органическими субдепрессивными, ипохондрическими проявлениями пограничного и близкого к психопатическому уровню, дающие значительное число дней нетрудоспособности, выпадают из поля зрения психиатра. Они длительное время безрезультативно посещают узких специалистов общесоматической сети, причем, не получая квалифицированной помощи, прекращают работу либо выбирают простой вид труда (отсюда проблема «пограничных хроников»).

Во-вторых, больные с пограничными нервно-психическими расстройствами испытывают неприязнь к психиатрической «вывеске», к записи на прием к врачу-психиатру, пребыванию в общем потоке с психотическими больными. Необходимость постоянного общения с таким контингентом больных усугубляет негативное отношение к психиатрическому учреждению, не способствует осуществлению концепции «создания среды», пугает и отталкивает пациентов, сводит на нет терапевтические усилия врача. Сам факт обращения в психиатрическое учреждение (и это на сегодняшний день реаль-

ность) вызывает дополнительную психическую травматизацию, обусловленную вполне справедливым нежеланием причислять себя к психически больным, вызывает страх стигматизации («этикетирования» по М. М. Кабанову) — даже без постановки на диспансерный учет.

В-третьих, используемые прежде методы лечения проводятся изолированно, ограничиваясь амбулаторными возможностями. Темп поликлинического приема не позволяет глубоко понять психологию больного, обстоятельства его жизни, семейное и социальное окружение, создать атмосферу «партнерства» в лечении. Врач-психотерапевт, выполняющий «заказы» других специалистов, направляющих к нему больного на консультацию, в большинстве случаев не в состоянии найти индивидуальный подход к каждому больному.

В-четвертых, отсутствуют преемственность, этапность в лечении пограничных больных. Больные с тяжелыми, затяжными невротическими состояниями, соматогенными, «маскированными» депрессиями, продолжительными психопатическими декомпенсациями направляются в общий психиатрический стационар, что воспринимается ими весьма болезненно и усугубляет основную симптоматику. По этой причине больные настаивают на преждевременной выписке, прекращают последующий контакт с врачом.

В-пятых, сказывается отсутствие организационно-консультативного центра, который мог изучать вопросы частоты, распространенности пограничных состояний, причин и условий, способствующих их поддержанию, а также осуществлять высококвалифицированную диагностическую и терапевтическую работу с пограничными больными.

При существующей организационной системе говорить о раннем активном выявлении больных пограничными состояниями и тем более о профилактике этих заболеваний попросту нереально. Нельзя в этом отношении рассчитывать и на врачей общесоматической сети, включая и невропатологов, поскольку они не являются специалистами в области пограничной психиатрии. В результате всего этого больные с пограничными расстройствами становятся «ничьими», «трудными», «неясными» больными, совершают своего рода круизы по врачам всех специальностей, получают неадекватное, не приносящее эффекта лечение. Все это приводит к прог-

рессированию и хронизации болезни, временной нетрудоспособности, а в некоторых случаях и к инвалидизации. Таким образом, несовершенство существующей системы психиатрической помощи в отношении больных пограничными нервно-психическими расстройствами высокая. Распространенность этих заболеваний, достигающая 100—150 случаев на 1000 человек населения [Положий Б. С., 1985], а также новые задачи по диспансеризации населения и профилактической переориентации психиатрии требуют научно обоснованной реорганизации психиатрической службы с формированием такого ее звена, которое могло бы реально осуществлять психопрофилактическую и реабилитационную помощь больным пограничными состояниями.

Исходя из этого, представляется назревшей необходимостью создание нового внедиспансерного звена в структуре психиатрической службы страны. Оно должно стать первичным, базисным, образуя логическую цепь «внедиспансерная служба — диспансер — больница».

Внедиспансерное звено психиатрической службы призвано максимально приблизить психопрофилактическую работу и специализированную помощь больным пограничными нервно-психическими расстройствами к населению, его повседневной жизни и трудовой деятельности. Наиболее принципиальным моментом в организации внедиспансерной психиатрической службы является ее включение в структуру общесоматических лечебно-профилактических учреждений. Организационно это могут быть психиатрические (психогигиенические, психопрофилактические) кабинеты (отделения, комплексы) — названия можно уточнить с учетом деонтологических требований — в составе детских, территориальных и ведомственных поликлиник, медико-санитарных частей промышленных предприятий. Кроме того, возможно создание территориально отделенных от психиатрических диспансеров и больниц Центров пограничных состояний, Центров психического здоровья, работающих на региональном, областном (краевом) или городском уровнях.

Следует отметить, что включение внедиспансерного звена в структуру общемедицинской сети подразумевает в то же время его методическую подчиненность существующей психиатрической службе. Это обеспечивает преемственность и организационное единство всей систе-

мы психиатрической помощи. Выделение внедиспансерного звена является не механическим переносом тех или иных психиатрических структур в общемедицинскую сеть, а переходом на качественно новый уровень работы психиатров по охране психического здоровья населения. Это отражает также наметившуюся тенденцию сближения психиатрического и общесоматического разделов медицины и здравоохранения. Закрепление и «легализация» психиатра в общемедицинской сети имеет и большое психологическое значение. Обращение к врачу-психиатру перестает носить психотравмирующий, «компрометирующий» характер, что не только значительно улучшит раннее выявление больных, но и будет способствовать своего рода реабилитации понятия психиатрии в обществе, росту психогигиенической культуры населения.

Еще одним важным принципом деятельности внедиспансерной службы является то, что все виды помощи оказываются без постановки больного (имеются в виду, естественно, не все контингенты больных, о чем речь пойдет ниже) на психиатрический диспансерный учет. Это представляется очень важным не только в медицинском, но и в правовом отношении. Таким образом, термин «внедиспансерная» служба обусловлен как ее выделением из традиционной структуры психиатрических учреждений, так и основным принципом динамического учета и наблюдения больных.

Несмотря на весьма обширную литературу по проблемам охраны психического здоровья, по-прежнему недостаточно разработаны ее психогигиенические и психопрофилактические аспекты. Это касается как выраженных, затяжных форм психической патологии, так и ее ранних (донозологических) проявлений. Сложившаяся ситуация во многом объясняется явной неподготовленностью широких общественных кругов к открытой дискуссии по затрагиваемым вопросам. Об этом пишет известный эксперт ВОЗ Т. А. Ламбо: «Существует такое множество предупреждений, что нужно чуть ли не мужество, чтобы обсуждать проблемы психического здоровья одновременно и серьезно, и с чувством симпатии к человеку». В первую очередь следует иметь в виду сложность дифференциации «психического здоровья» и «психической болезни», наличие промежуточных яв-

Методы раннего предупреждения психодезадаптационных состояний

КОМПЛЕКСЫ		
ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ	ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ	ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ
Регуляция режима труда и отдыха	Купирование психоэмоционального напряжения	Адаптогены, актопротекторы
Психогигиенические рекомендации	Психофизиологическая тренировка	Психостимуляторы растительного происхождения
Активация социально-трудовой сферы	«Разрыхление» аномального стереотипа реагирования	Седативные средства растительной природы
Формирование «здорового» образа жизни	Курсовая «интенсивная» психотерапия	«Дневные» транквилизаторы
Коррекция межличностных отношений	Семейная психотерапия	Другие психотропные средства (антидепрессанты, ноотропы, «большие» транквилизаторы)

СОЧЕТАННЫЕ МЕТОДИКИ

ПТК+рефлексопрофилактика; ПТК+ПФК; ПТК+физиотерапия и др.
 никновение невротических расстройств при дистимическом варианте ПДАС.

Третья программа представляла собой присоединение к предыдущим мероприятиям воздействия физическими факторами (рефлексопрофилактика, гальванизация, электрофорез), регулировавшими психовегетативные функции: акупунктура применялась в точках с вегетативной активностью, через 5—7 сеансов до начала экстремального влияния; воздействие постоянным током осуществлялось по воротниковой паравертебральной методикам; методом гальванизации вводились средства спазмолитического спектра (папаверин, но-шпа и др.), а также биостимуляторы (экстракт алоэ). Оптимальным оказалось проведение рефлексопрофилактики и в случаях метеотропных нервно-психических отклонений.

Четвертая программа объединяла вышеперечисленные методики и использовалась при неблагоприятной (несмотря на проведение I—III профилактических комплексов) динамике ПДАС: присоединялись малые до-

лений, рассматриваемых нами в рамках «психоадаптационных-психодезадаптационных состояний».

Для успешного решения задач ранней диагностики и психопрофилактики ПДАС нами были разработаны и использованы следующие клинико-методологические принципы: системность в оценке состояния защитно-приспособительных реакций организма, предусматривающая наряду с объективной характеристикой ПДАС исследование личностной и реактивной тревожности, памяти, внимания, психомоторных соотношений, вегетативного тонуса; дифференцированность, указывавшая на необходимость интерпретации выявленных отклонений с учетом индивидуальных, популяционных, региональных и других экологических особенностей формирующейся нервно-психической патологии; индивидуально-прогностический подход, основанный на анализе «факторов риска» и структурно-динамических закономерностей возникновения и развития ПДАС.

Исходя из того, что дезадаптация в исследуемой популяции проявлялась преимущественно на донологическом уровне, мы разработали 5 программ профилактики этих состояний [Семке В. Я., Савиных А. Б., 1988]. В основу их были взяты психопрофилактический (ППК), психотерапевтический (ПТК) и психофармакологический (ПФК) комплексы в сочетании с адаптогенами растительного происхождения как компонента ПФК, а также рефлексопрофилактикой и физиотерапией (табл. 12).

Первая программа включала применение адаптогена (экстракт родиолы розовой): препарат получали лица, отмечавшие появление слабости при вахтовом методе труда, в ночное время, занятые операторской деятельностью со значительным физическим и эмоциональным напряжением. Низкие дозы (5—10 капель) устраняли психическую, а высокие (20—50 капель) — физическую астению при сроке приема 7—14 дней. Если экстремальные воздействия возобновлялись, то профилактика адаптогеном повторялась многие месяцы курсами по 30 дней, за 5—7 суток до начала стрессового фактора.

Вторая программа состояла из комплекса психотерапевтических методик: нивелировались психоэмоциональные отклонения, предупреждалось возможное воз-

зы «дневных» транквилизаторов (триоксазин, сибазон и др.), антидепрессантов.

Пятая программа реализовалась в стационарных условиях отделения пограничных состояний клиники НИИ психического здоровья ТНЦ АМН СССР в случаях недостаточной эффективности амбулаторных мероприятий. Это имело место у лиц со значительной отягощенностью «почвы». Профилактика основывалась на интенсивном применении ПТК при существенном расширении арсенала ПФК.

На основе результатов клинико-эпидемиологического и клинико-динамического исследований нами была предложена новая форма организации специализированной психопрофилактической помощи лицам с донозологическими и начальными проявлениями ПНПР, максимально приближенная к населению, расположенному в отдаленных и редконаселенных районах Севера. В частности, реализация психопрофилактических мероприятий осуществлялась медперсоналом промпредприятия на базе уже имеющихся звеньев практического здравоохранения (медпункт, профилакторий, поселковая больница, ЦРБ) при методическом содействии сотрудников НИИ психического здоровья. Это позволило в существенной мере предотвратить формирование ПНПР, повысить производительность труда, снизить количество дней нетрудоспособности в году за счет пограничных состояний, улучшить социально-психологический климат в коллективах.

В целом внедиспансерная служба, помимо ее эффективно лучших возможностей в отношении проведения психопрофилактических мероприятий и оказания помощи больным пограничными состояниями, может существенно улучшить выявление лиц, страдающих собственно психическими заболеваниями. Это связано с тем, что больные даже с клинически очерченной психотической симптоматикой (а также их родственники, сослуживцы) предпочитают первично обращаться не в психиатрические, а в общесоматические учреждения, где им не могут правильно квалифицировать имеющиеся расстройства, что препятствует своевременному распознаванию заболевания со всеми вытекающими отсюда последствиями. Наличие же психиатра в поликлинике или МСЧ будет способствовать улучшению выяв-

ления больных практически всеми формами нервно-психической патологии.

