

жировой ткани. Промежуточная жировая ткань - важный и полезный, но не абсолютный ориентир в клинической практике, а разделение фасций может быть выполнено даже при отсутствии жировой ткани.

**Ключевые слова:** височная фасция, ангиосомный височный лоскут.

fabric. Intermediate fatty fabric is important and useful, but not absolute orientir in clinical practice, and the division of fascia can be executed even in default of fatty fabric.

**Keywords:** temporal fascia, angiosome temporal flap.

Стаття надійшла 12.01.12 р.

УДК 616.24-003.6-071.2-072.8-08:615.851

Л. О. Васякіна

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

## СТРУКТУРА АНКСІОЗНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ НА ПНЕВМОКОНІОЗ

На підставі системного підходу отримані дані щодо структури, динаміки патофизиологічних механізмів формування анксіозних станів у хворих на пневмоконіоз. Вивчені особливості психопатологічних порушень і особистісні особливості даної категорії хворих. Виявлені фактори, що сприяють розвитку анксіозних станів на фоні соматичного захворювання і патофизиологічні механізми взаємного обтяження.

**Ключові слова:** пневмоконіоз, анксіозні стани, психопатологічні розлади, патофизиологія.

Однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини залишається проблема психічних розладів при соматичних захворюваннях. Особлива роль приділяється патології легеневої системи, що обумовлено наявністю великої кількості важких ускладнень (емфізема, серцево-легенева недостатність та ін.), які займають у структурі летальності одне з провідних місць, при даній патології [1, 2, 4, 5, 10, 12].

Однією із ключових ланок патогенезу психосоматичних захворювань є наявність тривало існуючого негативного емоційного стану. При цьому максимальне патогенне значення мають ті емоції, вираження яких регламентовано існуючими соціальними, морально-етичними нормами (страх, гнів, агресія) [6 – 9]. Медичних досліджень в яких би була відображена патогенетична близькість вегетативних, циркуляторних, метаболічних порушень, що супроводжують анксіозні стани при захворюваннях легеневої системи, у сучасній медичній літературі майже нема. Дотепер проблема анксіозних станів при психосоматичних захворюваннях залишається мало розробленою, в основному обмежуючись вивченням страху смерті та станів тривоги при хронічних обструктивних захворюваннях легень (ХОЗЛ) та нападах бронхіальної астми, ішемічній хворобі серця (ІХС) і гіпертонічній хворобі (ГХ) [4, 11 – 14].

**Метою** роботи було визначення структури, динаміки і патофизиологічних механізмів формування анксіозних станів у хворих на пневмоконіоз та їх вплив на ефективність загальної терапії.

**Матеріал та методи дослідження.** Використані клінічне, клініко-психопатологічне спостереження та психодіагностичне дослідження з використанням Мінесотського багатопрофільного особистісного опитувальника (ММРІ), шкали реактивної та особистісної тривожності Спілберґера – Ханіна, особистісного опитувальника Бехтеревського інституту («ООБІ»); клініко-математичний аналіз.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Нами проведено комплексне вивчення 128 хворих на пневмоконіоз (ПнК) з анксіозними станами, що були розподілені на 3 клінічні групи. Першу групу склали 28 хворих на ПнК з 1 стадією захворювання, у другу включені 54 хворих на ПнК з 2 стадією захворювання, у третю – 46 хворих, у яких діагностовано ПнК 3 стадії. Серед обстежених було 23 жінки (17,96 %) і 105 чоловіків (82,04 %). Середній вік обстежених хворих склав  $48,64 \pm 7,24$  років. У контрольну групу були включені 30 хворих на ПнК 2 стадією без ознак анксіозних станів.

Диференціація анксіозних станів проводилася на тривогу, страх, як емоцію, що має конкретну адресну спрямованість, і фобію, як емоцію страху, синдромально окреслену в структурі обсесивно-фобічного. У дослідження були включені хворі з анксіозними станами, представленими тривогою та страхами.

