

*О.И. Осокина***ХАРАКТЕРИСТИКА ДОКЛИНИЧЕСКОГО ЭТАПА НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У МУЗЫКАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: доклинические невротические расстройства, музыкально-педагогические работники

В современной литературе появляются многочисленные публикации, посвященные невротическим расстройствам и состояниям психической дезадаптации у людей социальных профессий: педагогов, врачей, воспитателей, менеджеров, деятельность которых связана со значительным эмоциональным напряжением [6,8,10]. Некоторыми авторами [1,4,13] для описания предболезненного уровня расстройств выделяются состояния непатологической психической дезадаптации, представляющие собой совокупность субклинических феноменов интрапсихического дискомфорта, не находящего отражение в межличностных отношениях. Описаны две принципиально отличающиеся тенденции в динамике предболезненных состояний: в сторону полного устранения признаков дезадаптации и флуктуацией на уровне психического здоровья, или в сторону затяжного торпидного течения с усложнением клинической структуры и переходом в клинически выраженные формы [5,12]. Широкая распространенность доклинических форм пограничных нервно-психических расстройств, а также направленность на раннее выявление невротической симптоматики вызвали необходимость выработки критериев диагностики ранних проявлений психической дезадаптации.

Диагностика СНПД в данном исследовании осуществлялась в соответствии со следующими, описанными в литературе [2] диагностическими критериями: 1) субклинический уровень проявлений, рудиментарность, структурная незавершенность; 2) отсутствие субъективного чувства болезни; 3) отсутствие межперсональной конфликтности; 4) наличие своеобразной «почвы»: характерологические особенности личности, психическая ригидность и др. Клинические особенности невротических расстройств у музыкально-педагогических работников изучались с позиций динамики этих состояний, так как именно особенности динамики отличали невротические расстройства у лиц, занятых педагогическим трудом. Ранее клинико-динамический подход к изучению невротических расстройств был развит в работах [3,12]. Многие клинические особенности нозологически выраженных невротических расстройств в данном исследовании формировались на более ранних этапах, что позволило нам относить их к СНПД и обозначать как доклинические невротические расстройства (ДНР).

Целью настоящей работы было изучение структуры и клинических особенностей невротических расстройств доклинического уровня у музыкально-педагогических работников.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 100 работников педагогических учреждений женского пола в возрасте от 20 до 55 лет, имеющих невротическую симптоматику. Основную группу составили 80 женщин музыкально-педагогической специальности, а в группу сравнения вошли 20 женщин – педагогов общеобразовательных школ. Контрольную группу составили 116 здоровых, адаптированных лиц педагогической специальности. Из исследования исключались лица с органической мозговой дисфункцией, а также имеющие хронические заболевания в период

обострения и лица старше 55 лет, вследствие развития у них атеросклеротических явлений. Основными методами исследования были клинико-anamnestический, клинико-патопсихологический и методы математической статистики. Скрининг и исследование степени выраженности невротической симптоматики, как основного проявления нервно-психической дезадаптации, ее качественный анализ, а также самооценка соматического и психического благополучия проводилась с помощью опросника нервно-психической дезадаптации (ОНПД), разработанно-

го Ленинградским психо-неврологическим научно-исследовательским институтом им. В.М. Бехтерева [11]. Более детальное описание спектра невротической симптоматики, с ее количественной оценкой проводилось с помощью симптоматического опросника невротозов Aleksandrowich J., адаптированного Ленинградским психо-неврологическим научно-исследова-

тельским институтом им. В.М. Бехтерева [7]. Статистическая обработка полученных результатов проводилась в пакете статистической обработки «MedStat» [9]. Определялись средние значения показателей, ошибка среднего. Достоверность различий вычислялась с помощью W-критерия Вилкоксона, различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Клинико-психопатологическое изучение ДНР у музыкантов-педагогов показало преходящий характер этих состояний, связанный с влиянием подпороговых психогенных воздействий. Одно из ведущих мест в возникновении ДНР занимали длительно существующее напряжение и переутомление на работе, повышение уровня нагрузки на испытуемых, а также кумуляция психогений профессионального и семейно-бытового характера. Длительность существования ДНР по данным наших наблюдений составляла приблизительно от 2-3 недель до 2х месяцев. В дальнейшем, либо происходило полное устранение признаков дезадаптации, либо развитие доклинической симптоматики шло в сторону усложнения клинической структуры с переходом в клинически очерченные формы невротических расстройств. Необходимо отметить довольно частое (в 42,6% случаев) рецидивирование доклинических проявлений под воздействием неблагоприятных факторов среды и однотипность этих проявлений у одного и того же индивида с отсутствием субъективного чувства болезни.