Еще одним достоинством внедиспансерного звена является возможность оказания комплексной терапевтической помощи больным психосоматическими заболеваниями (например, бронхиальной астмой, язвенной болезнью), осуществляемой совместно с терапевтами; выявления и лечения таких все более часто встречающихся расстройств, как соматизированная депрессия; участия в терапии разнообразных соматических болезней, протекающих с достаточно выраженными психическими нарушениями. Резюмируя изложенное, можно сформулировать основные функции внедиспансерного звена психиатрической службы. К ним относятся:

1. Организация, координация и проведение психогигиенической работы среди обслуживаемого контингента населения. Основные направления этой деятельности были подробно изложены в предыдущей главе.

2. Проведение массовых профилактических осмотров населения с использованием методов автоматизированного обследования, предварительной экспресс-диагностики. Здесь имеется в виду участие психиатров в комплексных программах диспансеризации населения, массовых профилактических осмотрах тех или иных социально-профессиональных групп (учащиеся школ, техникумов, ПТУ, студенты, работники промышленных предприятий и т. д.).

3. Активное выявление больных нервно-психическими заболеваниями и расстройствами, которое осуществляется за счет профилактических осмотров, самостоятельной обращаемости больных, приема лиц, направленных на консультацию врачами общесоматического профиля.

4. Динамическое (без постановки на психиатрический диспансерный учет) наблюдение и амбулаторное лечение больных пограничными нервно-психическими расстройствами. Это один из основных аспектов деятельности внедиспансерной службы. Он предусматривает прежде всего хорошую клиническую подготовку врача-психиатра в вопросах пограничной психиатрии и психотерапии. Другим необходимым условием является наличие адекватной материально-технической базы (спе-

циально оборудованное помещение с психотерапевтическим блоком, необходимая аппаратура и пр.).

Клиническими показаниями для наблюдения и лечения в условиях внедиспансерной психиатрической службы являются неврозы; непсихотические расстройства экзогенно-органического генеза с неврозо- и психопатоподобной симптоматикой; соматопсихические расстройства; психопатии, за исключением случаев с частыми, клинически выраженными декомпенсациями и тенденциями к антисоциальному поведению. Клиническими противопоказаниями для динамического наблюдения и лечения в условиях внедиспансерного звена психиатрической службы служат все формы психических заболеваний психотического регистра.

5. Консультативная работа по запросам врачей поликлиники (медико-санитарной части) и участие в реабилитации больных с психосоматическими и соматопсихическими расстройствами.

6. Направление в психиатрические диспансеры выявленных больных с психотическими формами психических заболеваний.

Таким образом, организация внедиспансерного звена психиатрической службы является перспективным и качественно новым этапом в ее развитии, позволяющим реально улучшить работу по охране психического здоровья населения, усилить ее профилактическую направленность, впервые создать действующую систему помощи больным пограничными нервно-психическими расстройствами, улучшить выявление больных с собственными психическими заболеваниями, расширить и дополнить возможности существующей психиатрической службы.

6.2. Характеристика организационных форм внедиспансерной психиатрической помощи

Проблема совершенствования специализированной помощи больным пограничными нервно-психическими расстройствами, во многом определяющая эффективность мероприятий по охране и укреплению психического здоровья населения, способствовала интенсивному созданию новых организационных форм психиатрической службы. Большинство из них носит эксперимента-

льный характер и не регламентировано какими-либо нормативными документами. Однако всех их объединяют общие тенденции внедиспансерного характера оказания специализированной помощи, характеризующиеся ее приближением к общемедицинской сети, профилактической направленностью деятельности, динамическим наблюдением больных без постановки на традиционный диспансерный учет. Вместе с тем новые организационные модели внедиспансерной психиатрической помощи отличаются значительным разнообразием, что дает в целом весьма пеструю картину. Это касается самых различных аспектов, начиная уже с названий таких служб. Среди них можно встретить «центры, кабинеты, отделения, отделы, консультации, комплексы» с определениями «психогигиенический, психопрофилактический, медико-психологический, психиатрический, медико-профилактический, охраны психического здоровья и т. п.». Не менее разнообразны и формы деятельности этих служб, их клиническая и штатная структура, организационные и методические подходы, ведомственная принадлежность, территориальная расположенность, наконец, критерии, определяющие контингенты больных, которые должны находиться в ведении внедиспансерного звена психиатрической службы.

Новые организационные формы внедиспансерной психиатрической помощи различаются между собой, что, естественно, затрудняет выбор какой-то одной оптимальной модели и принципов ее деятельности. Тем не менее, расценивая все эти формы как проявления интенсивных поисков, неординарных подходов к оптимизации психопрофилактической помощи населению, мы считаем, что все они вносят свой вклад в дело улучшения охраны психического здоровья людей. Более того, нельзя с уверенностью сказать, что в нашей столь разнообразной по климато-географическим, экономическим, микросоциальным условиям стране необходима какая-то одна организационная форма внедиспансерной психиатрической помощи. Скорее всего, они и должны быть разнообразными с учетом специфики различных регионов и социально-профессиональных групп населения. Более важен основной (внедиспансерный) принцип деятельности, объединяющий все эти службы.

Анализ литературы и собственный опыт позволили нам предпринять попытку систематизировать основные организационные формы внедиспансерной психиатрической помощи. Среди них можно выделить 2 основные группы:

1. Внедиспансерные службы, работающие по территориальному принципу. К ним относятся: региональный Центр пограничных состояний [Семке В. Я., 1986]; краевой (областной) Центр пограничных состояний [Семке В. Я., 1980]; психиатрические кабинеты (отделения) в общесоматических поликлиниках [Гурович И. Я., 1978; Козырев В. Н., Смулевич А. Б., 1982; Александровский Ю. А., Гетраков Б. Д., 1985]; кустовые психодиагностические кабинеты [Судаков В. Н., 1987].

2. Внедиспансерные службы, работающие по популяционному принципу. Сюда вошли специализированные службы охраны психического здоровья работников крупных промышленных предприятий [Положий Б. С., 1985; Александровский Ю. А., Петраков Б. Д., 1986]; психогигиеническая служба для студентов [Красик Е. Д., Положий Б. С., 1987]; психогигиеническая служба для учащихся профессионально-технических училищ [Красик Е. Д., Петров М. И., 1987; Басалаева Л. А., 1986]; психогигиенические службы для работников различных отраслей промышленности — нефтяной [Балашов П. П., 1987], химической [Царик Г. Н., 1984; Боев И. В., 1986; Цай Л. В., 1985—1987], угольной [Табачников С. И., 1982], лесной [Семке В. Я., Судаков В. Н., 1987], местной [Зиньковский А. К., 1984], электротехнической [Абрамов В. А., 1988; Положий Б. С., Запускалов С. В., 1989]; психогигиенические службы для работников автотранспортных предприятий [Темноев Д. Ч., 1986]; психогигиенические службы для моряков [Курако Ю. Л., 1987].

А. Краевой (областной) Центр пограничных состояний

С целью совершенствования специализированной медицинской помощи больным с пограничной нервно-психической патологией нами была разработана модель Центра пограничных состояний (ЦПС), оправдавшая себя в условиях Алтайского края [Семке В. Я., 1980;

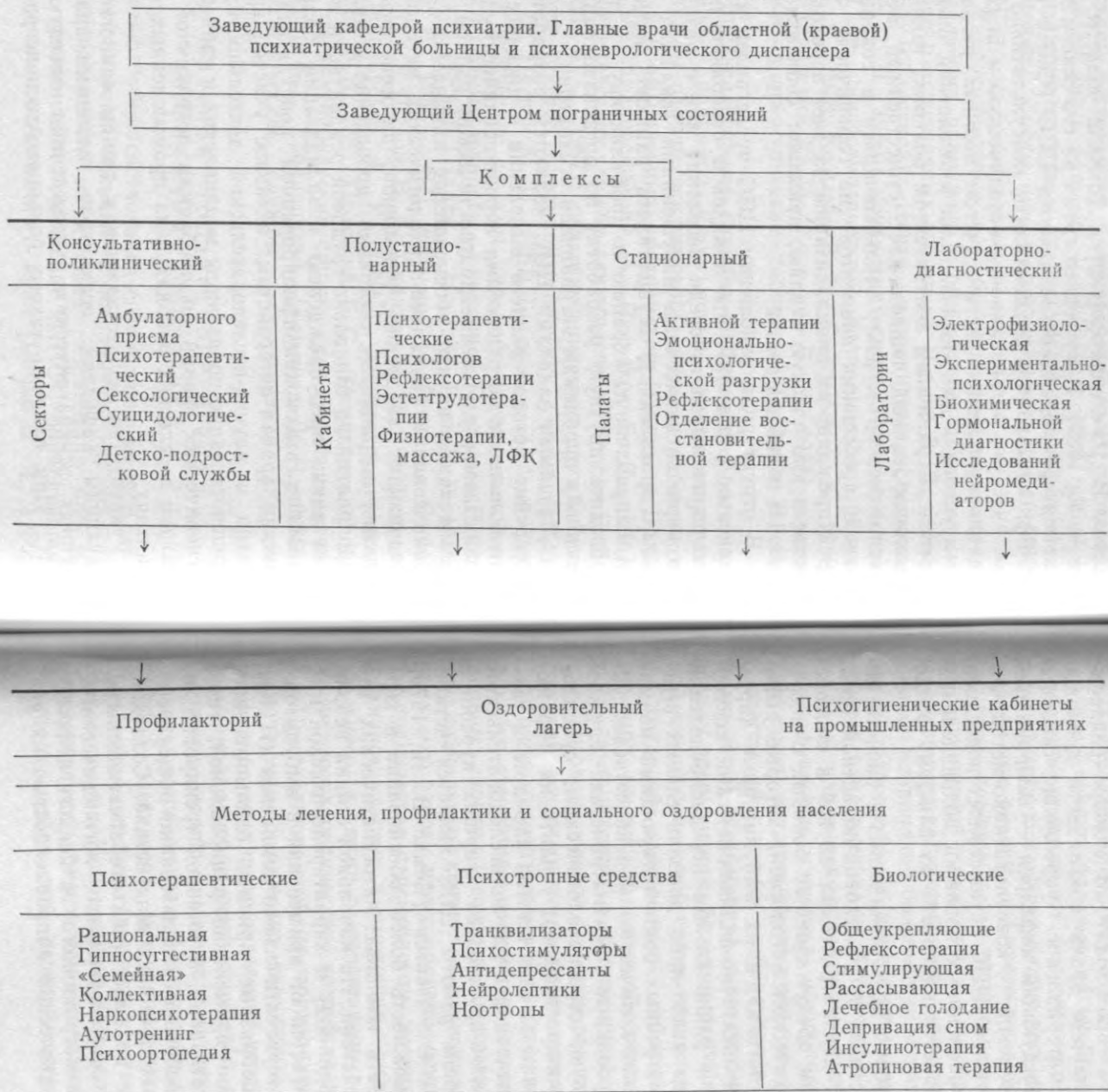
Семке В. Я. с соавт., 1982] и Томской области [Семке В. Я., 1984]. В последнее время на его основе разрабатывается модель регионального ЦПС [Семке В. Я., 1987], призванного осуществлять консультативно-диагностическую, организационно-методическую и психокоррекционную деятельность с учетом местных, региональных условий. Как показал наш многолетний опыт работы с пограничным контингентом больных, такой специализированный подход дает существенный медико-экономический эффект, заключающийся в сокращении сроков пребывания пациентов на больничном листе, предупреждает их инвалидизацию за счет перехода болезни в хроническую стадию, повышает социально-трудовой и семейный статус.

В структурном отношении ЦПС представлен 4 комплексами (табл. 13). Эти комплексы позволяют наиболее полно выявлять среди населения лиц с различными нервно-психическими нарушениями (включая начальные проявления), осуществлять раннюю диагностику, направленную терапию и профилактику, а также проводить научную разработку по организационным и лечебным проблемам пограничной психиатрии.

