

ЛИЧНОСТНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ НЕВРАСТЕНИЕЙ

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», Харьков

Определены патопсихологические особенности больных резистентными формами неврастения. Показано, что выраженная экстернальность личности обуславливает отсутствие мотивации к самоизменению и саморазвитию, что в сочетании с низким энергетическим потенциалом личности приводит к ощущению собственной беспомощности, формирует позицию недовольства настоящим и ожидания изменения обстоятельств в будущем. Низкий уровень синергии, однообразие поведенческих реакций, неприятие других и собственной агрессивности приводит к нивелированию любых положительных моментов, обострению уровня неудовлетворенности, проявляясь в ипохондрично-неврастеническом отношении к собственной болезни и жизни в целом, пассивности.

Ключевые слова: резистентность, неврастения, патопсихологические особенности.

Одной из наиболее актуальных проблем современного общества являются невротические расстройства, которые имеют стойкую тенденцию к увеличению и характеризуются постоянной клинической трансформацией в ответ на изменения условий жизни и социума, что определяет диагностические, прогностические сложности, а также способствует рецидивированию, формированию резистентных форм. Именно резистентность часто способствует хронизации болезни, затяжному течению с формированием патохарактерологических расстройств личности, нарушая успешное социальное функционирование индивида и в итоге создавая устойчивую социальную дезадаптацию больных [1–7].

Проблема резистентности в психиатрии активно разрабатывается, однако феномен резистентности при невротической патологии не изучен. В актуальных исследованиях определены понятия, виды, факторы формирования и критерии резистентности при эпилепсии, депрессивных расстройствах и шизофрении [8–11]. Однако эти разработки не представляется возможным перенести в плоскость рассмотрения резистентности невротической болезни. Это связано с различиями в механизмах формирования болезни: в основе невротической патологии лежит, прежде всего, наличие внутреннего конфликта в сложных для личности психотравмирующих обстоятельствах, который потенцирует негативные эмоциональные нарушения и формирует невротическую болезнь.

На сегодняшний день не определены факторы и механизмы формирования, а также критерии диагностики резистентности невротических расстройств, в том числе и с учетом специфики генеза невротического состояния. Именно неизученность проблемы резистентности невротических

в рамках психиатрической науки, несмотря на ее востребованность реалиями клинической практики, свидетельствует об актуальности и необходимости конкретных исследований в этой области [12, 13].

Данные предыдущих исследований позволили выделить две составляющие резистентности невротических расстройств: клинко-психопатологическую, которая формируется при участии преимущественно биологических факторов, и личностную, в развитии которой задействованы психологические механизмы [14].

С целью изучения патопсихологических особенностей пациентов с резистентными формами неврастения для уточнения механизмов и специфики формирования резистентности было обследовано 50 больных неврастениями (согласно МКБ-10 — F48.0), из которых 21 — с признаками резистентности (основная группа) и 29 — без признаков резистентности (контрольная группа).

Для реализации цели исследования использовались следующие психодиагностические методики: самоактуализационный тест (САТ) для изучения особенностей личностной преддиспозиции к саморазвитию (Ю. Е. Алешина и др., 2002) [15]; методика «Тип отношения к болезни» для оценки особенностей личностного реагирования на болезнь (Л. Вассерман и др., 2005) [16]; личностный опросник готовности к изменениям (Personal Change-Readiness Survey) (в адаптации Н. А. Бажанова и Г. Л. Бардиер, 2008) [17]; методика диагностики социально-психологической адаптации для изучения особенностей социально-психологической адаптации и связанных с ней черт личности (К. Роджерс и Р. Даймонд, 2002) [15]; методика исследования стадий психотерапевтических изменений URICA (the University of

Rhode Island Change Assessment Scale) для изучения установок пациентов в процессе психотерапии (McConaughy et al., 1985) [18].

Согласно результатам Personal Change-Readiness Survey больные с резистентными формами неврастении характеризовались значительно более низкими показателями по шкалам «Энергичность» (14,3 балла) и «Изобретательность» (14,8 балла) по сравнению с обследованными контрольной группы, в которой эти показатели составили 18,6 и 19,7 балла соответственно при $p \leq 0,05$ и $p \leq 0,01$.

Пациенты с резистентным типом неврастении характеризовались более низкими показателями по шкалам «Адаптивность» (13,1 балла в основной группе и 15,8 балла — в контрольной) и «Оптимизм» (15,1 балла и 17,8 балла соответственно).