Дослідження анксіозних станів показало наявність у всіх обстежених хворих як тривоги, так і страху, причому самостійно пред'явили скарги на почуття страху лише 26 хворий (17,5 %). Формування анксіозних станів здійснювалося у хворих на ПнК 1, 2 ст. та ПнК 3 стадії різними шляхами. У 58 (70,73 %) хворих на ПнК 1 і 2 стадією і 34 (73,91 %) хворих 3 стадії відзначили первинність виникнення тривоги з подальшим розвитком почуття страху, 42 (51,21 %) хворих на ПнК 1 і 2 стадією і 21 (45,65 %) хворих 3 стадії не змогли простежити зв'язок виникнення тривоги з якими-небудь зовнішніми факторами, 8 (9,75 %) хворих на ПнК 1 і 2 стадією і 9 (19,57 %) хворих на ПнК 3 стадією відзначили, що тривога виникла при перших ознаках соматичного неблагополуччя або при встановленні діагнозу, 11 (13,42 %) хворих на ПнК 1 і 2 стадією і 4 (8,70 %) хворих на ПнК 3 стадією – після негативної соціально значимої події в своєму житті (зміна місця роботи, соціального статусу і т.п.). Процес виникнення тривоги також мав свої особливості у хворих досліджуваних груп. Так, 45 (54,88 %) хворих на ПнК 1 і 2 стадії найчастіше як причину виникнення страху називали наступні фактори: крах (чи погроза краху) власному соціальному благополуччю або благополуччю близьких, у 13 (18,85 %) хворих на ПнК 1 і 2 стадії, відзначили, що почуття страху уперше виникло в них при соматичному

неблагополуччі (погіршення респіраторної функції, вегетативними реакціями, болю в грудній клітці і т.д.). Для 29 (63,04 %) хворих на ПнК 3 стадією характерним фактором фабулізації тривоги було соматичне неблагополуччя. Як правило, у них мала місце фіксація почуття страху, що супроводжувала первинний приступ задухи. Первинність виникнення страху стосовно тривоги відзначили лише 23 (28,05 %) хворих на ПнК 1 і 2 стадією і 9 (19,57 %) хворих на ПнК 3 стадією.

Розподіл факторів, що сприяли виникненню страху, у обстежених групах було аналогічним розподілу факторів виникнення тривоги. Частота виникнення анкіозних станів відзначалася більшою в хворих на ПнК 3 стадією, а також у хворих на ПнК 2 стадією.

Так, біля половини хворих 2-й і 3-й груп (41,66 % і 54,76 % відповідно) тривога турбувала щодня чи постійно, тоді як 46,67 % хворих 1-й групи – 1 – 2 рази на тиждень. Почуття страху значиме частіше виникало в хворих на ПнК 3 стадією – щодня і постійно у 30,95 % обстежених при аналогічних показниках у хворих на ПнК 1 і 2 стадією 6,67 % ( $p < 0,01$ ) і 12,50 % ( $p < 0,05$ ) відповідно. Мінімальна тривалість тривожних станів відзначалася у хворих на ПнК з 1 стадією, максимальна, однак порівняно з тривалістю соматичного захворювання – у хворих на ПнК 3 стадією. В процесі прогресування легеневої недостатності, а також ускладнення її, адекватність оцінки обґрунтованості анкіозних станів хворими зменшувалася: зростала кількість осіб, що розцінювали свої страхи як такі, що мають реальну підставу. Це могло бути зв'язане як з ускладненням симптоматики у хворих на ПнК, так і з характером перебігу хвороби. Так, 53,33 % хворих на ПнК 1 стадії усвідомлювали безпідставність своїх побоювань. У групах хворих на ПнК з 2 стадією, та хворих на ПнК 3 стадією оцінювали свої страхи як перевищуючі реальну небезпеку 60,42 % і 54,76 % обстежених відповідно.

На відміну від хворих на ПнК 1 і 2 стадією, у групі хворих на ПнК 3 стадією відзначалася добова динаміка анкіозних станів: у вечірній і нічний час у 26 (56,52 %) хворих групи 3 посилювалася тривога, у 16 (34,78 %) виникали чи посилювалися страхи. Вочевидь, це було обумовлено характером перебігу соматичного захворювання, тенденцією до виникнення приступів задухи саме в нічний час.