Основными задачами ЦПС являются разработка и внедрение методов раннего выявления и диспансеризации больных с пограничными нервно-психическими расстройствами; улучшение диагностической работы с использованием научно обоснованных клинических, пре-клинических и социально-психологических методов обследования; внедрение принципов патогенетического лечения пограничных состояний; проведение комплекса мероприятий по социально-трудовой реадaptации и реабилитации, предупреждению инвалидизации больных; оказание высококвалифицированной консультативной помощи врачам-интернистам; активное участие врачей центра в научно-исследовательской деятельности; совершенствование пропаганды медицинских и санитарно-гигиенических знаний по проблемам пограничной психиатрии в сельских районах и на промышленных предприятиях.

Руководство осуществляется в тесном единстве ведущим кафедрой психиатрии, главными врачами крупных психиатрических учреждений, заведующим ЦПС. При наличии такого больнично-диспансерно-ка-

Модель структуры областного (краевого) центра
по оказанию специализированной помощи больным с пограничными состояниями



федерального совета происходит отчетливое распределение функций: главные врачи больницы и диспансера обеспечивают материальное укрепление основных звеньев центра, заведующий кафедрой — координацию научно-исследовательской, консультативно-методической работы, заведующий ЦПС осуществляет повседневную работу по управлению основными подразделениями центра, отчитывается на совете по каждому разделу деятельности.

Организация работы ЦПС начинается с расчета необходимого числа ставок от участковой областной (краевой) и городской психиатрических служб в соответствии с количеством обслуживаемых больных с пограничной нервно-психической патологией, которые выводятся из общего «потока», а их амбулаторные карты передаются в консультативно-поликлинический сектор. Таким образом, при рациональном перераспределении можно обойтись без каких-либо дополнительных штатов, кроме предусмотренных соответствующими нормативами. Это позволяет количественно и качественно укрепить специализированные психиатрические службы (психотерапевтическую, сексопатологическую, суицидологическую, детско-подростковую), усилить их в функциональном отношении за счет штатов кафедры, а также привлечения к лечебной и научно-исследовательской деятельности студентов-кружковцев старших курсов.

Важным принципом работы ЦПС является четкое взаимодействие всех его звеньев [Семке В. Я., 1979, 1984], дающее возможность более обоснованно и эффективно использовать комплекс патогенетических терапевтических воздействий. На начальной стадии невротической (неврозоподобной) и характерологической патологии успех достигается от применения в амбулаторных условиях психотерапевтического комплекса (ПТК), включающего разнообразные приемы: одномоментное или последовательное применение рациональной, гипносуггестивной психотерапии, аутогенной тренировки; в ряде случаев целесообразно использование общеукрепляющих и седативных лечебных воздействий. Создание специализированных приемов (психотерапевтического, суицидологического, сексологического, логопедического, детско-подросткового пограничного) с психогигиенической и психопрофилактической направленностью их ра-

боты позволяет перенести центр тяжести в обслуживании пограничных больных на внебольничное звено, предупредить хронизацию болезненного процесса, осуществить быструю и эффективную ресоциализацию.

При отсутствии должного терапевтического эффекта (как правило, при подостром варианте динамики пограничной патологии и присоединении соматогенно-органических радикалов) врач при амбулаторном приеме направляет больного в полустационарное звено центра (дневной или ночной стационары). Именно там удается наиболее полно обеспечить комплексное воздействие на клиническую картину заболевания (ПТК, амитал-кофеиновые вливания, общеукрепляющая и стимулирующая терапия, психотропные препараты и др.), провести комплексное лабораторное исследование. Помимо этого, пребывание в полустационаре имеет ряд других преимуществ: больной выключается из конфликтной микросоциальной среды при сохранении возможности трудовой деятельности, соблюдается на практике принцип децентрализации, обеспечивается преемственность амбулаторной и стационарной службы центра. После курсового лечения больным рекомендуется поддерживающая психотерапия, включающая комплекс мероприятий по последовательному изменению прежнего болезненного стереотипа поведения, усиленной тренировке резервных волевых ресурсов личности, установлению новых социальных контактов, рациональному трудоустройству. Эту работу целесообразно осуществлять в тесном сотрудничестве с психологом, который может принять активное участие в уточнении диагностики личности больного, а также в выполнении психотерапевтического, психоортопедического воздействия.

При наличии стойких, труднокурабельных пограничных нервно-психических нарушений больные направляются в стационарное отделение центра, оснащенное современной лечебно-диагностической аппаратурой. Наряду с массивной психотерапевтической работой широко используются методы разгрузочно-диетической терапии (РДТ), электросна, депривация сна, инсулиновая и атропиновая терапия (в средних и высоких дозах), рефлексотерапия. Накопленный нами опыт применения рефлексотерапии убедительно показывает эффективность данного метода при лечении пограничных состояний,

при котором помимо прямого влияния иглотерапии имеет значение психотерапевтический компонент воздействия. Важное место отводится лечебно-восстановительным мероприятиям: организации досуга больных, дифференцированной трудо- и эстетотерапии, а также ЛФК, контрастной гидротерапии (сауна), лыжным прогулкам и др. Время пребывания в стационаре ограничивается 30—45 днями.

Создание лабораторно-диагностического комплекса способствует повышению качества диагностической и лечебной работы. Используемые методы диагностики позволяют определить функциональное состояние головного мозга больных (с применением методов динамического нейрофизиологического обследования), уровень эмоциональных и вегетативных сдвигов, характерологические особенности больных и их реакцию на проводимую терапию. Динамическое изучение содержания нейромедиаторов в периферической крови имеет важное прогностическое значение, так как зачастую при клиническом улучшении состояния больного нейроморальные показатели еще не возвращены к норме; это предполагает продолжение лечения до устранения нейрохимической декомпенсации.

В условиях ЦПС хороший эффект дает предложенная нами интенсивная психотерапия, оправданная в первую очередь в регионе Сибири и Дальнего Востока. Здесь имеется в виду активное лечение больных с пограничными нервно-психическими расстройствами из отдаленных сельских районов, приезжающих на курсовое амбулаторное лечение. Применяемая методика ускоренного курса ПТК (ежедневные сеансы психотерапии) с присоединением медикаментозной и рефлексотерапии, ЛФК, физиотерапии направлена на достижение наибольшего терапевтического эффекта в короткие сроки.

Внебольничная тактика лечения больных с пограничной патологией способствует предотвращению хронизации болезни, содействует более быстрой и эффективной ресоциализации. С учетом выявляемых клинических закономерностей в формировании ПНПР нами разработаны программы их комплексной профилактики. Наиболее полно они оправдались при профилактике патологического развития личности экзогенно-органическо-

го генеза [Семке В. Я., Судаков В. Н., Ланская Т. А., 1986].

Первая программа применялась для лечения больных с посттравматическим поражением головного мозга и предусматривала, наряду с активным использованием различных элементов ПТК (в первую очередь гипноза, наркопсихотерапии, аутотренинга), применение дегидратационно-рассасывающих средств (бийохиноль, хлористый кальций, серно-кислая магнезия, глюкоза, верошпирон, лазикс, маннитол и др.) и ноотропных (ноотропил, энцефабол, аминалон и др.) средств. Из транквилизаторов используются в первую очередь препараты преимущественно седативного спектра действия. Обязательны физиолечение, ЛФК и т. д.

Вторая программа разработана для лечения больных с органическим поражением головного мозга токсико-инфекционного генеза и включает первоочередное применение биостимулирующих средств (лидаза, алоэ, ФИБС, гумизоль, фторокорт и др.). Чаще всего использовались транквилизаторы со стимулирующим спектром действий. Из ПТК применялись преимущественно методы, активизирующие внутренние компенсаторные резервы личности.

Третья программа предназначена для больных с сосудистым поражением головного мозга и предполагает сочетанное использование ангиопротекторов (стугерон, кавинтон, эуфиллин, никошпан) с транквилизаторами антидепрессивного спектра действия (оксипролин и др.) или с малыми дозами антидепрессантов. Из ПТК на первом месте стояли методы биоадаптивного регулирования кровоснабжения головного мозга.

Целью вышеописанных программ реабилитации являлась компенсация патохарактерологических и мнестико-интеллектуальных расстройств, устранение вегетативно-сосудистых и вестибулярных нарушений. Трудовые рекомендации осуществлялись по линии ВКК; освобождение от ночных смен, сверхурочных работ, командировок и др.

Четвертая программа имела выраженную психопрофилактическую направленность и использовалась после реализации основных трех программ реабилитации. Она включала оптимизацию режима двигательной активности, нормализацию труда и отдыха, диетотерапию,

первичную и вторичную профилактику вредных привычек (курение, злоупотребление крепким чаем, кофе, алкоголем и др.). Конечной целью данной программы являлось включение больных в группы здоровья при спорткомплексах.

Пятая программа применялась при органическом поражении головного мозга сложного генеза с выраженной деструктивно-прогредиентной динамикой патологического процесса. Она включала использование ПТК в полном объеме, комплексное применение ноотропных, дегидратационно-рассасывающих средств, ангиопротекторов в сочетании с транквилизаторами и малыми дозами антидепрессантов. Проводится, как правило, в стационаре с последующей реализацией первой—третьей программ в амбулаторных или полустационарных условиях. Мероприятия по социально-производственной реадaptации заключаются в создании облегченных или индивидуальных условий труда и строгого нормированного характера трудовой деятельности.

Шестая программа применялась при малой эффективности лечения и включала в себя, наряду с использованием психокоррекционных методов, рациональное трудоустройство с ограничением трудоспособности по линии ВТЭК (признание больных полностью или частично нетрудоспособными). Трудовые рекомендации заключаются в ограничении объема производственной деятельности или в выполнении менее квалифицированной работы по прежней специальности, а также в освоении профессий домашнего труда (переплетчик, народные промыслы и др.).

Седьмая программа осуществлялась в два этапа. На первом (активного лечения) достигается стойкая компенсация патохарактерологических и мнестико-интеллектуальных расстройств, устранение дизэнцефальных и дистимико-дисфорических расстройств, восстановление внутрисемейных взаимоотношений, выработка адекватной трудовой установки и социально-позитивных мотиваций. На втором (реконструктивном) этапе осуществляется клинически дифференцированное трудоустройство больных в условиях обычного предприятия с учетом прежних профессиональных навыков. В адаптационный период (первые 1—2 месяца после трудоустройства) обязательным является проведение курса психо-

терапии (рациональная, групповая, гипнотерапия и др.) в условиях амбулаторного или полустационарного отделения без оформления больничного листа с целью предупреждения возможного обострения патохарактерологических и мнестико-интеллектуальных расстройств.

Выбор программы реабилитации и конкретных психотерапевтических методов определяется рядом клинико-социальных факторов: этапом заболевания, типом и вариантом патологического развития личности, степенью деструктивно-прогредиентной тенденции патологического процесса, выраженности патохарактерологических нарушений, состоянием механизмов социально-производственной адаптации, уровнем образования и т. д.

На первом этапе заболевания в зависимости от природы экзогенно-органического поражения головного мозга используются первая—третья программы с последующей реализацией четвертой программы реабилитации. Из ПТК наиболее эффективными оказываются гипноз, аутотренинг, наркопсихотерапия. Лечение проводится, как правило, амбулаторно или в полустационарных условиях.

На второй стадии заболевания терапия осуществляется чаще всего в амбулаторных или полустационарных условиях, однако в ряде случаев (длительные внутрисемейные и производственные конфликты) необходимо стационарное лечение. Используются первая—третья программы реабилитации. Из ПТК наиболее эффективной оказывается наркопсихотерапия, особенно при частых дизэнцефальных пароксизмах. Обязательным является повторный курс дегидратационно-рассасывающей, ноотропной терапии в сочетании с биостимуляторами или адаптогенами растительного происхождения в амбулаторных условиях без оформления больничного листа, после чего реализуется четвертая программа реабилитации.