Таким образом, у больных с резистентными формами неврастении были низкий уровень энергетического потенциала личности (пониженный жизненный тонус) и выраженное однообразие, т. е. отсутствие изобретательности в поиске новых вариантов решений, сниженные оптимизм и адаптивность, влияющие на общий уровень личностной готовности к переменам (15,5 балла у больных с резистентным типом течения и 17,9 балла — без признаков резистентности).

Анализ выраженности личностных предпосылок к саморазвитию по данным опросника САТ продемонстрировал, что больные резистентными формами неврастении имели значительно более низкие показатели по базовым шкалам компетентности во времени (Тс — 38,5 Т-балла) и поддержки (I — 36,5 Т-балла) по сравнению с обследованными контрольной группы (Тс — 44,6 Т-балла, I — 43,8 Т-балла) при $p \leq 0,05$ и $p \leq 0,01$.

Полученные данные свидетельствуют о высокой степени зависимости, комфортности и выраженной экстернальности больных неврастением с резистентным течением (так называемая извне направленная личность), их склонности перекладывать ответственность за события своей жизни на внешние обстоятельства (по типу «я иначе не могу», «у меня нет выбора», «я заложник обстоятельств», «жертва обстоятельств» и т. д.). Больным основной группы было также свойственно дискретное восприятие своего жизненного пути, отражающее неспособность жить настоящим и ориентацию преимущественно на будущее (так называемый «синдром отсроченной жизни», когда жизнь откладывается на потом, а возможности настоящего теряются).

Кроме этого, пациенты основной группы характеризовались значительно более низкими показателями уровня синергии (Sy — 42,5 Т-балла) и принятия агрессии (А — 39,8 Т-балла) по сравнению с группой контроля, где эти показатели

составили соответственно 50,6 и 46,6 Т-балла при $p \leq 0,05$. Это свидетельствует о неспособности резистентных больных к целостному восприятию мира человека и возможности связывать противоположности, демонстрирует их категоричность и неспособность принимать собственные раздражительность, гнев, агрессию как естественные проявления человеческой природы, что в свою очередь приводит к угнетению, вытеснению агрессивных тенденций и повышению уровня ощущения собственной вины за возможные агрессивные импульсы.

По результатам объединения шкал опросника по блокам было установлено, что больные неврастением с резистентным типом течения имеют значительно более низкий уровень самоактуизационных тенденций, составляющих блок концепции человека (41,5 Т-балла), чем обследованные контрольной группы (47,0 Т-балла при $p \leq 0,05$).

Таким образом, больные с резистентным типом неврастении характеризовались полярностью восприятия своего окружения и мира в целом, низким уровнем толерантности и принятия реалий жизни, определенных особенностей людей, а также отличались категоричностью собственных оценок, что и обуславливало их «резистентное» мировоззрение.

Анализ типов отношения к болезни позволил установить достоверные различия в группах больных (рис. 1).

У больных неврастением с резистентным типом течения наряду с преобладанием неврастенического типа отмечался также высокий уровень ипохондрического типа отношения к болезни, т. е. наблюдался неврастенически-ипохондрический тип. Следует отметить, что такие больные характеризовались значительно более высокими показателями степени выраженности как неврастенического (18,4 балла), так и ипохондрического (17,8 балла) типов по сравнению с контрольной группой (12,7 и 15,6 балла соответственно, $p \leq 0,05$) (рис. 1).

Для пациентов контрольной группы наряду с неврастеническим (15,6 балла) была характерна большая представленность тревожного отношения к болезни (14,1 балла) (неврастенически-тревожный тип отношения к болезни).

В целом у резистентных больных наблюдались чрезмерная сосредоточенность на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях, их преувеличение и поиск у себя новых симптомов; наличие выраженных реакций раздражения, особенно при болях, неприятных ощущениях или неудачах лечения; неумение и нежелание терпеть болевые ощущения, а также сочетание желания лечиться с неверием в успех терапии. В то же

