

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ С ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Канд. мед. наук С. П. КОЛЯДКО

PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF THE PATIENTS WITH SOMATOFORM VEGETATIVE DYSFUNCTION ACCOMPANIED BY PAROXYSMAL STATES

S. P. KOLIADKO

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Харьков, Украина

Представлены результаты сравнительного анализа стратегий поведения больных соматоформной вегетативной дисфункцией с пароксизмальными состояниями при разрешении конфликтных ситуаций. Показана более активная их позиция в решении проблем по сравнению с больными без пароксизмальных состояний в клинической картине заболевания.

Ключевые слова: соматоформная вегетативная дисфункция, пароксизмальные состояния, стратегии поведения.

The findings of comparative analysis of behavioral strategies in patients with somatoform vegetative dysfunction accompanied by paroxysmal states at resolution of conflict situations are presented. Their more active position in solving the problems when compared with the patients without paroxysmal states in the clinical picture of the disease is shown.

Key words: somatoform vegetative dysfunction, paroxysmal states, behavior strategies.

Последнее десятилетие характеризуется резким изменением социально-психологических условий жизни, информационными перегрузками в психологически значимых сферах жизни человека, вызванными политической, социально-экономической и морально-этической дестабилизацией общества. Дестабилизация привела к социальным стрессам вследствие эмоционального перенапряжения людей и росту распространенности пограничной психической патологии [1]. Психические ресурсы человека оказываются недостаточными для функциональной интеграции процессов психической адаптации, противодействия давлению современных запредельных психотравмирующих социально-экономических факторов [2, 3]. Человек находится в состоянии ожидания событий, представляющих для него опасность, и сознательно или инстинктивно готовится к ней. Угроза порождает защитную деятельность, ведущую к мобилизации активности, имеющей характеристики, типичные для психоэмоциональных стрессов [4]. На определенной стадии эти процессы выражаются физиологическими изменениями в вегетативной и гормональной сферах, происходит подъем артериального давления, учащение пульса, дыхания, быстрая активация возбудимых структур премоторной и фронтальной коры — аппарата мобилизации высших психических функций. Эти изменения нередко носят пароксизмальный характер именно при психоэмоциональном перенапря-

жении, являющемся одним из узловых механизмов формирования невротических расстройств.

Проблема пароксизмальных состояний при невротических расстройствах — одна из важных в структуре этих заболеваний. По данным разных авторов, в клинической картине невротических расстройств имеется тенденция к возникновению пароксизмальных состояний, которые и определяют тяжесть данной патологии [3, 5]. В специальной литературе существуют разноречивые определения пароксизмальных состояний, и это в определенной степени объясняется различием методологических установок, хотя клиницисты всегда предпринимали попытки выразить свое отношение к сущности пароксизмальной активности и пароксизмальных состояний [6, 7].

Пароксизмальные состояния — это многоликий, отличающийся большим клиническим полиморфизмом, гетерогенный по своей природе, разнообразный по клинической картине феномен с присущей только ему самоорганизацией психической и физиологической активности и проявляющийся, как было сказано выше, вследствие различных возмущающих воздействий. Провоцировать пароксизмальную активность и ее переход в пароксизмальные состояния могут и различные экстремальные воздействия внутренней среды, биохимические изменения, изменения физиологического характера (эндокринные, гормональные) [8].

Как известно, структуру личности определяют разнообразные присущие человеку потребности — от витальных до социальных, выстроенные в определенную иерархию. В этой иерархии имеют место определенные доминанты, реализация которых не всегда возможна. В современных условиях невозможность реализации тех или иных потребностей человека зачастую трансформируется в соответствующие эмоции, формирует определенные формы поведения, обусловленные эмоционально-мотивационным конфликтом.

В развитии психогенного стресса первым звеном выступает психическое состояние, возникающее в результате блокады удовлетворения потребностей и отсутствия возможностей реализации цели, что может инициировать пароксизмальные проявления психической и физиологической активности в цепи защитных реакций при невротических расстройствах. Для развития невротических расстройств, возникающих вследствие психогенных ситуаций, особенно важно, что изменения происходят во всей многоуровневой системе психической и психофизиологической адаптации. Психологические механизмы невротических расстройств при этом реализуются на социально-психологическом (межличностные отношения, социальные взаимодействия) и психологическом (особенности личности и актуального психического состояния) уровнях, а физиологические — на уровне интегративных церебральных систем и периферических вегетативно-гуморальных, метаболических механизмов [3, 4, 8].

Таким образом, пароксизмальные проявления, в широком смысле слова, по своей сути адаптивные, имеют место при различных нозологических формах пограничной патологии. В специальной литературе уделяется достаточно много внимания различным вариантам пароксизмальных состояний в структуре соматоформной вегетативной дисфункции, представленным не только в виде вегетативно-сосудистых пароксизмов, но и в сочетании с различными нарушениями психической сферы (сердцебиение, колебания артериального давления, ощущение головокружения, дрожь в теле, ощущение нехватки воздуха в сочетании с тревожно-фобической симптоматикой, склонностью к паническим формам поведения, аффективным реакциям) [9].

Описанные особенности современных невротических расстройств, в клинической картине которых имеют место пароксизмальные состояния, свидетельствуют о том, что исследования в этом направлении остаются актуальными и имеют большое медико-социальное значение. Вместе с тем патопсихологические особенности больных с соматоформной вегетативной дисфункцией и наличием пароксизмальных состояний в клинике изучены недостаточно.

Все вышеизложенное и определило цель исследования — изучить психологические особенности пароксизмальных состояний психической

активности у больных с соматоформной вегетативной дисфункцией.