На третьей стадии заболевания в 70% случаев применяется пятая программа реабилитации в стационарных условиях. Особую значимость для компенсации патологического процесса и предупреждения инвалидности приобретает семейная и групповая психотерапия, а также рациональное трудоустройство с учетом степени выраженности мнестико-интеллектуальных и патохарактерологических расстройств: перевод с админист-

ративно-хозяйственной работы на работу со строго нормированным характером трудовой деятельности, освобождение от командировок, ночных смен. Выбор конкретных методов психотерапии определяется типологией и вариантом патологического развития личности. Так, при взрывном типе патологического развития личности наиболее эффективной оказывается наркопсихотерапия, тогда как при истероформном и ипохондрическом типах, особенно в случаях астеноипохондрического и истероипохондрического вариантов, лучшие результаты наблюдаются при гипнотерапии. При астеническом типе патологического развития наиболее стойкий эффект наблюдается после овладения аутотренингом, однако в случаях астенодистимического варианта необходимо проведение наркопсихотерапии. Одним из важнейших условий эффективного использования психотерапевтического комплекса является купирование дистимико-дисфорических и паранойяльных нарушений при помощи психофармакологических средств.

На четвертой стадии заболевания чаще всего используются пятая—седьмая программы реабилитации. Следует подчеркнуть, что адаптационные возможности больных, вследствие редукции выраженных патохарактерологических нарушений, значительно увеличиваются, а степень общеорганического снижения личности определяет лишь уровень социально-трудового приспособления. Практически все больные при отсутствии паранойяльных расстройств могут быть трудоустроены в условиях обычного предприятия, причем в ряде случаев им оказываются доступными квалифицированные виды труда (полуавтоматчик, контролер, бухгалтер, инженер по НОТ, технике безопасности и т. д.).

Своевременная диагностика патологического развития личности с последующим адекватным использованием предложенных программ реабилитации позволяет добиться практически полного исчезновения психопатологической симптоматики и повышения качества социально-трудового приспособления у 90% больных с экзогенно-органическим поражением головного мозга.

В целом объективная оценка эффективности осуществляемых в рамках ЦПС реадaptационных и реабилитационных мероприятий осуществлялась по специально разработанной нами шкале [Семке В. Я., 1980], от-

ражавшей уровень социальной адаптации больных, сложившиеся межличностные отношения, степень восстановления трудоспособности, а также нейрофизиологические показатели:

«А» — полное восстановление социального и трудового статуса;

«В» — практическое выздоровление (с необходимостью проведения эпизодических социотерапевтических мероприятий);

«С» — неполное выздоровление (с наличием отдельных невротических и патохарактерологических симптомов, нерезких нейрофизиологических сдвигов);

«Д» — незначительное улучшение (с элементами ослабления эмоционально-волевых нарушений, частичным восстановлением социально-трудовой адаптации, торпидной нейрофизиологической динамикой).

В результате комплексной, поэтапной, дифференцированной патогенетической терапии, проводимой в Центре пограничных состояний, удалось достичь достаточно высоких показателей реадaptации и реабилитации (табл. 14) в отношении большой группы больных с тяжелыми состояниями, получивших лечение в стационарном звене ЦПС.

Как видно из табл. 14, наиболее полное, устойчивое клиническое выздоровление («А»+«В») и улучшение имело место в подгруппе невротиков (93,0%) и соматогенно обусловленных пограничных нарушений (88,0%), менее устойчивое — при психопатиях и патохарактерологических развитиях (87,0%). После проведенного лечения больные выписывались на «поддерживающую» терапию в амбулаторном секторе ЦПС.

Интегративным звеном, объединяющим функционально-структурные элементы службы диспансеризации и первичной психопрофилактики [Семке В. Я., Балашов П. П., Бриченко В. С., 1984], является научно-методический кабинет АСУ «Диспансеризация», предусматривающий создание единого банка данных с последующей математической обработкой поступающей информации, созданием диагностических алгоритмов и структурно-динамических моделей пограничных состояний, выделением основных факторов риска, разработкой унифицированных комплексных программ первичной и вторичной психопрофилактики.

Таблица 14

Эффективность терапии пограничных нервно-психических расстройств в Центре пограничных состояний, %

Заболевание	А	В	С	Д	Всего
Неврозы	48,0	45,0	6,0	1,0	100,0
Психопатии и патохарактерологические развития	13,0	74,0	12,0	1,0	100,0
Пограничные состояния экзогенно-органической природы	17,5	72,7	7,5	2,3	100,0
Пограничные состояния соматогенной природы	20,5	67,5	10,5	1,4	100,0

Преимущества предлагаемой модели создания специализированного ЦПС заключаются в возможности широкого охвата лиц из числа декретированных и организованных популяций, реализации программ первичной психопрофилактики у лиц с донозологическими формами пограничной нервно-психической патологии, оказания квалифицированной помощи на ранних этапах развития пограничных состояний. Это позволяет сократить сроки лечения и увеличить долю больных с практическим выздоровлением из числа первично взятых на диспансерный учет.

Б. Внедиспансерные психиатрические службы на базе территориальных поликлиник

С нашей точки зрения, психиатрические кабинеты (отделения) территориальных общесоматических поликлиник должны занять одно из ведущих мест в системе внедиспансерной психиатрии. Это обусловлено их максимальным приближением к основному звену, фундаменту нашего здравоохранения, каковым является поликлиника. Наиболее подробно вопросы организации работы психиатрических кабинетов в общесоматических поликлиниках разработаны группами московских

исследователей, возглавляемыми профессорами А. Б. Смулевичем и Ю. А. Александровским. По мнению А. Б. Смулевича, В. Н. Козырева (1982), контингент поликлинических больных, имеющих психические расстройства из круга «малой психиатрии», состоит из трех групп. В первые две группы входят лица с достаточно полноценной социально-трудовой адаптацией, страдающие начальными проявлениями сосудистых и органических заболеваний головного мозга любого генеза, при которых психические нарушения не выходят за рамки неврозоподобных; непсихотические соматогенные психические расстройства; психосоматические заболевания с невротическими наслоениями. Функции врача-психиатра в отношении данного контингента больных заключаются в консультативной помощи и рекомендациях врачу широкого профиля. Третья группа больных требует непосредственного динамического наблюдения и лечения в условиях специализированного психиатрического кабинета поликлиники. Эту группу составляют больные с психическими расстройствами пограничного регистра с временным снижением социально-трудовой адаптации.

Одним из важнейших преимуществ работы специализированного психиатрического кабинета городской поликлиники является возможность тесных диагностических, терапевтических и (добавим от себя) профилактических контактов психиатра со специалистами общесоматического профиля. Это обусловлено спецификой этиологии, патогенеза и клиники пограничных состояний с присущим им сплетением конституционально-биологических, соматических, экзогенно-органических, психогенных механизмов. Совместное ведение больных в условиях поликлиники повышает психиатрическую грамотность врачей-интернистов, уменьшает возможность нерационального назначения ими тех или иных психотропных средств.

Ю. А. Александровским и Б. Д. Петраковым (1986) создано лечебно-научное объединение «Всесоюзный научно-методический центр пограничной психиатрии (ВНМЦПП) — территориальная поликлиника». Оно включает в себя психиатрический кабинет, кабинеты психопрофилактики, психотерапии, рефлексотерапии, образующие отделение функциональной неврологии по-

ликлиники. Представляется принципиально важным, что выявление больных пограничными состояниями и здоровых лиц, находящихся в условиях повышенного риска возникновения этих заболеваний, проводится прежде всего активными методами: путем выборочных целенаправленных осмотров по социально-гигиеническим и клиническим показаниям, в ходе диспансерных и периодических медицинских осмотров.

В первую группу («группу риска») входят здоровые лица с факторами повышенного риска развития пограничных состояний — неблагоприятными условиями труда и быта; наследственной психопатологической, конституционально-типологической, соматической отягощенностью. В отношении данной группы лиц рекомендуется широкое применение мер первичной психопрофилактики: выявление и устранение психотравмирующих ситуаций, проведение эмоционально-волевой тренировки, психокоррекции, общеукрепляющие психофизические воздействия.

Во вторую группу входят лица с непатологическими невротическими расстройствами. Это практически здоровые лица с реакциями адаптации, реакциями на стресс, предболезненными (по Семичову С. Б., 1982) состояниями. Для данной группы показаны меры вторичной психопрофилактики: курсовая психотерапия, психофизическая релаксация, общеоздоровительная программа мероприятий, эпизодическая медикаментозная терапия.

Наконец, третью группу образуют больные пограничными нервно-психическими расстройствами (неврозы, психопатии, неврозоподобные и психопатоподобные состояния различного генеза). В этой группе на первый план выходят лечебные и реабилитационные воздействия; различные виды психотерапии, психофармакотерапия, комплексная терапия по клиническим показаниям, лечебная физкультура, комплекс реабилитационных мер.

В нашем институте получены данные по клинико-динамическому наблюдению и разработке основ специализированной лечебно-профилактической помощи больным в поликлинике общесоматического типа [Лебедева В. Ф., 1987; Судаков В. Н., 1988]. Особый интерес представляла группа больных с ипохондрическим раз-

витием личности, сформировавшимся в результате неправильной реабилитации, проводимой врачами общесоматической поликлиники (ятрогенный фактор способствовал развитию и укреплению ипохондрических тенденций).

Изучение в рамках общесоюзной и региональной программ распространенности и клинической динамики ПНПР экзогенно-органического генеза у больных, обратившихся за помощью в поликлиники общесоматического профиля, позволило установить следующие показатели [Судаков В. Н., 1988]: заболеваемость составила 8,04, а болезненность — 25,2 на 10000 населения. Удельный вес таких пациентов составил 53,6% от общего числа изученных больных. На базе полученных клинико-эпидемиологических и клинико-динамических данных была разработана и апробирована модель кушеточного психосоматического кабинета: внедрены 7 программ психопрофилактики (описанные нами ранее), которые позволили достичь практического выздоровления у 96,5% больных.

В. Внедиспансерные службы охраны психического здоровья работников промышленных предприятий

Организация внедиспансерной психиатрической помощи работникам промышленности приобретает в настоящее время все большее значение. Начатая в стране перестройка экономики, обусловленная требованиями ускорения научно-технического прогресса, сопровождается нарастающей интенсификацией производственных процессов, внедрением средств автоматизации и механизации, переходом на новые формы и методы хозяйствования, производственных взаимоотношений (бригадный подряд, хозрасчет, самофинансирование). Все это существенно повышает требования к состоянию психического здоровья работающих, их психоэмоциональной устойчивости и обуславливает значимость проблемы оптимизации психопрофилактической помощи на производстве, раннего выявления больных пограничными нервно-психическими расстройствами, поиска эффективных форм и методов их реабилитации, быстрого восстановления трудоспособности. Следует заметить, что

эти вопросы приобретают особую актуальность в условиях развивающегося Западно-Сибирского промышленного комплекса, требующего интенсивного притока и закрепления трудовых ресурсов, стабилизации трудовых коллективов. Важным вкладом в решение этой государственной задачи призвана стать работа по укреплению психического здоровья трудящихся.

В последние годы в отечественной литературе все чаще появляются исследования, посвященные организационным аспектам улучшения психиатрической помощи работникам промышленности [Ротштейн В. Г., Гуревич А. И., 1973; Александровский Ю. А., Петраков Б. Д., 1982; Положий Б. С., 1983; Князькина Ю. П., 1984; Зиньковский А. К., 1986 и др.]. Предлагаются различные по структуре, функциям, задачам, ведомственной принадлежности модели психиатрических служб на промышленных предприятиях.

Существенный вклад в разработку проблемы охраны психического здоровья работников промышленности вносят исследования, проводимые в последние годы во Всесоюзном научно-методическом центре пограничной психиатрии [Александровский Ю. А., Петраков Б. Д., 1985—1988]. Ими разработана и внедрена новая организационная форма «Научно-практическое объединение ВМЦПП — МСЧ — «АвтоЗИЛ», являющаяся системой интегрированной службы психопрофилактики, терапии и реабилитации больных пограничными нервно-психическими расстройствами. По своей структуре объединение включает в себя отделение функциональной неврологии (отделение психопрофилактики, психиатрическое отделение), кабинет социально-гигиенической профилактики, а также (функционально) различные подразделения поликлиники и больницы МСЧ — «АвтоЗИЛ», включая физкультурно-оздоровительный комплекс.