У більшості обстежених хворих почуття страху супроводжувалося деякими соматичними чи вегетативними проявами. Найбільш часто анкіозні стани супроводжувалися додатковими проявами з боку серцево-судинної системи (болі в області серця, серцебиття і т.п.), сенсорними (почуття ознобу чи жару, шум у вухах ін.) і вегетативними (сухість чи гіпергідроз, коливання артеріального тиску ін.).

При аналізі страхів з'ясувалося, що найбільш поширеним був страх смерті (81,67 %), причому самостійно серед пред'явлених скарг вказали на його наявність лише 26 хворих (20,63 %). У 5 хворих (3,97 %) страх смерті зустрічався ізольовано, тоді як у 95 (75,39 %) відзначалося його сполучення з іншими різновидами страхів: хвороби, немочі, втрати або невиліковності хвороби, замкнутого чи відкритого просторів, темряви, висоти, незнайомої ситуації, страшних снів, самотності, соціальної неспроможності й ін.

Широку розповсюдженість серед хворих на ПнК мали соціальні страхи, що обумовлено цілим рядом об'єктивних і суб'єктивних факторів. З одного боку, умови соціально-політичного укладу суспільства, які постійно змінюються, сприяють виникненню тривожних побоювань за власне соціально-економічне благополуччя. З іншого боку, розвиток соматичного захворювання приводить до астенизації хворого, обмеженню його фізичних можливостей, працездатності в цілому, і як наслідок – до думок про власну неспроможність, неможливість виконання колишнього обсягу роботи, припинення кар'єрного росту, зниження соціального статусу, втрату роботи, безробіття, бідність. Розподіл домінуючих різновидів страху в досліджуваних групах хворих мав свої особливості (табл. 1).

Таблиця 1

**Розподіл домінуючих страхів у хворих на ПнК (%)**

<i>Різновиди страху</i>	<i>ПнК 1 стадія</i>	<i>ПнК 2 стадія</i>	<i>ПнК 3 стадія</i>
Смерті	6,67	8,33	38,10
Хвороби	3,33	4,17	14,29
Болю (приступу)	6,67	6,27	30,95
Старості	3,28	4,17	14,29
Втрати близьких	36,67	37,50	7,14
Хвороби близьких	40,00	35,42	2,38

Так, у 74,36 % хворих на ПнК 1и 2 стадії захворювання переважними були соціальні страхи. У групі хворих 3 стадії спостерігалася протилежна тенденція: максимальну виразність у  $90,48 \pm 4,53$  % хворих мали страхи смерті, хвороби і болю, старості і немочі, у той час як страх за близьких не набував настільки актуального значення. Розподіл інших різновидів ситуаційних і соціальних страхів, представлений у табл. 2. Непсихотичні психічні розлади у хворих на ПнК з анкіозними станами характеризувалися широким спектром психопатологічних порушень. Найбільш поширеними симптомами були: втомлюваність (82,50 %), дратливість (78,33 %), часті коливання настрою (52,50 %), загальна слабкість (49,17 %). Серед хворих на ПнК 3 стадії достовірно частіше, а ніж серед хворих на ПнК 1 та 2 стадії.

У цілому, виявлена симптоматика відрізнялися поліморфізмом, помірною виразністю, статичністю, залежністю від соматичного стану хворого. Типовим для всіх груп обстежених хворих з'явилася наявність астеничного синдрому, структура якого характеризувалася широким колом переважно астеничних радикалів: слабкістю, втомлюваністю, нестійкістю пам'яті та уваги, емоційною лабільністю, тривожністю, дратливою. Незважаючи на наявність базового астеничного синдрому у 115 хворих (91,26 %), в ізольованому вигляді він

зустрічався лише у 11 хворих (8,74 %) переважно на початкових стадіях соматичного захворювання. При прогресуванні і пролонгованні перебігу соматичного захворювання астенична симптоматика ускладнювалася, доповнювалася іншими невротоподібними проявами.