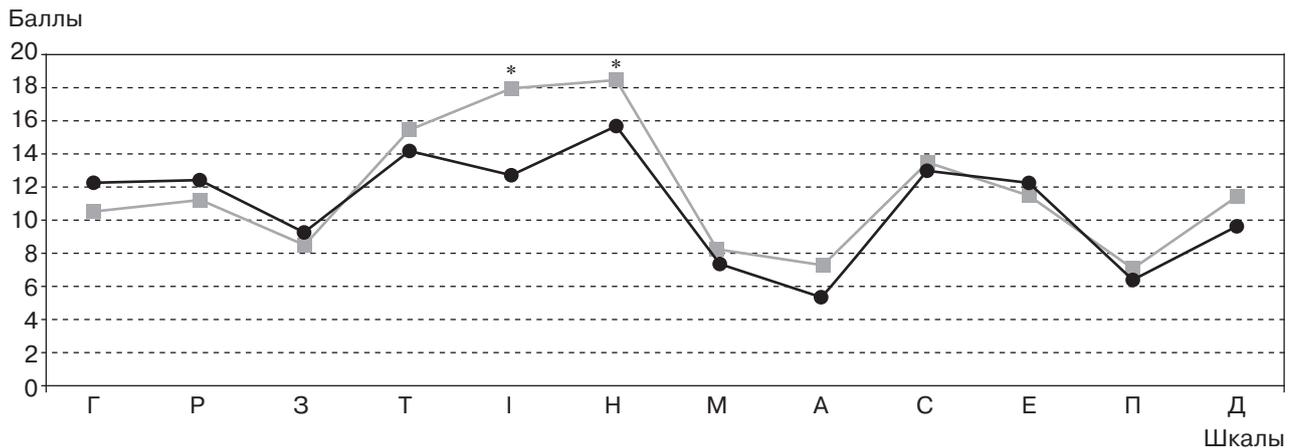


Рис. 1. Сравнительный анализ типов отношения к болезни у обследованных основной и контрольной групп: —■— неврастения с резистентным типом течения; —●— неврастения без признаков резистентности. Условные обозначения шкал: Г — гармоничный; Р — эргопатический (стенический); З — анозогнозический (эйфорический); Т — тревожный; І — ипохондрический; Н — неврастенический; М — меланхолический; А — апатический; С — сенситивный; Е — эгоцентрический; П — паранойяльный; Д — дисфорический; * достоверность различий на уровне $p \leq 0,05$

время у пациентов без резистентного типа течения тревога не была соматизирована, а направлена на преодоление психотравмирующей ситуации.

Результаты распределения типов отношения к болезни на блоки по критериям адаптивности — дезадаптивности и направленности дезадаптации (интерпсихическая или интрапсихическая) продемонстрировали преобладание у резистентных больных неврастение дезадаптивных типов отношения к болезни с интрапсихической направленностью (блок II).

Именно интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь у пациентов с неврастением с резистентным типом течения обуславливала их дезадаптивное поведение и проявлялась «бегством» в болезнь и отказом от борьбы.

У больных без признаков резистентности значительного преобладания в показателях отдельных блоков не было обнаружено. Несмотря на наличие психической дезадаптации, обследованные без признаков резистентности в своем поведении в существенной степени руководствовались стремлением к сохранению активного социального функционирования.

Результаты, полученные при анализе данных методики диагностики социально-психологической адаптации позволили установить, что больные с резистентными формами неврастения характеризовались значительно более низким уровнем «принятия других» (50,7 балла) и низкими показателями уровня «интернальности» (34,4 балла) по сравнению с группой контроля, где показатели по этим шкалам составили 61,5 и 46,8 балла соответственно, $p \leq 0,05$.

Таким образом, резистентные больные неврастением отличались преобладанием экстернального локуса-контроля, т. е. склонностью переключать ответственность за события своей жизни на внешние факторы или других людей. Подобное отношение блокирует потребность в необходимости личностной работы по самоизменению и преодолению жизненных трудностей, собственной болезни, обуславливает формирование позиции недовольства и ожидания действий со стороны окружения или изменения обстоятельств. При этом высокий уровень недовольства другими, категоричность в их оценках приводят к углублению невротической симптоматики и возрастанию социально-психологической дезадаптации.

Оценивая стадии психотерапевтических изменений, мы установили, что у больных неврастением с резистентным типом течения значительно чаще отмечалась фиксированность на стадии размышлений (39,3 балла) и реже готовность действовать (20,6 балла) по сравнению с группой контроля, где эти показатели составили соответственно 24,1 и 34,7 балла, $p \leq 0,05$ (рис. 2).

Больные основной группы характеризовались отсутствием готовности действовать и конкретных поведенческих изменений, связанных с преодолением собственной болезни, что проявлялось в фиксированности на стадии размышлений без дальнейшей модификации привычного образа восприятия и поведения (остановка на стадии размышлений). В то же время у больных контрольной группы наблюдались активные действия по решению проблемы и преодолению болезни.