В основной группе жалобы на психический дискомфорт предъявляли 69,73% респондентов,

по сравнению с группой сравнения (29,09%), что выявило статистически значимые различия по шкале психического дискомфорта ($p=0,005$) в пользу основной группы. Статистически значимых отличий между исследуемыми группами по шкале депрессии обнаружено не было ($p=0,936$). Несмотря на достоверно большее число лиц, страдающих неврастениями в группе сравнения ($p=0,001$), статистически достоверных отличий в количестве предъявляемых жалоб астенического характера между обеими группами, обнаружено не было ($p=0,052$). Этот факт свидетельствовал в пользу неспецифического астенизирующего воздействия неблагоприятных факторов трудового процесса на лиц основной группы, повышающих общий уровень невротизации в этой группе. Сказанное подтверждал проведенный нами анализ средних значений показателей этих же шкал методики ОНПД (Табл. 1), который выявил достоверное превышение средних значений астенической шкалы у респондентов основной группы ($p=0,044$), что свидетельствовало о большей выраженности у них астенической симптоматики, при отсутствии статистически значимых различий по двум другим шкалам методики.

Таблица 1

Средние значения показателей по некоторым шкалам методики ОНПД в изучаемых профессиональных группах

Шкалы ОНПД	max	Основная группа	max	Группа сравнения	Уровень значимости (p)
Шкала депрессии	100	61±1,283	84	58±1,945	p=0,099
Шкала астении	78	66±0,9458	76	60±2,351	p<0,044*
Шкала психического дискомфорта	88	83±2,495	88	83±1,921	p=1,0

*- имеются статистически значимые различия при $p < 0,05$

Средние значения симптоматических шкал методики Е. Александровича для основной группы с ДНР представлены в таблице 2. Сравнения со средними значения-

ми шкал у здоровых адаптированных лиц этой же группы выявляет статистически значимые различия по всем показателям ($p < 0,001$).

Средние значения по симптоматическим шкалам методики Е. Александровича для лиц основной группы с ДНР и у здоровых адаптированных лиц

Шкалы	max	Группа ДНР (n=80)	max	Здоровые адаптированные лица (n=116)	Уровень значимости (p)
I	54	16±1,807	22	8±0,7945	<0,001
II	32	13±1,116	23	4±0,6497	<0,001
III	37	16±1,189	24	5±0,6921	<0,001
IV	27	8±1,054	17	0±0,5132	<0,001
V	42	20±1,325	24	9±0,7707	<0,001
VI	37	21±1,266	31	5±0,7907	<0,001
VII	38	7±1,361	20	0±0,5751	<0,001
VIII	28	4±0,990	13	0±0,4812	<0,001
IX	22	8±0,9462	13	0±0,4548	<0,001
X	20	8±0,7742	12	4±0,4241	<0,001
XI	18	5±0,8534	24	4±0,6929	<0,001
XII	28	12±1,125	26	4±0,6392	<0,001
XIII	131	46±4,203	84	16±1,955	<0,001
Конверс.	46	14±1,374	16	0±0,5259	<0,001
Вегетососу- дистая дистания	49	16±1,882	36	4±0,8856	<0,001
Пищев.	39	8±1,297	24	4±0,6363	<0,001

Средние значения симптоматических шкал методики Е. Александровича при различных вариантах ДНР представлены в таблице 4.

При сравнении этих значений у испытуемых с различными радикалами ДНР не было выявлено достоверных различий по следующим шкалам: фобии (шкала I), беспокойства, напряжения (шкала III), сексуальных расстройств (шкала VII), дереализации (шкала VIII), навязчивостей (шкала IX), ипохондрических (шкала XI), психастенических расстройств (шкала XII) и нарушений пищеварения. В то же время, имеющиеся значимые отличия по оставшимся шкалам методики обуславливали особенности психопатологической симптоматики каждого варианта ДНР.