Таблиця 2

## Представленість ситуаційних та соціальних страхів у хворих на ПнК (%)

<i>Різновиди страху</i>	<i>ПнК 1 стадія</i>	<i>ПнК 2 стадія</i>	<i>ПнК 3 стадія</i>
Замкнутого простору	30,00	35,42	40,48
Самітності	33,33	41,67	33,33
Неспроможності	36,67	29,17	33,33
Бідності	10,00	10,42	14,29
Безробіття	13,33	14,58	11,90
Втрати службового стану	30,00	31,25	30,95

У рамках астено-іпохондричного синдрому, діагностованого у 45 хворих (35,71%), психічний стан майже цілком визначався переживаннями, зосередженими на хворобі та її можливих наслідках у соціальному, сімейному й індивідуальному аспектах. Такі хворі пред'являли велику кількість невизначених соматичних скарг, були переконані у важкості, невиліковності своєї хвороби. Відмічалася переоцінка власних почуттів, постійне контролювання за діяльністю внутрішніх органів. Питаннями власного здоров'я майже обмежувалося коло їх інтересів. Внаслідок зниження рівня домагань значно знижувалась соціальна активність хворих, з'являлася тенденція до відходу від вирішення життєвих проблем. На фоні пригніченого настрою відмічалася загальна слабкість, дратливість, тривожність, порушення сну.

Астено-депресивний синдром було виділено у 29 обстежених (23,01 %). Поряд із вираженою астеною, основною скаргою цих хворих був пригнічений фон настрою. Песимістичне відношення хворих до оточення, однак, відокреслювалося переважно зоною власного соматичного захворювання і актуальної психотравмуючої ситуації. Типовими були скарги на знесилювання, втрату бажань і прагнень. Висловлювалася невіра у можливість видужати, позбутися від страхів. Відмічалася почуття внутрішньої напруги, невпевненості, немотивованої тривожності.

Астено-вегетативний синдром, діагностований у 22 хворих (17,46 %), характеризувався поєднанням різноманітних соматовегетативних компонентів і емоційних порушень з перевагою перших. Підґрунтям для виділення цього синдрому і відокреслення соматичних скарг в його структурі була відсутність об'єктивного зв'язку з основним захворюванням, підтверджена даними інструментальних досліджень. Це підкреслює первинний характер психічної складової в генезі виділеного синдрому і вказує на соматизацією актуальних ознак психічного дискомфорту. Хворі пред'являли скарги на головний біль, неприємні почуття в області серця, живота, парестезії у кінцівках, «спазми» різної локалізації, почуття похолодання у кінцівках, пітливість. Ці порушення частіше виникали при емоційно напружених ситуаціях, що зачіпали індивідуально значущі цінності. Відмічалася виражені вегетативні кореляти: почуття серцебиття, почервоніння чи збліднення шкіри, гіпергідроз. Для всіх хворих з астено-вегетативним синдромом типовою була мінливість гостроти, інтенсивності хворобливих почуттів, нерозривний зв'язок з афективними порушеннями.

Слід зазначити, що при наявності ансіозних станів у всіх досліджуваних хворих домінування тривожних розладів в структурі психопатологічної симптоматики відмічалася лише у 16 осіб (12,70 %), що обумовило виділення астено-тривожного синдрому. Основними скаргами у цих хворих були постійна тривожність, занепокоєння, почуття внутрішньої напруги. Переважали побоювання, що відносилися до сфери соматичного здоров'я. Крім того, тривожність торкалася й інших сфер життя хворих, була спрямована як на близьке, так і віддалене майбутнє. Для хворих з астено-тривожним синдромом характерним був дистимічний компонент емоційних порушень, часті коливання настрою (переважно різке погіршення). Загострення тривожності супроводжувалося вегетативними корелятами: пітливістю, гіпергідрозом кінцівок, почуттям жару, серцебиттям та ін.

У 9 хворих (7,14 %) нами спостерігалися прояви структурного симптомокомплексу екзистенціальної недостатності. Основними компонентами були скарги на почуття внутрішньої спустошеності, апатію, втрату сенсу життя. Хворі відмічали безперспективність майбутнього, незадоволеність прожитими роками. Все це викликало стан постійної тривожності, пригніченості. Страчувалося почуття радості, звужувалося коло інтересів, обмежувалися соціальні контакти.