Полученные данные позволяют описать личностные предпосылки формирования рези-

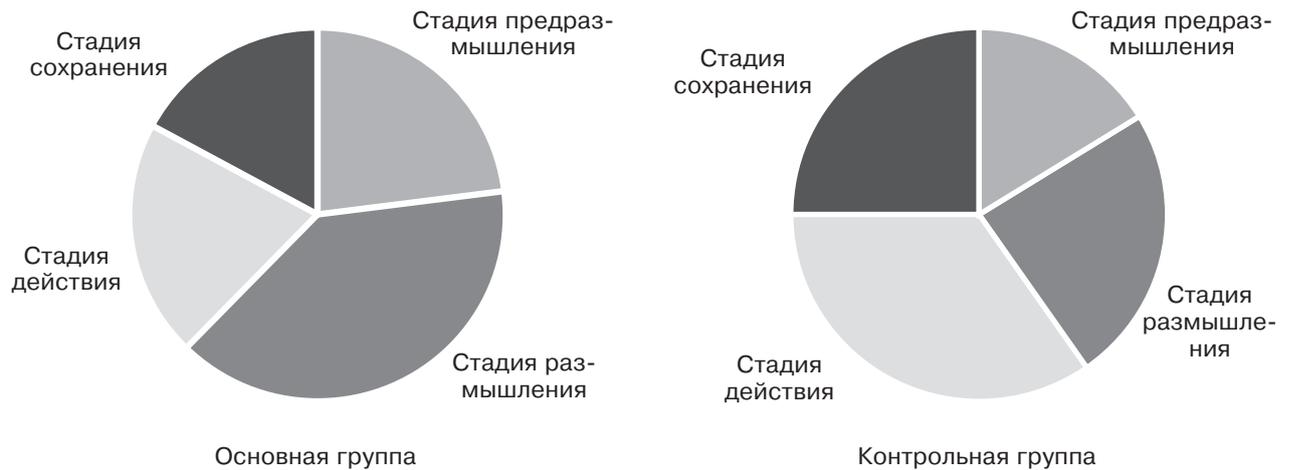


Рис. 2. Соотношение стадий психотерапевтических перемен у больных обследованных групп

стентности у больных неврастениями. Выраженная экстернальность личности (с ориентацией на внешние обстоятельства и зависимость от них) обуславливает отсутствие мотивации к самоизменению и саморазвитию, что в сочетании с низким энергетическим потенциалом личности (пониженным жизненным тонусом) приводит к ощущению собственной беспомощности и формированию личностной позиции по типу «от меня ничего не зависит, поэтому и прилагать усилия не стоит». Подобные формулировки блокируют потребность в необходимости личностной работы по самоизменению и обуславливают формирование позиции недовольства настоящим и ожидания изменения обстоятельств в будущем (так называемая «жизнь на потом»). Все это в сочетании с низким уровнем синергии, однообразием поведенческих реакций, неприятием других и собственной агрессивностью приводит к нивелированию любых положительных моментов («все или ничего») и обострению уровня неудовлетворенности, что проявляется в ипохондрично-неврастеническом отношении к собственной болезни и жизни в целом. А это, в свою очередь, приводит к фиксированности на симптомах своей болезни, отказу от борьбы — «капитуляции» перед заболеванием, отсутствию конкретных действий по ее преодолению и преодолению жизненных препятствий вообще.

Представляется целесообразным учитывать полученные результаты при проведении диагностики невротических расстройств, что позволит своевременно выявлять лиц со склонностью к формированию резистентных форм и воздействовать на установленные факторы резистентности как на «мишени» терапевтического воздействия.

Список литературы

1. Александровский Ю. А. Некоторые узловые вопросы современной пограничной психиатрии / Ю. А. Александровский // Психиатрия и психофармакотерапия.— 2006.— № 2.— С. 4–13.
2. Караваева Т. А. Изменение психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств в условиях социально-экономических перемен / Т. А. Караваева // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева.— 2010.— № 1.— С. 13–17.
3. Королев С. А. Вопросы патоморфоза пограничных психических расстройств в клинической и военной психиатрии (обзор литературы) / С. А. Королев, В. В. Нечипоренко // Рос. психиатрический журн.— 2009.— № 2.— С. 40–46.
4. Марута Н. А. Факторы формирования резистентности у больных смешанным тревожно-фобическим расстройством (F40.8) / Н. А. Марута, І. О. Явдак, Е. С. Череднякова // Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии: тез. Всерос. науч.-практ. конф.— СПб., 2013.— С. 261–264.
5. Сучасні механізми невротогенезу та їх психотерапевтична корекція / Н. О. Марута, Т. В. Панько, І. О. Явдак [та ін.] // Доказова медицина в неврології, психіатрії та наркології. Сьогодні та майбутнє: матеріали IV Нац. конгр. неврологів, психіатрів та наркологів України // Укр. вісн. психоневрології.— 2012.— Т. 20, вип. 3 (72)— С. 200.
6. The economic burden of personality disorders in mental health care / D. I. Soeteman, L. Hakkaart-van Roijen, R. Verheul, J. J. Busschbach // J. Clin. Psychiatry.— 2008.— № 69.— 259 p.
7. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Version for 2007.