Астено-вегетативный вариант ДНР. По сравнению со средними значениями для всей группы ДНР и другими вариантами ДНР статистически достоверно более высокие значения были выявлены по шкале неврастенических расстройств ($p<0,001$) и по шкале нарушений вегето-сосудистой регуляции ($p<0,01$). Кроме того, показатели данного варианта ДНР превышали показатели эмоционально неустойчивого варианта ДНР по шкале агрипнических расстройств ($p<0,01$), но уступали этому варианту по шкалам истерических расстройств и конверсионных нарушений ($p<0,05$). По сравнению с ДНР с преобладанием астено-субдепрессивного радикала, отмечались достоверно более низкие показате-

ли по шкале депрессивных расстройств ($p<0,001$). Симптоматика данного вида ДНР представлена ухудшением памяти, рассеянностью, чувством некоторой затрудненности мышления, трудностями в концентрации внимания, быстрой утомляемостью, чувством усталости, нехватки сил, а также трудностями в засыпании, частыми ночными пробуждениями и другими агрипническими расстройствами в сочетании с ощущением сердцебиений, головной болью, гипергидрозом и другими вегетативными симптомами. При этом варианте ДНР респонденты несколько чаще, чем при других видах дезадаптации отмечали у себя расстройства в сексуальной сфере, причем основной жалобой было значительное ослабление полового влечения и нежелание вступать в сексуальные контакты с лицами противоположного пола. Снижения настроения и затруднения общения с другими людьми обычно не отмечалось, но имелись указания на периодическую тревожность. Кроме того, несколько чаще возникали расстройства ипохондрического характера, связанные с повышенной концентрацией внимания на телесных функциях (на работе сердца, пульсе, пищеварении), что логично объяснялось наличием вегето-сосудистой дисфункции, характерной для астено-вегетативного варианта ДНР. Субъективно эти явления никогда не рассматривались респондентами как свидетельство нервно-психического расстройства. Чаще всего они были поводом

для приобретения анальгетиков, Я-адреноблока-
торов, иногда препаратов нитроглицеринового
ряда и гомеопатических средств с целью само-
коррекции имеющихся вегетативных наруше-
ний. В некоторых случаях имело место обраще-
ние респондентов к врачам соматического про-
филя, где после констатации соматического здо-
ровья, они не получали адекватной помощи. В

случаях фиксации имеющейся симптоматики,
астено-вегетативные проявления начинали «об-
растать» депрессивно-ипохондрическими пере-
живаниями, формируя симптоматику клиничес-
ки выраженного невротического расстройства.
Данный вид ДНР, как правило, возникал на фоне
временного усиления нагрузки на работе и со-
четался с нагрузками в быту.

Таблица 3

**Усредненные показатели по симптоматическим шкалам методики Е. Александровича у
респондентов основной группы с различными вариантами ДНР**

Шкалы	max	Астено-субдепрес- сивный вариант (n=14)	max	Астено- вегетативный вариант (n=41)	max	Эмоционально неустойчив. вариант (n=25)
I	22	9±2,646	47	19±3,034	54	16±2,61
II	32	18±2,05	27	8±2,577	26	6,5±1,452
III	24	13±2,154	33	17±2,251	37	16±1,758
IV	16	10±0,9782	27	13±2,061	26	4±1,304
V	25	16±2,606	28	16±1,663	42	24,5±1,76
VI	29	17±3,027	35	26±1,601	29	16,5±1,379
VII	15	7±1,617	38	12±3,27	25	4,5±1,55
VIII	17	4±1,903	28	4±2,25	25	4,5±1,23
IX	22	12±2,324	16	5±1,326	22	8±1,309
X	20	15±1,577	20	9±1,406	17	8±0,9722
XI	9	4±1,214	18	9±1,75	17	4,5±1,186
XII	20	8±2,421	23	12±1,726	28	12±1,621
XIII	84	42±9,429	117	68±6,015	131	41±5,255
Конверс.	19	11±2,027	19	13±1,403	46	17±2,023
Вег-сосуд.	30	14±3,1	49	26±2,898	37	8±1,878
Пищев.	31	11±3,074	39	12±3,354	21	8±1,009

Эмоционально неустойчивый вариант ДНР.
Эмоционально неустойчивый вариант ДНР об-
наруживал более высокие значения показателей
по шкале истерических расстройств и по шкале
конверсионных нарушений по сравнению с ас-
тено-субдепрессивным и астено-вегетативным
вариантами ДНР (Табл. 3) ($p<0,01$ и $p<0,05$ со-
ответственно). В то же время значения показате-
лей рассматриваемого варианта ДНР уступали
астено-субдепрессивному варианту и среднему
значению для всей группы ДНР по шкале
депрессивных расстройств ($p<0,001$); астено-
вегетативному варианту – по шкалам неврате-
нических расстройств и вегето-сосудистых на-
рушений ($p<0,01$), и обоим вариантам ДНР по
шкале агрипнических расстройств ($p<0,05$ и
 $p<0,01$). Характерными жалобами при эмоцио-
нально неустойчивом варианте ДНР были жа-
лобы на легко возникающую раздражитель-
ность, нетерпеливость, быструю смену настро-
ения, ощущение внутреннего дискомфорта и
неудовлетворенности. Чаще всего этот вариант
ДНР возникал у лиц с преморбидной эмоцио-
нальной лабильностью и демонстративностью.