Компоненти істероформних розладів визначалися у 8 хворих (6,35 %) і характеризувалися емоційною лабільністю, зміною бурхливих почуттів, часто протилежної направленості. Вегетативні розлади проявлялися перепадами настрою, почуттями жару або ознобу, парестезіями. Для цих хворих була притаманна позиція «вигідності» хвороби. Окремі рудиментарні елементи істероформних розладів були мозаїчно представлені в структурі астено-іпохондричного та астено-вегетативного синдромів.

Обсесивно-компульсивні розлади зустрічалися у 7 хворих (5,55 %) і також характеризувалися клінічною незавершеністю. В структурі астено-депресивного, астено-тривожного та астено-іпохондричного синдромів відмічалася поодинокі компоненти нав'язливостей. Переважно це були нав'язливі сумніви про правильність діагнозу та прийому ліків. Нав'язливі сумніви торкалися професійної сфери. Фрагментарні

нав'язливі спогади були пов'язані з гострою психотравмуючою ситуацією, що з'явилася пусковим моментом виникнення анкіозних станів.

Анкіозні стани у хворих з різними психопатологічними синдромами мали деякі особливості. Так, нечисленними і найменш інтенсивними були страхи у хворих з ізольованим астенічним синдромом, представлені, в основному, групою соціальних страхів. Анкіозні стани у хворих з астено-іпохондрічним синдромом відрізнялися переважною спрямованістю на власне біологічне благополуччя, з астено-депресивним синдромом – наявністю статичних фіксованих соціальних страхів за близьких і страху самотності, з астено-вегетативним синдромом – коморбідністю із соматовегетативними компонентами страху приступу, відкритого і замкнутого простору, висоти, з астено-тривожним синдромом – сполученням постійної тривожності із широким спектром соціальних страхів. Особливу виразність всі психопатологічні прояви набували у періоди погіршення соматичного стану, однак могли зростати або посилюватися на фоні відносно гарного соматичного стану при додатковій дії несприятливих психогенних чинників. В цілому вираженість психопатологічних порушень залежала перш за все від тяжкості і тривалості соматичного захворювання, частоти загострень, характеру психотравмуючої ситуації і знаходилася у прямому взаємозв'язку з частотою, вираженістю і характером анкіозних станів. Таким чином, психопатологічні порушення включалися в зачароване коло психосоматичних співвідношень, тим самим сприяли обтяженню й ускладненню перебігу основного захворювання. Розподіл зазначених синдромів не мав достовірних різниць у досліджуваних групах хворих.

За результатами дослідження за допомогою методики ММРІ основною характеристикою профілю особистості хворих як на 1 та 2 стадіях захворювання, так і на 3 стадії було значне підвищення рівня шкал невротичної тріади (1-а, 3-я і 2-а), що свідчило про виражений емоційний дискомфорт, труднощі адаптації, внутрішню дисгармонію, блокаду мотивованої поведінки.

У хворих на 1 та 2 стадіях захворювання наявність невротичної тріади сполучалася з підвищенням профілю по 7-й шкалі при відносному підвищенні по 0-й і зниженні по 9-й, що характеризувало наявність у них внутрішньої тривоги за стан здоров'я, напруженості, дратівливості, схильності до заглиблення в хворобу, непевності у своїх силах і великої кількості соматичних скарг. Усунення тривоги відбувалося в них, в основному, за рахунок її соматизації і витиснення з формуванням демонстративної поведінки, спрямованої на співчуття і підтримку з боку оточуючих, що могло досягатися не стільки за рахунок підкреслення соматичних скарг, скільки за рахунок афектованої подачі несприятливих психопатологічних порушень. Розходження між 1-ю і 2-ю групами визначалися не характером профілю, а їх кількісними показниками – у хворих на 3 стадії відзначалися більш виражені зміни зазначених шкал.