В составе отделения функциональной неврологии (собственно психиатрической службы предприятия) находятся 2 кабинета (в поликлинике и в больнице МСЧ) для проведения консультативно-диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, а также кабинет психоэмоциональной разгрузки и психотерапевтический кабинет при физкультурно-оздоровительном комплексе завода. Обращает на себя внимание комплексность работы психиатров, находящихся в постоянном

контакте с цеховыми врачами-терапевтами и другими специалистами МСЧ, психологами и социологами завода, в рамках единой программы всеобщей диспансеризации рабочих, служащих и ИТР производственного объединения «АвтоЗИЛ». Акцент делается на проведение первичных и вторичных психопрофилактических мероприятий на производстве.

Углубленные научные исследования психического здоровья работников промышленности и принципов организации внедиспансерной психопрофилактической помощи на производстве проводятся в Томске [Положий Б. С., Запускалов С. В., Акерман Е. А. и др., 1983—1990]. На ряде крупных промышленных предприятий города апробированы и внедрены некоторые новые организационные формы: Центр охраны психического здоровья, Психопрофилактический комплекс. Накопленный опыт, базирующийся на анализе их деятельности, позволил нам разработать концепцию организации внедиспансерной психопрофилактической помощи в условиях производства.

В целях оптимизации работы по охране и укреплению психического здоровья работников промышленности целесообразна организация специализированных функциональных подразделений в структуре лечебно-профилактических учреждений промышленной медицины. Основными доводами в пользу организации являются высокая распространенность пограничных нервно-психических расстройств среди работников промышленности; низкая выявляемость этого контингента больных традиционной психиатрической службой; отсутствие организационной системы помощи больным пограничными расстройствами на производстве; необходимость активизации работы по психопрофилактике на производстве с целью сохранения и укрепления психического здоровья работающих, поиска дополнительных резервов их трудоспособности.

Функциональными подразделениями, осуществляющими психопрофилактическую и реабилитационную помощь работникам промышленности, могут стать введенные в структуру медико-санитарных частей (поликлиник) крупных предприятий специализированные отделения психопрофилактики. Следует отметить, что организации таких отделений должна предшествовать

большая подготовительная работа с администрацией, общественными организациями, трудовыми коллективами предприятия, преследующая цели формирования адекватного общественного мнения о задачах и функциях психиатров.

Столь тщательная подготовка к созданию психопрофилактической службы на производстве обусловлена необходимостью соблюдения деонтологических принципов, так как уровень толерантности населения к лицам, страдающим нервно-психическими расстройствами, еще продолжает оставаться невысоким, а понимание проблем психического здоровья — неполным или даже искаженным. Проведенная подготовительная работа должна носить не только деонтологический характер, но и включать в себя элементы психогигиенического просвещения, что позволит избежать негативной психологической реакции работников предприятия на проведение массовых профилактических обследований.

Основной целью отделения психопрофилактики МСЧ при крупном промышленном предприятии является работа по укреплению психического здоровья трудящихся и предупреждению у них пограничных нервно-психических расстройств. В число конкретных задач, стоящих перед психиатрами на промышленном производстве, входят следующие: участие в осуществлении мероприятий по первичной профилактике нервно-психических расстройств на производстве (выявление профессиональных факторов риска развития нервно-психических заболеваний; предоставление администрации и общественным организациям предприятия рекомендаций по устранению данных факторов; профилактическое наблюдение лиц, подверженных воздействию неблагоприятных профессиональных факторов; психогигиеническое просвещение работающих; деятельность по улучшению психологического микроклимата в производственных подразделениях; проведение курсов эмоциональной разгрузки для работников, занятых напряженным или монотонным трудом, испытывающих значительные нервно-психические перегрузки; проведение ежегодных профилактических осмотров работающих, в том числе вновь принятых на предприятия; участие в работе врачебно-инженерных бригад; активное выявление больных нервно-психическими заболеваниями и расстройствами; проведение комп-

лекса диагностических (клинико-психопатологическое, патопсихологическое, параклиническое) исследований; динамическое внедиспансерное наблюдение и учет выявленных больных пограничными нервно-психическими расстройствами; своевременное направление выявленных больных с прогрессивными (психотическими) формами психической патологии (шизофрения, эпилепсия, органические поражения ЦНС, прочие психозы) в территориальные психиатрические учреждения с целью их постановки на диспансерный учет; амбулаторное (без отрыва от производственной деятельности) лечение находящихся под наблюдением больных пограничными нервно-психическими расстройствами, а также проведение мероприятий, направленных на восстановление их психического здоровья; оказание социально-профилактической помощи больным пограничными нервно-психическими расстройствами, включая решение вопросов оптимизации условий их труда и быта; оказание консультативной помощи врачам других специальностей МСЧ (поликлиники).

В условиях отделения психопрофилактики медико-санитарной части предприятия представляется целесообразным выделение следующих групп динамического наблюдения больных пограничными нервно-психическими расстройствами (в зависимости от клинической формы и стадии развития заболевания): 1) больные всеми формами пограничных расстройств в острый период заболевания, находящиеся на лечении без отрыва от работы, наблюдаются 3 раза в неделю; 2) больные в острый период с временной утратой трудоспособности наблюдаются 2 раза в неделю; 3) больные в подострый период, находящиеся на лечении без отрыва от производства, наблюдаются 1 раз в неделю; 4) больные, закончившие лечение и находящиеся на поддерживающем общеоздоровительном этапе реабилитации, наблюдаются 1 раз в 2 недели; 5) больные с невротическими и патологическими развитиями личности, психопатиями в стадии компенсации и малопрогрессивной шизофрении с незначительно выраженными изменениями личности наблюдаются 1 раз в месяц; 6) больные неврозами и неврозоподобными состояниями экзогенно-органического и соматогенного генеза вне фазы обострения наблюдаются 1 раз в 3 месяца; 7) больные, перенесшие невро-

тические реакции, наблюдаются с профилактическими целями 1 раз в 6 месяцев.

Для выполнения поставленных задач в состав отделений психопрофилактики целесообразно включение следующих структурных подразделений: кабинет амбулаторно-консультативного приема; кабинет психологических исследований; кабинет психотерапии и иглорефлексотерапии; кабинет (кабинеты) эмоциональной разгрузки при основных (основных) цехах предприятия (организируются в специально выделенных и оборудованных помещениях в непосредственной близости от основного производства); отдельная регистратура (с учетом деонтологических соображений), расположенная непосредственно в отделении психопрофилактики.

В регистратуре хранится и систематизируется вся медицинская документация на находящихся на динамическом наблюдении больных пограничными нервно-психическими расстройствами, ведутся статистический учет и отчетность. Кабинет амбулаторно-консультативного приема, возглавляемый квалифицированным врачом-психиатром, выполняет роль центрального звена внедиспансерной психопрофилактической службы, координирующей всю ее деятельность.

В связи с этим функции врача-психиатра отделения психопрофилактики являются весьма разнообразными и включают в себя организацию работы отделения и координацию его деятельности с другими функциональными подразделениями МСЧ; проведение психопрофилактических осмотров работников предприятия; активное выявление больных нервно-психическими заболеваниями и расстройствами; динамическое наблюдение и амбулаторное лечение работников, страдающих пограничными нервно-психическими расстройствами; направление больных с прогрессивными формами психических заболеваний в специализированные психиатрические учреждения; при наличии клинических показаний направление больных пограничными расстройствами на стационарное лечение; направление на консультацию к медицинскому психологу, врачу-психотерапевту и врачам общесоматического профиля МСЧ; ведение всех форм установленной медицинской документации; участие в решении профессиональных и социально-бытовых вопросов, касающихся больных пограничными состояниями, адми-

нистрации и общественных организаций предприятия; участие в работе инженерно-врачебной бригады; проведение санитарно-просветительной психогигиенической работы во всех производственных подразделениях.

Таким образом, функции врача-психиатра отделения психопрофилактики значительно шире традиционных обязанностей участкового врача диспансера, главным образом, за счет активной социально-профилактической и организационно-клинической работы. Лишь половину своего рабочего времени врач-психиатр занят амбулаторно-консультативным приемом, оставшаяся часть дня проводится им непосредственно в цехах, других производственных подразделениях предприятия для решения различных реабилитационных и профилактических вопросов.

Следующим звеном отделения психопрофилактики является кабинет психологических исследований. В функции работающего там медицинского психолога входит проведение экспериментально-психологических обследований больных по направлению врача-психиатра с целью уточнения диагноза, оценки эффективности профилактических и реабилитационных программ, решения экспертных вопросов; участие в проведении профилактической и психогигиенической работы (разработка рекомендаций по выбору наиболее адекватных состоянию психического здоровья видов профессиональной деятельности; участие в подготовке «Паспортов психического здоровья» микросоциальных групп и производственных подразделений).

Медицинскими психологами используются практически все применяемые в отечественной психиатрии методики психологического изучения личности, что существенным образом облегчает лечебно-диагностический процесс. С учетом преобладания больных с пограничной нервно-психической патологией медицинским психологом должна проводиться психокоррекционная работа, вносящая свой вклад в выполнение терапевтических и реабилитационных программ.

Особое место в структуре отделения психопрофилактики занимает кабинет психотерапии и рефлексотерапии. В этом звене службы должен работать квалифицированный врач-психотерапевт. Его обязанности весьма обширны в связи с преобладанием среди больных лиц,

страдающих непсихотическими, преимущественно психогенными расстройствами, в реабилитации которых главенствующее значение имеют психотерапевтические методы воздействия. Врач-психотерапевт проводит консультативную работу по представлению врача-психиатра и осуществляет такие методы лечения, как аутогенная тренировка, рациональная психотерапия, гипнотерапия, внушение в бодрствующем состоянии, музыкотерапия, игровая психотерапия, психическая релаксация. Сеансы психотерапии носят как индивидуальный, так и групповой характер. Весьма эффективно использование комбинаций психотерапевтических воздействий с методами рефлексотерапии. Кроме того, врач-психотерапевт принимает самое активное участие в разработке рекомендаций по формированию благоприятного психологического микроклимата в производственных подразделениях, в проведении санитарно-просветительной работы на предприятии.

Накопленный нами клиничко-организационный опыт показал, что для повышения эффективности собственно психопрофилактических мероприятий на производстве целесообразна организация (дополнительно к кабинету психотерапии) кабинетов эмоциональной разгрузки, расположенных непосредственно на территории крупнейших цехов или других производственных подразделений предприятия. Эти вынесенные прямо к месту работы трудящихся звенья психопрофилактической службы позволяют осуществлять первично превентивные меры в отношении развития пограничной патологии. Проведение цикловых курсов эмоциональной разгрузки, осуществляемое для целых коллективов (бригады, участки, поточные линии), позволяет предупредить физическое и психическое переутомление, обучать работающих навыкам психической релаксации, переключения, аутогенной тренировки, восстанавливать уровень их работоспособности, подключать внутренние резервы организма.

При наличии на предприятии санатория-профилактория целесообразно регулярно выделять определенное число мест под ночной профилакторий, предназначенный для профилактики больных с обострениями, которые могли бы вызвать временную нетрудоспособность

больных, повести к госпитализации, а также для постепенной реадaptации больных, прошедших лечение.

Особо следует отметить, что отделение психопрофилактики МСЧ крупного промышленного предприятия является лишь центральным, координирующим звеном. Только при комплексном взаимодействии администрации, общественных организаций предприятия, врачей-интернистов МСЧ и отделения психопрофилактики можно образовать систему, способную эффективно решать задачи укрепления психического здоровья работников промышленности.

Взаимодействие психиатров с руководством и общественными организациями предприятия заключается в повседневной работе по предупреждению и устранению выявленных факторов, неблагоприятно влияющих на психическое здоровье работающих, во внедрении психогигиенических рекомендаций в деятельность производственных подразделений, представлении систематической информации о заболеваемости пограничными нервно-психическими расстройствами, временной нетрудоспособности работающих, оперативном решении разнообразных вопросов, связанных с профессиональной деятельностью больных. Исключительно важным является и взаимодействие внутри медико-санитарной части, возглавляющей работу по охране здоровья работников предприятия. Совместно с врачами других специальностей психиатры принимают участие в диспансеризации работников предприятия, разработке и выполнении мероприятий по оздоровлению членов производственного коллектива, в массовых профилактических осмотрах. В свою очередь, цеховые врачи и другие специалисты МСЧ по рекомендациям психиатров обращают более пристальное внимание на контингенты работающих с повышенным риском возникновения нервно-психической патологии.