При этом, испытуемыми отмечалось частое же-
лание действовать «созвучно эмоциональным
порывам», «переживание обыденных ситуаций
как субъективно стрессовых». Более частые кон-
фликтные ситуации, возникающие на этом фоне,
не приводили, однако, к ограничению или труд-
ностям в общении с окружающими, отличались
незначительной глубиной расстройств и отсут-
ствием устойчивой межличностной конфликт-
ности. Часть респондентов во время стрессовой
ситуации отмечали у себя легкое «онемение ки-
стей рук», «затрудненное дыхание», что не рас-
ценивалось ими как явление болезненное, так
как имело быстро преходящий характер и не за-
трудняло функционирование. Подобную синдро-
мально не оформленную психопатологическую
симптоматику, можно было рассматривать как
рудиментарные, нечетко выраженные конверси-
онные проявления в рамках доклинического эта-
па невротических расстройств. Частыми выска-
зываниями респондентов были «чувство внут-
реннего напряжения», «ощущение недооценки
со стороны окружающих» и «ощущение неспра-
ведливости». Данный вариант ДНР возникал, как

правило, на фоне общей астенизации под влиянием в большинстве случаев профессиональных факторов и провоцировался любой эмоционально насыщенной ситуацией. Фиксирование психопатологической симптоматики приводило к усугублению преморбидных личностных черт, появлению поведенческих нарушений, обусловленных эмоциональными порывами, реакциям на субъективно стрессовые ситуации по типу «клише», конверсионным нарушениям, что формировало стойкую межличностную конфликтность в рамках невротического расстройства.

Астено-субдепрессивный вариант ДНР. Анализируя средние значения показателей шкал при астено-субдепрессивном варианте ДНР (Табл. 3), следует отметить, что по сравнению со средними значениями для всей группы ДНР и другими вариантами ДНР статистически достоверно более высокие значения были получены по шкале депрессивных расстройств ($p < 0,001$). Следует особо отметить высокие показатели по шкале трудностей в социальных контактах, что при рассматриваемом варианте ДНР было достоверно выше, чем при других вариантах ДНР ($p < 0,01$). Это обстоятельство, по нашему мнению, отражало специфику субдепрессивной симптоматики доклинического уровня, проявляющейся легкими поведенческими нарушениями, такими как стремление к одиночеству, уменьшению социальных контактов. Кроме того, имел место высокий показатель по агрипнической шкале ($p < 0,05$) по сравнению с эмоционально неустойчивым вариантом. ДНР с преобладанием астено-субдепрессивного радикала уступало ДНР с преобладанием эмоциональной неустойчивости по шкалам истерических и конверсионных нарушений ($p < 0,01$), а от астено-вегетативного варианта ДНР отличалось – более низкими значениями показателей по шкалам неврастенических расстройств и вегетативных дисфункций ($p < 0,05$). Респондентами констатировалось ощущение внутреннего напряжения, усталости, «неясности головы», поверхностный ночной сон. Имела место склонность к пессимизму, при этом собственно депрессивной симптоматики не от-

мечалось, последнее ограничивалось чувством печали и ощущением неясного душевного дискомфорта. При данном типе дезадаптации респонденты несколько чаще, чем при других вариантах ДНР отмечали у себя явления навязчивостей в виде частой перепроверки выполненной работы, навязчивых сомнений в правильности выполнения задания, что сами испытуемые связывали с чувством неуверенности в себе. Лица с астено-субдепрессивным вариантом ДНР не относили свое состояние к болезненному проявлению, ссылаясь на рабочие и общежитейские проблемы, и обычно не практиковали приема каких либо медикаментов с целью коррекции своего состояния. Довольно типичным оказывался уход от проблем в работу: респонденты говорили, что «надо взять себя в руки» и «за работой все пройдет». В случаях фиксации состояния дезадаптации отмечалась смена ощущения внутреннего напряжения более осознанной тревогой, снижением продуктивности труда, стремлением к одиночеству, ухудшением настроения к концу рабочего дня, более выраженными агрипническими нарушениями. Астено-субдепрессивный вариант ДНР возникал как на фоне переутомления на работе, так и на фоне астенизирующих семейно-бытовых обстоятельств.

Подводя итог, следует отметить, что ДНР в обеих группах характеризовались субклиническим уровнем проявлений при отсутствии нарушений межличностных отношений и субъективного чувства болезни. Выявленное преобладание доклинических форм в основной группе в большей степени было обусловлено астено-вегетативным вариантом ДНР. Отмечена также большая встречаемость ДНР эмоционально неустойчивого типа у музыкально-педагогических работников.