У групі хворих на 3 стадії, поряд з ведучим значенням 1-ї, 3-ї і 2-ї шкал, відзначалося відносне підвищення профілю по 7-й шкалі і значне зниження по 9-й і 4-й. Найбільш характерними особливостями особистості були: домінування в клінічній картині занепокоєння за стан фізичного здоров'я, підвищена увага до соматичних відчуттів, постійна напруженість, схильність до тривожних реакцій, знижений фон настрою, сенестопатичний модус відчуттів, песимістична оцінка ситуації і перспектив, знижений рівень соціальної активності, обмеження сфери спілкування в зв'язку із соматичним неблагополуччям, зниження продуктивності. Зниження рівня оптимізму й активності, недолік спонукань, знижена самооцінка в сполученні з постійною потребою у визнанні і високій соціальній відповідальності служило для цих хворих ще одним фруструючим фактором. У контрольній групі конфігурація усередненого профілю особистості відрізнялася деяким підвищенням по 1-й, 2-й і 3-й шкалах, однак кількісні показники цих шкал знаходилися в межах нормативного коридору значень. У цілому сполучення різноспрямованих тенденцій у хворих на ПнК з анкіозними станами – показників як гіпо-, так і гіперстенічних властивостей особистості, відображало змішаний тип реагування. При цьому висока потреба самореалізації сполучалася з високим самоконтролем і тенденцією до стримування поведінкових реакцій. Неможливість як невротичного, так і поведінкового відреагування, наприкінці привело до загальної перенапруги і виявлялося психосоматичним варіантом дезадаптації.

Аналіз результатів дослідження за допомогою шкали самооцінки Спілбергера – Ханіна дозволив установити такі закономірності. Рівень як реактивної, так і особистісної тривожності у хворих усіх клінічних груп вірогідно перевищував аналогічні показники контрольної групи (у всіх випадках  $p < 0,05$ ). У хворих на ПнК 1 та 2 стадії, високий рівень реактивної тривожності ( $52,8 \pm 1,6$  і  $58,3 \pm 2,3$  бали відповідно в 1-й і 2-й групах хворих) відображав тенденцію особистості до виникнення негативних реакцій на різні, особливо соціальні, стресори, сприйняття негативного відношення до себе, чекання погрози своєму престижу. Хворим на 3 стадії, крім високої реактивної тривоги ( $55,6 \pm 1,9$  балів), була притаманна висока особистісна тривожність ( $60,2 \pm 2,4$  балів) як риса, властивість, відносно стійка схильність людини сприймати погрозу своєму «я» у всіляких ситуаціях. За даними методики «ООБІ» найбільш розповсюдженими серед досліджених хворих з анкіозними станами були тривожний ( $29,17 \pm 4,15\%$  обстежених), іпохондрічний ( $20,00 \pm 3,65\%$ ) і ергопатичний ( $17,50 \pm 3,47\%$ ) типи ставлення до хвороби. Проведене комплексне патопсихологічне обстеження хворих на ПнК з анкіозними станами дозволило виявити ряд особистісних особливостей, що приймають участь у формуванні психосоматичних взаємин.

#### **Висновки**

1. Анкіозні стани представлені у хворих на ПнК двома основними психопатологічними варіантами: тривогою у сполученні з біологічними, та тривогою з ситуаційними і соціальними страхами. Вони характеризуються

тенденцією до зростання інтенсивності і розширенням спектра актуальних страхів у міру прогресування соматичного захворювання, а також ускладнення психопатологічної симптоматики.

2. Зміст домінуючого анкіозного стану має свої особливості в залежності від стадії захворювання, з тенденцією до спрямованості на власне біологічне існування у хворих на 3-й стадії і на соціальне благополуччя на 1 – 2 стадіях захворювання.

3. Переважним шляхом формування анкіозних станів є первинність виникнення безпричинної тривоги з наступною її фабулізацією і розвитком страху під впливом соматичного неблагополуччя у хворих на 3 стадії (69,05 %) і різних психотравмуючих соціальних і ситуаційних факторів у хворих на 1 і 2 стадіях (57,69 %).

4. Для хворих на ПнК з анкіозними станами характерним є наявність сполученої психопатологічної симптоматики у виді ведучого астеничного синдрому (95,83 %), астено-іпохондричних (35,71 %), астено-депресивних (23,01 %), астено-вегетативних (17,46 %), астено-тривожних (12,70 %) і інших (6,18 %) неврозоподібних розладів.

5. Конфігурація психологічного профілю особистості хворих на ПнК з анкіозними станами характеризується певним ранжируванням ознак за ступенем питомої ваги: підвищенням рівня невротизації, іпохондризації, тривожності, схильністю до формування фіксованих страхів.