Взаимодействие с существующей системой психиатрической службы определяется несколькими факторами. Отделение психопрофилактики полностью берет на себя не только психопрофилактическую работу на предприятии, но и динамическое наблюдение, терапию, реабилитацию всех его работников, страдающих пограничными формами нервно-психической патологии. О выявленных больных с собственно психическими заболеваниями (психозами) сообщается в диспансер, где они

становятся на диспансерный учет. Работники предприятия, страдающие пограничными нервно-психическими заболеваниями, могут направляться с учетом клинических показаний на стационарное обследование и лечение в дневной стационар, ночной профилакторий, клинические отделения психиатрической больницы. В работе отделения психопрофилактики и психиатрической больницы соблюдаются принципы преемственности в терапии и реабилитации данного контингента больных, практикуется совместное решение вопросов, касающихся их трудоспособности, дальнейшей реабилитационной тактики.

Таким образом, описанная модель внедиспансерной психопрофилактической службы на промышленном предприятии отвечает 3 основным принципам организации психиатрической помощи в стране, которыми являются дифференцированность, в данном случае это специализация помощи «особым» контингентам больных (большей частью не попадающих в поле зрения психиатров, но нуждающихся в их компетенции), находящихся в «особых» условиях (современное промышленное производство); ступенчатость, то есть максимальное приближение к определенным контингентам населения специализированной помощи; преемственность, подразумевающая тесный контакт и функциональную связь с существующей психиатрической службой и учреждениями общемедицинской сети в промышленности.

Следует особо отметить, что психопрофилактическая служба на промышленном предприятии не подменяет, а, естественно, дополняет сложившуюся систему психиатрической диспансерной помощи, расширяя ее профилактические возможности.

Разработанная и апробированная нами модель психопрофилактической службы на промышленном предприятии является, с нашей точки зрения, лишь одним из возможных организационных вариантов. В зависимости от штатной численности предприятия, его производственных возможностей, существующей при нем медицинской службы (медико-санитарная часть, поликлиника, амбулатория, профилакторий) психопрофилактические подразделения могут варьировать по своим масштабам от кабинета с одним врачом-психиатром до целого комплекса, подобного описанному выше.

Наиболее оптимальной представляется следующая штатная структура отделения психопрофилактики МСЧ. В кабинете амбулаторно-консультативного приема работают врач-психиатр и медицинская сестра; в кабинете психотерапии и цеховых кабинетах эмоциональной разгрузки — врач-психотерапевт; в кабинете психологических исследований — медицинский психолог. Таким образом, штат отделения психопрофилактики может состоять из двух врачей, медицинского психолога и одной медицинской сестры, выполняющей дополнительно обязанности регистратора.

Семилетний (1983 — 1989 гг.) опыт работы организованной нами внедиспансерной психопрофилактической службы на одном из крупных промышленных предприятий Томска показал ее клиническую и социально-экономическую эффективность в решении вопросов охраны и укрепления психического здоровья трудящихся, оказания специализированной помощи больным пограничными состояниями. В первую очередь это коснулось вопросов первичной психопрофилактики на производстве и раннего выявления лиц, страдающих начальными стадиями невротических расстройств, больных с недиагностированной ранее малопрогредиентной шизофренией, а также работников предприятия с непсихотическими нарушениями резидуально-органического и соматогенного генеза, не попадавших в поле зрения психиатров. Кроме того, наличие специализированной службы на предприятии дало возможность существенно изменить стратегию и тактику психопрофилактической и реабилитационной помощи лицам, страдающим нервно-психическими заболеваниями и расстройствами, обратить основное внимание на предупреждение данной патологии.

Для сравнения приводим данные о применявшихся профилактических и реабилитационных программах в отношении работников предприятия, страдающих нервно-психическими расстройствами, в периоды до и после организации специализированной психопрофилактической службы (соответственно 1982 и 1983 гг.)¹². В 1982 г. основной формой помощи больным нервно-психическими заболеваниями было лечение в условиях

¹² Тенденции, проявившиеся в 1983 г. (с организацией психопрофилактической службы), подтвердились и в последующей ее деятельности вплоть до настоящего времени.

психиатрического стационара, которое прошли более половины (65,4%) всех работников предприятия, страдающих данными расстройствами. Значительно более скромное место занимали реабилитационные программы, осуществляющиеся на базе дневного стационара областной психиатрической больницы и ее диспансерного отделения (соответственно 10,3 и 24,3% всех больных). В 1983 г. акцент был перенесен на амбулаторные внебольничные формы помощи, позволяющие ориентировать работу психиатров в профилактическом направлении, проводить лечение без отрыва больных от работы в условиях внедиспансерной психопрофилактической службы. Такие виды специализированной помощи были оказаны 94,4% всех работников предприятия, страдающих нервно-психическими расстройствами. Лишь 4,8% больных прошли лечение в психиатрическом стационаре и 0,8% — в полустационаре, что позволяет говорить о концентрации психиатрической помощи в условиях внедиспансерной психопрофилактической службы предприятия.

Таким образом, удельный вес стационарных реабилитационных программ за анализируемый период уменьшился в 13,6 раза, а амбулаторных — увеличился в 3,9 раза. Работники предприятия, страдающие пограничными расстройствами, стали получать почти исключительно амбулаторную помощь — 99,3% всех больных с пограничными нарушениями. До организации службы амбулаторная помощь оказывалась лишь 27,6% лиц, страдающих непсихотическими расстройствами. В общей сложности на долю профилактических и реабилитационных программ внебольничного характера приходилось в 1982 г. 34,6%, а в 1985 г. — 95,2%.

Анализ клинической эффективности применявшихся профилактических и реабилитационных программ в отношении работников предприятия, страдающих пограничными нервно-психическими расстройствами, по данным трехлетнего катамнеза, показал, что у больных невротизмом выздоровление было достигнуто в 81,8% случаев, а стойкое клиническое улучшение — в 14,4%. Лишь у 2,4% больных состояние было расценено как неизменившееся и у 1,4% зарегистрировано клиническое ухудшение. Последние случаи характеризовались наличием стойких психопатологических феноменов в рам-

ках невротических развитий личности с большой давностью заболевания. Стойкая клиническая компенсация была зарегистрирована почти у 80% лиц, страдающих психопатиями, что указывает на значение регулярной психокоррекционной и психопедагогической работы с данным контингентом больных.

Достаточно эффективной показала себя реабилитация работников предприятия, страдающих пограничными расстройствами экзогенно-органического генеза. Учитывая наличие органически неполноценной почвы в происхождении и течении данных заболеваний, мы не сочли возможным говорить о выздоровлении таких больных. В то же время достаточно стойкое клиническое улучшение было прослежено у подавляющего большинства из них (93,1%), не изменилось состояние у 5,3% и ухудшилось (с признаками формирования психоорганического синдрома) у 1,6% всех больных. Эти данные показывают перспективность раннего выявления и оказания своевременной психопрофилактической и реабилитационной помощи больным с резидуально-органическими непсихотическими расстройствами, в том числе и в целях предупреждения формирования органических поражений головного мозга.

У лиц, страдающих соматогенно обусловленными пограничными расстройствами, в 15,5% случаев зафиксировано выздоровление, а в 70,4% — клиническое улучшение, последовавшие в результате комплексных усилий психиатров и терапевтов, направленных на лечение соматического заболевания и компенсацию имеющихся нервно-психических нарушений. Удельный вес больных, у которых психическое состояние существенно не изменилось или ухудшилось, в этой группе несколько выше, составляя соответственно 12,7 и 1,4%. Это обусловлено отмечающейся в ряде случаев стойкостью, фиксированностью нервно-психических нарушений, патогенетически связанных с недостаточно благоприятным хроническим течением соматического заболевания.

Дополнительно к анализу клинической эффективности применявшихся профилактических и реабилитационных программ нами была прослежена динамика трудовой адаптации работников предприятия, страдающих пограничными нервно-психическими заболеваниями, по данным трехлетнего катамнеза. В качестве критериев

динамики трудовой адаптации были избраны следующие: значительное повышение уровня трудовой адаптации, данный критерий определяется практически полным восстановлением трудоспособности больных, соответствующей предъявляемым производственным требованиям (выполнение нормы или иных плановых заданий, отсутствие брака в работе, удовлетворительное исполнение прочих профессиональных обязанностей); умеренное повышение уровня трудовой адаптации. Этот критерий характеризует частичное улучшение профессиональных адаптационных возможностей больных по сравнению с периодом заболевания. В то же время в ряде случаев трудоспособность этой группы больных продолжает оставаться умеренно сниженной; следующую группу образуют больные, у которых, несмотря на проводимые реабилитационные мероприятия, трудоспособность продолжала оставаться в большей или меньшей мере сниженной, не претерпевая существенных изменений по сравнению с периодом болезни; дальнейшее снижение трудовой адаптации, для этого критерия характерно нарастание социально-профессиональной дезадаптации больных, ухудшение их производственных показателей.

У работников предприятия, страдающих пограничными расстройствами, динамика трудовой адаптации оказалась весьма позитивной. Так, у 56,5% таких больных достигнуто значительное, а у 35% — умеренное повышение трудовой адаптации. Лишь в 8,3% случаев профессиональная адаптация не претерпела изменений, оставшись на сниженном уровне, у 0,2% наблюдалось дальнейшее снижение социально-профессионального приспособления.

С нашей точки зрения, возможность такой положительной динамики трудовой адаптации у страдающих пограничными расстройствами работников предприятия была достигнута за счет их раннего выявления и своевременного лечения в условиях внедиспансерной психопрофилактической службы. Это весьма наглядно подтверждается данными о повышении производительности труда у лиц, прошедших лечение, по сравнению с периодом, ему предшествующим, на 10,3%. Оптимизация психопрофилактической помощи на производстве позволила снизить временную нетрудоспособность работающих по нервно-психическим заболеваниям, что имеет не только

медицинское, но и экономическое значение. По нашим данным, за 7 лет существования службы этот показатель снизился на 35% (в случаях) и на 17,2% (в днях). Можно с определенной уверенностью полагать, что психопрофилактическая служба внесла свой вклад в отмечающееся на заводе снижение общей временной нетрудоспособности, так как значительная часть активно выявленных больных пограничными нервно-психическими расстройствами, ранее наблюдавшихся у терапевтов и у «узких» специалистов заводской поликлиники с нечетко установленными диагнозами и имевших ежегодно значительное число случаев и дней временной нетрудоспособности, имеет более низкие показатели при оказании им квалифицированной психопрофилактической помощи. Коэффициент текучести кадров среди лиц, страдающих пограничными расстройствами, снизился по сравнению с периодом, предшествующим организации специализированной службы, на 26,7%. В целом годовой экономический эффект, обусловленный снижением временной нетрудоспособности и повышением производительности труда больных, составил более 70 тысяч рублей.

Г. Городская психогигиеническая консультация

Данная организационная форма оказания внедиспансерной помощи больным с пограничными состояниями разработана в отделе развития научных исследований по проблемам психического здоровья [Балашов П. П., Степанов А. Д., Милованов Ю. С., 1985—1988] института психического здоровья Томского научного центра АМН СССР. Она представляет собой новое функциональное объединение лечебно-профилактического и научного учреждения.

Городская психогигиеническая консультация (ГПК) предназначена для проверки эффективных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление психического здоровья и снижение трудопотерь, прямо или косвенно связанных с нервно-психическими расстройствами. В ГПК осуществляется научная разработка, апробация и внедрение новых методов раннего выявления и диспансеризации, изучение и систематизация их.

Предварительная оценка психического здоровья населения города проводится на основе профилактических осмотров (65%), консультаций для врачей ЛПУ (25%) и самостоятельных обращений (10%). Заключение о состоянии психического здоровья дается на основании комплексного социально-психологического, функционально-диагностического и клинико-динамического обследования.