8. Мазо Г. Э. Терапевтически резистентные депрессии: современные подходы к диагностике и лечению / Г. Э. Мазо, С. Э. Горбачев, Н. Н. Петрова // Вестн. Санкт-Петербургского университета.— 2008.— Вып. 2.— С. 87–96.
9. Громов Л. А. Общие и частные проблемы терапевтической резистентности / Л. А. Громов // Рациональная фармакотерапия.— 2011.— № 2.— С. 13–17.
10. Балашов А. М. К вопросу о резистентности к фармакотерапии / А. М. Балашов // Журн. неврологии и психиатрии им С. С. Корсакова.— 2009.— № 1 (109).— С. 90–91.
11. Козловський В. Л. Лекарственная резистентность в психиатрии — проблема патофизиологии или фармакологии? / В. Л. Козловський // Журн. неврологии и психиатрии.— 2009.— № 1.— С. 85–89.
12. Васильева А. В. Исследование особенностей клинического патоморфоза невротических расстройств в новых социальных условиях в связи с выбором психотерапевтических стратегий / А. В. Васильева, Т. А. Караваева // Вестн. психотерапии.— 2009.— № 32.— С. 70–77.
13. Марута Н. О. Психофізіологічні особливості хворих із невротичними розладами / Н. О. Марута, Г. Ю. Каленська, О. С. Череднякова // Мед. психологія.— 2013.— № 2 (30).— С. 57–61.
14. Резистентні тривожно-фобічні розлади (чинники формування та методи корекції) / Н. О. Марута, І. О. Явдак, С. П. Колядко, О. С. Череднякова // Таврический журн. психиатрии.— 2014.— Т. 18, № 31 (66).— С. 5–13.
15. Фетискин Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп: учеб. пособ. / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов.— М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2002.— 490 с.
16. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособ. для врачей / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс.— СПб., 2005.— 86 с.
17. Психодиагностика толерантности личности; под ред. Г. У. Солдатовой, Л. А. Шайгеровой.— М.: Смысл, 2008.— 172 с.
18. Колотильщикова Е. А. Методика интерперсональной групповой психотерапии для лечения невротических расстройств: дис. на соискание ученой степени канд. психол. наук; спец. 14.00.18 «Психиатрия» / Е. А. Колотильщикова.— СПб., 2004.— 184 с.

ОСОБИСТІСНІ ПЕРЕДУМОВИ ФОРМУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА НЕВРАСТЕНІЮ

І. О. ЯВДАК

Визначено патопсихологічні особливості хворих на резистентні форми неврастенії. Показано, що виражена екстернальність особистості обумовлює відсутність мотивації до самозміни та саморозвитку, що в поєднанні з низьким енергетичним потенціалом призводить до відчуття власної безпорадності, формує позицію невдоволення сьогоденням і очікування зміни обставин у майбутньому. Низький рівень синергії, одноманітність поведінкових реакцій, неприйняття інших та власної агресивності призводять до нівелювання будь-яких позитивних моментів, загострення рівня невдоволеності, що виявляється в іпохондрично-неврастенічному ставленні до власної хвороби і життя в цілому, пасивності.

Ключові слова: резистентність, неврастенія, патопсихологічні особливості.

PERSONAL PRECONDITIONS FOR RESISTANCE DEVELOPMENT IN PATIENTS WITH NEURASTHENIA

I. O. YAVDAK

Pathopsychological features of patients with resistant forms of neurasthenia were determined. Exposed personal externality is proved to determine lack of motivation for self-change or self-development, which in combination with low energetic potential lead to a feeling of helplessness, cause the feeling of dissatisfaction with the present and expectations of changes in the future. Low level of synergy, monotonous behavioral pattern, rejection of others as well as the patients' own aggression result in leveling all positive moments, escalation of dissatisfaction level, which is evident in hypochondriac and neurasthenic attitude towards the disease and the whole life in general, and in inactivity.

Key words: resistance, neurasthenia, pathopsychological features.

Поступила 13.02.2015