6. Високий рівень реактивної тривоги у хворих на ПнК 1 стадії ( $52,8 \pm 1,6$  бали) та ПнК 2 стадії ( $58,3 \pm 2,3$  балів) відображає тенденцію особистості до виникнення негативних реакцій на різні стресори. Висока особистісна тривожність у хворих 3 стадії ( $60,2 \pm 2,4$  балів) свідчить про наявність предиспозиції, що сприяє виникненню реакцій тривоги.

#### Література

1. Измеров Н. Ф. Стресс на производстве как важная составляющая проблемы психического здоровья в обществе / Н. Ф. Измеров, Т. Д. Лапенецкая, В. В. Матюхин // Российский психиатрический журнал. – 2005. – №2. – С. 10 – 14.
2. Менделевич Д. М. Актуальные вопросы формирования и течения пограничных нервно-психических расстройств при воздействии профессиональных вредностей / Д. М. Менделевич, К. К. Яхин // Гигиена труда и профзаболеваний. – 1985. – №8. – С. 48 – 50.
3. Семке В. Я. Психоадапционные и психодезадапционные состояния : экстранозологические и психопрофилактические аспекты / В. Я. Семке // Профилактика нервно-психических заболеваний. – Томск, 1993. – С. 176 – 180.
4. Басанец А. В. Особенности функциональных нарушений бронхолегочной системы у рабочих угольной промышленности / А. В. Басанец, Т. А. Остапенко // Український журнал з проблем медицини праці. – 2005. – № 1. – С. 12 – 15.
5. Чуркин А. А. Психическое здоровье населения России в 1985 – 1995 гг. / А. А. Чуркин // Российский психиатрический журнал. – 1997. – № 1. – С. 53 – 58.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3<sup>rd</sup> edn. revised) (DSM-III). Washington, DC : APA ; 1980.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3<sup>rd</sup> edn. revised) (DSM-III-R). Washington, DC : APA ; 1987.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> edn) (DSM-IV). Washington, DC : APA ; 1994.
9. Beck A. T. Cognitive psychotherapy and the emotional disorders / A. T. Beck. – American book. – New York, 1984.
10. Casey D. E. Striking a balance between safety and efficacy : experience with the SSRI / D. E. Casey // Intern. Clin. Psychopharmacol. – 1994. – Vol. 9. – Suppl. 3. – P. 5 – 12.
11. Desjarlais R. World mental health : problems and priorities in low-income countries / R. Desjarlais, L. Eisenberg, B. Good. – New York : Oxford university press, 1995.
12. Greenberg P. E., Stiglin L. E., Finkelstein S. N. // J. Clin. Psychiatry. – 1993. – Vol. 54. – P. 405 – 418.
13. Katon W., Sullivan M. D. // J. Clin. Psychiatry. – 1990. – Vol. 51. – P. 3 – 11.
14. Nemeroff Ch. B. // J. Clin. Psychiatry. – 1994. – Vol. 55. – Suppl. 12. – P. 3 – 15.

#### Реферати

##### СТРУКТУРА АНКЦИОЗНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ ПНЕВМОКОНИОЗОМ

Васякина Л.А.

На основании системного подхода получены данные относительно структуры, динамики патопсихологических механизмов формирования анкіозных состояний у больных пневмокониозом. Изучены особенности психопатологических нарушений и личностные особенности данной категории больных. Выявлены факторы, которые способствуют развитию анкіозных состояний на фоне соматического заболевания и патопсихологические механизмы взаимного осложнения.

**Ключевые слова:** пневмокониоз, анкіозные состояния, психопатологические расстройства, патопсихология.

Статья надійшла 01.02.2012 р.

##### STRUCTURE ANXIETY STATES AMONG PATIENTS PNEUMOCOONIOSIS

Vasyakina L.A.

The structure, dynamics and clinical-psychological manifestations of pneumoconiosis patients with anxiety states were investigated from the position of systemic approach. The psychopathological disturbance's features and personality's peculiarities in studied patients were research. The anxiety state's promoting development factors on a hum noise of somatic disease and patopsychology mechanisms of mutual burdening are revealed.

**Key words:** pneumoconiosis, anxiety states, psychopathology disorders, patopsychology.