На основе полученных данных все обследованные разбиваются на 3 потока: «психическое здоровье» (56%) — результаты направляются в информационный банк данных; «нарушение психического здоровья» или донозологические состояния (41%) — данные подвергаются динамическому наблюдению, комплексной психогигиенической и психопрофилактической обработке; «психические заболевания» (3%) — оказывается специализированная психиатрическая помощь.

Междисциплинарный подход (с участием психиатров, психологов, социологов и др.) позволяет более эффективно осуществлять индивидуальные, групповые (семейные, производственные) программы. В организационной структуре здравоохранения ГПК может занять промежуточное место между отделением профилактики поликлиники и специализированной психиатрической службой.

В целом организация специализированных отделений психопрофилактики в структуре МСЧ (поликлиник) крупных промышленных предприятий, психогигиенических консультаций может позволить существенно улучшить работу по охране и укреплению психического здоровья трудящихся, организовать действенную систему психопрофилактической и реабилитационной помощи больным пограничными состояниями на производстве, дополнить и расширить возможности лечебно-оздоровительных учреждений как промышленной медицины, так и существующей психиатрической службы (диспансеры, больницы). Совершенствование организационной системы охраны психического здоровья работников крупных промышленных предприятий может способствовать решению ответственных народнохозяйственных задач по стабилизации и закреплению трудовых ресурсов в промышленности, повышению экономической эффективности работы предприятия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема охраны и укрепления психического здоровья трудящихся, решаемая с позиций раннего выявления и профилактики пограничных нервно-психических расстройств, является одной из актуальнейших в современной научной медицине и практическом здравоохранении. Ее значимость определяется большой частотой пограничной патологии не только в психиатрической клинике, но и среди контингента пациентов, наблюдаемых интернистами. Положение П. Б. Ганнушкина (1933) о необходимости интеграции психиатрии и общей медицины приобретает в настоящее время особое звучание в связи с необходимостью разработки государственной системы охраны психического здоровья населения страны.

Бурный прогресс науки и техники требует от ученых-медиков, социологов, педагогов и других специалистов, занимающихся вопросами пограничных состояний, переосмысления прежних клинических данных и методологических основ, разрабатываемых на путях интеграции достижений в области «большой» и «малой» психиатрии, клинических и биологических наук, социологии, экспериментальной и клинической психологии. Развивающаяся на стыке этих наук пограничная психиатрия приобретает в последние годы все большее междисциплинарное значение. Состояние проблемы психического здоровья и пограничных состояний во многом зависит от степени изученности адаптации человека к окружающей его среде, прежде всего с учетом влияния экстремальных факторов. В качестве методологического базиса такого анализа нами взят системный анализ, замыкающий в единую проблему клинико-эпидемиоло-

гический, клинико-динамический и реабилитационный подходы.

С учетом высокого динамизма в социальном развитии общества становится понятным факт широкого распространения пограничных нервно-психических отклонений у населения. Концепция предболезни реализована нами на примере многолетнего изучения континуума «психическое здоровье — психоадаптационное состояние — психодезадаптационный синдром», наблюдаемого нами среди лиц, пребывающих в экстремальных условиях сибирского Севера.

В формировании пограничных нервно-психических расстройств наиболее отчетливо проявляется диалектическая взаимосвязь двух противоположных процессов — патогенеза (с этапами становления от простых, относительно кратковременных и обратимых реакций к сложным, полиморфным в клиническом отношении, затяжным состояниям и развитиям) и саногенеза (предусматривающего последовательное устранение или смягчение имеющейся патологии, усиление компенсаторных и адаптационных механизмов). Определение саногенетических факторов (или «антириск-факторов»), позволяющих удерживать предболезнь на стадии, не перерастающей в болезнь, — одна из насущных, еще недостаточно полно оцененных задач сегодняшнего дня в области пограничной психиатрии.

Уровень наблюдаемых пограничных расстройств зависит от наличия соответствующего нейрофизиологического субстрата. Для их формирования необходимо взаимодействие трех групп патогенетических факторов — конституционально-биологического (включая особенности типологического склада личности), психогенного (микросоциального) и экзогенно-органического (или соматогенного). Например, применительно к проблеме диагностики личностной патологии следует иметь в виду неодинаковую возможность выявления конституционально-биологических механизмов: от отчетливых особенностей индивидуального склада к их нерезко выраженным акцентуациям и проявлениям «латентных» психопатических состояний и далее — к выраженной и стойкой личностной дисгармонии, достигающей «степени клинического факта» (П. Б. Ганнушкин). Сопоставление клинических и нейродинамических параметров дало

возможность разработать клинико-патогенетическую группировку пограничных состояний, представленную в данной монографии. Современной пограничной психиатрии присуща отчетливая профилактическая направленность. Эпидемиологические исследования позволяют выделить основные «факторы риска», определить их взаимосвязь и многофакторность, оценить с клинико-динамических позиций и на этой основе разработать комплексные психогигиенические и психопрофилактические мероприятия. В настоящее время нами на практике претворяется в жизнь идея по созданию на базе действующих и вновь организуемых лечебных учреждений многоуровневой системы охраны психического здоровья населения (включая проблему «психического здоровья здорового человека») с отдельными этапами ее реализации, каждый из которых дает непосредственный научно-практический результат, а их совокупность обеспечивает устойчивую тенденцию роста качественных показателей психического здоровья индивидуума и популяции в целом. Полученные результаты по изучению структуры и динамики пограничных состояний на разных стадиях их формирования (в первую очередь начальных, «предболезненных») свидетельствуют о целесообразности соблюдения двух основных, гармонично сочетающихся подходов: с одной стороны, децентрализации (для обеспечения более раннего выявления больных), с другой — централизации (для оказания специализированной помощи на более высоком, квалифицированном уровне).

Многие из разработанных нами принципов психотерапевтического и психопрофилактического вмешательства выделяются и совершенствуются в условиях внедиспансерных звеньев специализированной помощи при ПНПР. Речь идет прежде всего о строгой индивидуализации (клинической и нейрофизиологической) каждого изучаемого случая, поскольку ни в одной области практической медицины не бывают столь неуместными шаблонные приемы лечения, как в борьбе с невротическими расстройствами. Знание саногенеза невроза облегчает выбор соответствующей стратегии поведения в условиях сохраняющего силу и значимость психотравмирующего воздействия: важно «превращение болезненно неадекватной реакции на жизненные трудности в адекватную

и продуктивную» [Мясищев В. Н., 1959]. С этим принципом тесно связано представление о необходимости тщательного изучения структуры личности. При наличии аномального склада оправдана последовательная психотерапевтическая работа: на первых порах создание атмосферы доверия пациента к врачу, желание активно участвовать в процессе «разрыхления» патологического стереотипа поведения; далее — усиленная тренировка резервных волевых ресурсов и постепенная нивелировка характерологических девиаций; наконец, формирование положительных эмоционально окрашенных мотиваций, установление новых социальных контактов, рациональное трудоустройство. Такая же тактика применима и к неврозам, что созвучно с предложением А. И. Яроцкого (1908) лечить этих больных путем воспитания определенных возвышенных целей (эрототерапия): надо смелее апеллировать к ярким эмоциям, заинтересовывать, доводить до состояния «обновления личности» [Рожнов В. Е., 1982]. Особого внимания заслуживают инициальные (преневротические, препсихопатические) состояния: в процессе последовательной тренировки и коррекции они постепенно преодолеваются; последующая врачебная тактика должна носить отчетливо предупредительный характер: избегание «репрессирования» эмоций, физического и умственного перенапряжения, создание оптимальной «экологической ниши». Обязательным является, по нашему мнению, и строгий учет возрастного фактора, детальный учет сопутствующей пограничной патологии соматогенных и экзогенно-органических погрешностей.

На основе полученных клинико-эпидемиологических и клинико-динамических данных для внедрения в практику здравоохранения был рекомендован ряд новых организационных форм — областной (краевой) центр пограничных состояний, центр охраны психического здоровья на промышленном предприятии, городская психогигиеническая консультация, кустовой психодиагностический кабинет и др. Предстоит дальнейшая целенаправленная работа по совершенствованию содержания и форм специализированной помощи населению по соединению их на единой концептуальной основе, сведению разрозненных усилий в единое русло научных исследований, проводимых в строгом соответствии с социаль-

ным заказом народного здравоохранения, новыми условиями социальной жизни, с учетом местных региональных условий.

Существующие программы комплексного оздоровления населения восточного региона страны (в первую очередь республиканская народнохозяйственная программа «Здоровье человека в Сибири») предусматривают реализацию неотложных мероприятий по предупреждению невротизации всех слоев общества (с учетом половозрастных, этнических, климато-географических, производственных особенностей), укреплению творческого потенциала трудящихся, повышению их духовного и социального благополучия, искоренению вредных привычек. Их выполнение должно осуществляться при совместных усилиях ученых, практических врачей, руководителей производства, персонально ответственных за сохранение и укрепление здоровья трудящихся. В таких интегрированных программах должны найти отражение меры, направленные на создание благоприятных условий проживания людей, их гармоничного духовного и физического развития.

Данная монография — итог многолетних исследований, проводимых в институте психического здоровья Томского научного центра АМН СССР (прежде всего сотрудниками клинического отделения по изучению пограничных состояний и отдела профилактической психиатрии). В книге отражено единство взглядов по многим рассмотренным вопросам — при сохранении специфических подходов каждого из авторов. Этим объясняется необходимость указания конкретного вклада каждого автора: член-корреспондентом АМН СССР В. Я. Семке написаны введение, заключение, глава I, а также разделы 3.1, 3.2, 4.1, 4.2; доктором медицинских наук, профессором Б. С. Положим — глава V, а также разделы 4.3, 4.4, совместно — главы II и VI, раздел 3.3.

Приведенные нами выводы и предложения ни в коей мере не претендуют на завершенность. В большей степени они отражают, по нашему мнению, обилие и многообразие подходов к рассмотрению клинических и профилактических аспектов пограничных состояний с учетом их региональных особенностей.

ЛИТЕРАТУРА

Акерман Е. А. Клинико-динамическая структура невротических расстройств у работников промышленного предприятия//Акт. вопр. психиатрии. Томск, 1985. Вып. 2. С. 50—51.

Аксенов М. М., Нохрина Л. Я., Важенин В. М. К вопросу дифференциальной диагностики неврозов и неврозоподобных состояний на ранних этапах динамики//Акт. вопр. психиатрии. Томск, 1985. Вып. 2. С. 50—51.

Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация (пограничные нервно-психические расстройства). М.: Наука, 1976. 243 с.

Бачериков Н. Е. Работа психиатра на промышленных предприятиях по социально-трудовой реадaptации нервно-психических больных//Вопр. социально-трудовой реадaptации психически больных. Винница, 1969. С. 150—155.

Белов В. П. Клинико-социальные зависимости, определяющие формирование аномалии личности в отдаленный период черепно-мозговой травмы//VII Всесоюз. съезд невропатологов и психиатров: Тез. докл. М., 1981. Т. 3. С. 182—185.

Бобров А. С. Затяжная непсихотическая ипохондрия в практике врачебно-трудовой экспертизы. М., 1984. 142 с.

Боцмановская М. Б., Семке В. Я., Ланская Т. А. Клинические основы прогнозирования начальных этапов развития невротических и неврозоподобных расстройств психогенного и экзогенно-органического генеза//Акт. вопр. психиатрии. Томск, 1985. С. 58—60.

Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. М., 1933. 143 с.

Гиндикин В. Я. Психопатии и патохарактерологические развития//Клини. динамика неврозов и психопатий. Л.: Медицина, 1967. С. 152—183.

Гиндикин В. Я. Клинико-статистические материалы к сравнительной характеристике психопатий и психопатоподобных состояний шизофренического и органического генеза: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1973. 28 с.

Голодец Р. Г. Проблема психических расстройств экзогенно-органической природы//Акт. пробл. психиатрии (клиника, патогенез, лечение, социальная реабилитация). М., 1981. С. 64—67.

Гурович И. Я., Гусева Л. Я., Прейс В. Б. К обоснованию структуры психиатрической помощи в сельских районах//Акт.