Наличие ДНР у музыкантов-педагогов следует считать фактором риска появления у них клинически выраженных форм невротических расстройств, что требует проведения специфических психокоррекционных мероприятий на доклиническом этапе развития психопатологического процесса.

ХАРАКТЕРИСТИКА НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У МУЗИЧНО-ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ НА РАННІХ, ДОКЛІНІЧНИХ ЕТАПАХ ФОРМУВАННЯ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького

Дана робота присвячена вивченню доклінічного етапу формування невротичних розладів у музично-педагогічних працівників у рамках клініко-динамічного підходу. Скринінгові дослідження з наступним використанням клініко-анамнестичного й патопсихологічного методів дозволили виділити декілька варіантів доклінічних невротичних розладів, проаналізувати особливості їхньої психопатологічної симптоматики для подальшого використання цих знань із метою розробки психопрофілактичних і психокорекційних заходів, спрямованих на запобігання виникнення клінічних форм невротичних розладів в осіб даної професійної групи. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2007. — № 1 (17). — С. 86-91)

О.І. Osokina

THE CHARACTERISTIC OF NEUROTIC DISORDERS AT IS MUSICAL-PEDAGOGICAL WORKERS ON EARLY, SUBCLINICAL STAGES OF FORMATION OF PSYCHOPATHOLOGICAL PROCESS

Donetsk state medical university

This article is devoted to studying subclinical forms of neurotic disorders at musical-pedagogical workers within the limits of the clinical-dynamic approach. Screening with subsequent using of clinical and pathopsychological methods have allowed to allocate some variants of subclinical neurotic disorders. The analyses of different features of their psychopathological symptoms is necessary for further use of this knowledge with the purpose of development psychocorrective actions directed on prevention of occurrence of clinically outlined forms of neurotic disorders at persons of this professional group. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 86-91)

Литература

1. Абрамов В.А., Кутько Н.И., Напреенко А.К. и др. Диагностика состояний психической дезадаптации. — Метод. реком., Донецк, 1992. — 20 с.
2. Абрамов В.А., Пуцай С.А., Ковалев Н.А. Состояния психической дезадаптации в организованной популяции трудящихся // Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации при нервно-психических и наркологических заболеваниях. — 1990. - Т.1. — С. 4-6.
3. Акерман Е.А. Невротические расстройства у работников крупного промышленного предприятия (эпидемиология, клиника, профилактика). Дис. ... канд.мед.наук.—М., 1987.
4. Бурцев А.К. Невротические расстройства у работников ВЦ (эпид., клин., динам., профил.): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Харьков, - 1996. — 26 с.
5. Бурцев А.К. Невротические расстройства у работников вычислительных центров: диагностика, профилактика // Журнал псих. и мед. психологии. — 1995. - №1. - С. 57-60.
6. Величковская С.Б. Зависимость возникновения и развития стресса от факторов профессиональной деятельности педагогов. Дис. ... канд. психол. наук. - М., 2005.
7. Исурина Г.Л. Механизм лечебного действия групповой психотерапии при неврозах // Актуальные вопр. пограничной психиатрии. — 1989. - Ч.І. — Москва-Витебск. — С. 33-35.
8. Качина А.А. Психологическая структура профессионального стресса у менеджеров разного должностного статуса: Дис. ... канд. психол. наук. - М., 2006.
9. Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г. Анализ результатов медико-биологической исследований и клинических испытаний в специализированном статистическом пакете MEDSTAT // Вестник гигиены и эпидемиологии. — 2004. - Т.8. - №1. — С. 155-167.
10. Рыбина О.В. Психологические характеристики врачей в состоянии профессионального стресса: Дис. ... канд. психол. наук. - СПб. - 2005.
11. Свердлов Л.С., Скорик А.И. Экспресс-диагностика функционального состояния // Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации. — 1990. - Т.1. - С. 97-99.
12. Семке В.Я. Ранняя диагностика и психопрофилактика пограничных состояний // Актуальные вопросы пограничной психиатрии. — 1989. -Ч.І. — Москва-Витебск.—С. 87-90.
13. Табачников С.И., Чуркин А.А., Найдено С.И. Новые организационные формы психотерапии больных с пограничными нервно-психическими расстройствами // психология и медицина. Тез. докл. 1 Украинского семинара мед. психологов. — 1994. - Донецк-Харьков. - 37 с.

Поступила в редакцию 27.04.2007