вопр. психиатрии: Материалы I-й науч. отчет. сессии СФ ВНЦПЗ АМН СССР. Томск, 1983. Вып. 1. С. 23—25.

Гурьева В. А., Гиндикин В. Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. М., 1980. 272 с.

Жариков Н. М. Эпидемиологические исследования в психиатрии. М., 1977. 173 с.

Индустриальная реабилитация психически больных/Е. Д. Красик, В. Б. Миневич, М. И. Петров, А. И. Потапов и др. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1981. 191 с.

Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. Л.: Медицина, 1978. 232 с.

Казначеев В. П. Современные аспекты адаптации. Новосибирск, 1980. 520 с.

Карвасарский Б. Д. Неврозы. Л., 1980. 520 с.

Кербиков О. В. Клиническая динамика психопатий и неврозов. Актовая речь. М., 1962. 7 с.

Кербиков О. В., Гиндикин В. Я. К учению о динамике психопатий в связи с проблемой их профилактики и лечения//Вопр. профилактики нервных и психических заболеваний. Л., 1962. С. 61—73.

Кербиков О. В. Избранные труды. М., 1971. 312 с.

Козырев В. Н., Смудевич А. Б. Сравнительная характеристика психической патологии, наблюдающейся у больных территориальной поликлиники и психоневрологического диспансера//Журн. невропатологии и психиатрии. 1982. Вып. 8. С. 1178—1183.

Ковалев В. В. Некоторые общие механизмы начального этапа пограничных состояний//IV Всерос. съезд невропатологов и психиатров: Тез. докл. М., 1980. Т. 1. С. 204—208.

Кол И. С. Социология личности. М., 1967. 383 с.

Коркина М. В. Психогении//Психиатрия. М.: Медицина, 1968. С. 343—360.

Красик Е. Д., Положий Б. С., Крюков Е. А. Нервно-психические заболевания студентов. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1982. 115 с.

Лакосина Н. Д. Клинические варианты невротического развития. М.: Медицина, 1970. 222 с.

Ланская Т. А. Сравнительная клинико-динамическая характеристика ипохондрических состояний психогенной и соматогенной природы//Акт. вопр. психиатрии. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1985. Вып. 2. С. 83—84.

Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. 2-е изд. Л., 1983. 256 с.

Морозов Г. В. Роль биологического и социального факторов в патогенезе и клинике психопатий при рассмотрении их в судебно-психиатрическом аспекте//V Всесоюз. съезд невропатологов и психиатров: Тез. докл. М., 1969. Т. 3. С. 175—180.

Нохрина Л. Я. К вопросу о патоморфозе неврозов в возрастном аспекте//Акт. вопр. психиатрии. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1985. Вып. 2. С. 99—100.

Петраков Б. Д. Психическая заболеваемость в некоторых странах в XX веке (социально-гигиенические исследования). М., 1972. 300 с.

Пивень Б. Н. Вопросы профилактики психических нарушений экзогенно-органической этиологии//V Всерос. съезд невропатологов и психиатров: Тез. докл. М., 1985. Т. 1. С. 249—251.

Положий Б. С. К вопросу об организации психопрофилактической помощи работникам крупных промышленных предприятий//Новые формы организации психиатрической помощи и диспансеризации больных. Курск, 1984. С. 76—78.

Положий Б. С. Промышленная психиатрия в комплексной программе охраны психического здоровья трудящихся Сибири и Дальнего Востока//Акт. вopr. психиатрии. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1983. Вып. 1. С. 50—51.

Положий Б. С., Потапки И. А. Нервно-психические расстройства у работников промышленного предприятия (возрастная группа старше 45 лет)//Реабилитация нервно-психически больных. Томск, 1984. Вып. 6. С. 139—141.

Потапов А. И., Положий Б. С. Некоторые подходы к проблеме массовой диспансеризации в психиатрии//Журн. невропатологии и психиатрии, 1984. Вып. 9. С. 1416—1417.

Потапов А. И., Семке В. Я. Итоги научной деятельности СФ ВНИЦЗ-АМН СССР и очередные задачи по охране и укреплению здоровья населения восточного региона страны//Акт. вopr. психиатрии. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1985. Вып. 2. С. 4—8.

Приленский Ю. Ф., Уманский С. М., Филиппович Ю. Д. Изменения нервно-психического состояния у работающих в неблагоприятных производственных условиях//Комплексные гигиенические исследования — в практику здравоохранения. Новокузнецк, 1981. С. 355—358.

Рэунеску-Подяну А. Трудные больные. Бухарест, 1974.
Семичов С. Б. Концепция предболезни в клинической психиатрии: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Л., 1982. 42 с.

Семке В. Я. Клиническая динамика психопатий в позднем возрасте//Клиническая динамика неврозов и психопатий. Л., 1967. С. 183—199.

Семке В. Я. Социально-психологический метод как новый аспект изучения истерических состояний//Новые методы диагностики и лечения. Барнаул, 1974. С. 154—158.

Семке В. Я. О клинической динамике истерической психопатии//Журн. невропатологии и психиатрии. 1976. Вып. 11. С. 1694—1698.

Семке В. Я. Систематика, дифференциальная диагностика, лечение истерических и истероформных состояний: Методические рекомендации. МЗ РСФСР. Барнаул, 1978. 27 с.

Семке В. Я., Бриченко В. С., Балашов П. П. Социальное развитие общества и психическое здоровье населения//Здоровье человека в Сибири. Новосибирск, 1985. С. 36—39.

Семке В. Я. К проблеме клинической динамики и терапии пограничных состояний//V Всерос. съезд невропатологов и психиатров. М., 1985. Т. 1. С. 267—269.

Семке В. Я., Положий Б. С. Клинико-организационные аспекты ранней диагностики и профилактики нервно-психических расстройств//Здравоохранение Российской Федерации, 1985. № 10. С. 28—31.

Семке В. Я., Нохрина Л. Я., Важенин В. М. О некоторых клинических вариантах дезадаптации у мигрантов в условиях развивающегося промышленного района Сибири//Социально-гигиенические проблемы охраны здоровья рабочих промышленных предприятий. Новосибирск, 1985. Ч. 2. Т. 1. С. 132—134.

Семке В. Я. Теоретические и организационно-методические аспекты реабилитации и предупреждения инвалидности при пограничных состояниях//Акт. вopr. реабилитации психически больных и профилактики их инвалидизации. Томск, 1986. С. 65—67.

Семке В. Я., Красик Е. Д. Медицинская психология и проблемы профилактики нервно-психических расстройств//Медико-психологические аспекты адаптации и охраны психического здоровья населения Сибири. Томск, 1986. С. 2—3.

Семке В. Я. Истерические состояния. М.: Медицина, 1988. 221 с.

Смулевич А. Б. Психогенные заболевания//Руководство по психиатрии. М.: Медицина, 1983. Т. 2. С.342—387.

Судаков В. Н. Некоторые аспекты изучения пограничных состояний в условиях Сибири и Дальнего Востока//V Всерос. съезд невропатологов и психиатров. М., 1985. Т. 1. С. 283—286.

Табачников С. И. Опыт организации медико-психологической службы на промышленных предприятиях//Здравоохранение Российской Федерации, 1984. № 4. С. 28—31.

Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. М.: Медицина, 1978. 400 с.

Bartolucci G., Drayer C. S. An overview of crisis intervention in the emergency rooms of general hospitals//Amer. J. Psychiatr. 1973. Vol. 130. P. 953—962.

Bräufigam W. Reaktionen — Neurozen — Abnorme Persönlichkeit. Stuttgart, 1978.

Cochrane R., Stopes-Roe M. Women, marriage, employment and mental health//Brit. J. Psychiatr. 1981. Vol. 132. November. P. 373—381.

Ernst K. Praktische Klinikpsychiatrie für Ärzte und Pflegepersonal. Berlin, 1981.

Hallidin J. Prevalence of mental in an urban population in central Sweden//Acta psychiat. scand. 1984. Vol. 69, N. 6. P. 503—518.

Höck K., König W. Neurosenlehre und Psychotherapy. Jena, 1979.

Jakubik A. Histeria. Metodologia, teoria, psychopathologia. Warszawa, 1979.

Kreindler A. Nervosa astenica. Bucuresti, 1962.

Mellinger C. D., Balter M. B., Uhlenhuth E. H. Insomnia and its treatment. Prevalence and correlates//Arch. gener. Psychiatr. 1985. Vol. 42, N. 3. P. 225—232.

Mc Evoy I. P. Organic brain syndrome//Ann. intern. Med. 1981. Vol. 95, N. 2. P. 212—220.

Rouillon F. Epidemiologie des itals anxieux et nevrotiques//Sem. Hop. 1985. Vol 61, N. 45. P. 3129—3133.

Schiltz J. H. Grundfragen der Neurosenlehre. München, 1973.

Turns M. D. Epidemiology of phobic and obsessivecompulsiv disorders among adults//Amer. J. Psychother. 1985. Vol. 39, N. 3. P. 360—370.

Vaillant G. E., Perry J. Personality disorders//Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore, 1980. P. 2201—2229.

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

АЛР	— аномальные развития личности
АТ	— аутогенная тренировка
АХ	— ацетилхолин; АХЭ — ацетилхолинэстераза
БПС	— болезненность пограничными состояниями
ВОЗ	— Всемирная организация здравоохранения
ГПК	— городская психогигиеническая консультация
ДДК	— дифференциально-диагностический комплекс
ЗБС	— заболеваемость пограничными состояниями
КФС	— кардиофобический синдром
МКБ-9	— Международная классификация болезней (9-й пересмотр)
НТР	— научно-техническая революция
НТП	— научно-технический прогресс
ИДС	— иммунодефицитные состояния
ИК	— иммунный комплекс
5-ОИУК	— 5-оксининдолуксусная кислота
ПАС	— психоадаптационный синдром
ПДАС	— психодезадаптационный синдром
ПНПР	— пограничные нервно-психические расстройства
ПРЛ	— патологическое развитие личности
ПЛР	— пограничное личностное расстройство
ПЭС	— психоэндокринный синдром
ПТК	— психотерапевтический комплекс
ХЭ	— холинэстераза
ЦПС	— Центр пограничных состояний
ц. н. с.	— центральная нервная система
ЦОЗ	— центр охраны здоровья
ЭЭГ	— электроэнцефалограмма

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Глава I. Социальное развитие общества и пограничные состояния	9
Глава II. Распространенность пограничных нервно-психических расстройств	21
Глава III. Факторы, способствующие возникновению пограничных состояний	34
3.1. Социально-психологические (микросоциальные) факторы	37
3.2. Конституционально-биологические факторы	59
3.3. Экзогенно-органические и соматогенные факторы	75
Глава IV. Клиническая динамика пограничных состояний	86
4.1. Систематика пограничных состояний	86
4.2. Донозологические формы пограничных состояний	102
4.3. Инициальные (начальные) стадии пограничных состояний	118
4.4. Невротические состояния и развития	127
Глава V. Профилактика пограничных состояний	138
5.1. Первичная профилактика пограничных состояний у работников промышленности	140
5.2. Вторичная профилактика пограничных состояний у работников промышленности	148
Глава VI. Новые организационные формы специализированной помощи больному пограничными состояниями	156
6.1. Принципы организации внедиспансерной психиатрической помощи	156
6.2. Характеристика организационных форм внедиспансерной психиатрической помощи	166
Заключение	199
Литература	204
Условные сокращения	208

Валентин Яковлевич СЕМКЕ,
Борис Сергеевич ПОЛОЖИИ

ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

ИБ № 2327

Редактор Е. С. Юзефович

Технический редактор Л. Е. Дятлова

Корректор Т. В. Зибарева

Сдано в набор 13.09.89 г. Подписано к печати 18.04.90 г.
Формат 84×108^{1/32}. Бумага типографская № 2. Литературная
гарнитура. Высокая печать. Печ. л. 6,5. Усл. печ. л. 10,92.
Уч.-изд. л. 11,27. Тираж 2000 экз. Заказ 6400. Цена 2 р. 30 к.

Издательство ТГУ, 634029, Томск, ул. Никитина, 4.
Типография издательства «Красное знамя»,
634050, ГСП, Томск, пр. Фрунзе, 103.