Исследование проводилось в клинике неврозов и пограничных состояний ИНПН АМН Украины, где были обследованы 70 больных с соматоформной вегетативной дисфункцией (F 45.3). Основную группу составили 36 пациентов, у которых имели место пароксизмальные состояния, контрольную группу — 34 больных без пароксизмальных состояний в клинической картине заболевания. По полу, возрасту и характеру труда основная и контрольная группы не имели существенных различий.

В соответствии с целью исследования были использованы опросник Томаса [10] и тест фрустрационной толерантности Розенцвейга [10]. Анализ полученных данных проводился посредством методов математической статистики SPSS.

Результаты исследования по методике Томаса позволили установить некоторые общие тенденции в выборе больными стратегий поведения в конфликтных ситуациях (табл. 1).

Таблица 1

Преобладающие стратегии поведения больных в конфликте

Наименование факторов	Группы обследованных	
	основная	контрольная
	%±σ	
Сопrotивление	19,75±1,99	29,16±2,74
Сотрудничество	60,41±2,14*	53,75±2,23*
Приспособление	43,16±2,36	40,83±2,41
Компромисс	54,50±2,60	56,75±2,36
Избегание	70,25±1,89	67,41±2,84

* Различия достоверны на уровне $p \leq 0,05$.

Оказалось, что для пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией характерным было использование стратегии избегания конфликтных ситуаций (70,25%±1,89 — для больных основной, 67,41%±2,84 — контрольной группы). Давая общую характеристику полученных данных, можно говорить о стремлении больных с соматоформной вегетативной дисфункцией избегать вмешательства в любые конфликтные ситуации, нежелании вступать в открытый спор с другим человеком, отстаивая свои собственные интересы. При невозможности реализации этой стратегии, больные использовали «кооперацию» как стиль поведения в конфликтной ситуации.

Различия между двумя группами испытуемых заключались в том, что больные с наличием в клинической картине пароксизмальных состояний чаще использовали стратегию сотрудничества ($p \leq 0,05$), когда участники ситуации приходят к альтернативе, полностью удовлетворяющей интересы обеих сторон, тогда как испытуемые контрольной группы чаще достигали согласия между

участниками конфликта путем взаимных уступок ($56,75\% \pm 2,36$).

Анализ результатов использования методики фрустрационной толерантности Розенцвейга проводился в два этапа. Сначала был определен преобладающий тип фрустрационной толерантности у больных с соматоформной вегетативной дисфункцией как в основной, так и в контрольной группах. В дальнейшем в обеих группах проводили анализ изменений тенденций реагирования на сложную ситуацию вначале и при продолжении действия фрустрирующего фактора на личность.

Данные сравнения общих тенденций реагирования во фрустрирующих ситуациях в обеих группах испытуемых отражают сходную стратегию поведения в сложной ситуации по направлению реакции (табл. 2). Так, у всех пациентов независимо от наличия или отсутствия пароксизмальных состояний в клинической картине преобладало экстрапунитивное направление реакции, т. е. реакции больного были направлены на внешнее окружение чаще, чем на самого себя или на ситуацию вообще. По типу реакции в большинстве случаев преобладал самозащитный тип активности, который выражался в форме осуждения кого-нибудь, возражения или признания собственной вины, уклонения от упрека, и в целом реакция была направлена на защиту своего «Я». Меньше всего больные обеих групп были склонны рассматривать возникшую фрустрирующую ситуацию как благоприятную — выгодную для них.

Практически не отличались и показатели уровня социальной адаптации: несколько ниже среднего был уровень групповой конформности, которая отражала индивидуальную адаптацию больных к своему социальному окружению.

Наряду с общими особенностями реагирования были определены достоверные отличия у больных с пароксизмальными состояниями. Так, эти пациенты чаще использовали самозащитную реакцию, направляя ее на живое или неживое окружение, осуждая внешнюю причину фрустрации и активно отрицая собственную вину за возникшую ситуацию ($p < 0,05$). Больные контрольной группы также использовали самозащитный тип реакции, но в своих стратегиях были более склонны избегать осуждения, пытались свести к минимуму ответственность лица, оказавшегося во фрустрирующей ситуации. При этом они склонны были рассматривать фрустрирующую ситуацию как неизбежное событие, которое со временем пройдет, и поэтому надеялись, что время, нормальный ход событий, взаимопонимание или взаимоуступки ликвидируют возникшую сложную ситуацию ($p < 0,001$).

В числе психологических особенностей больных с пароксизмальными состояниями при соматоформной вегетативной дисфункции были выделены следующие:

преобладание стратегии сотрудничества при разрешении конфликтных ситуаций, когда участники ситуации приходят к альтернативе, которая полностью удовлетворяет интересы обеих сторон (больные без пароксизмальных состояний чаще достигают согласия между участниками конфликта путем взаимных уступок);

преобладание самозащитного типа реагирования, который проявляется в форме активной защиты своих интересов или своего «Я», оспаривания собственной вины (для больных без пароксизмальных состояний характерна реакция избегания осуждения, принятия вины на себя, а также ожидания, что ситуация решится впоследствии сама);

Таблица 2

Основные тенденции реагирования больных во фрустрирующей ситуации

Наименование показателей	Обследованные группы	
	основная	контрольная
	M±σ	
Направление реакции с фиксацией на самозащите		
экстрапунитивное	5,00±2,13*	3,67±1,66*
интрапунитивное	3,08±2,41	2,82±2,11
Экстрапунитивное направление реакции с фиксацией на удовлетворение потребности за счет других	2,36±1,08	2,11±0,93
Интропунитивное направление реакции		
с фиксацией на самообвинении	3,34±2,15	3,64±2,65
с оценкой фрустрации как приятной для себя	0,60±0,23	0,73±0,99
с фиксацией на удовлетворение потребности собственными усилиями	3,00±1,76	2,91±1,22
Импунитивное направление реакции		
с отсутствием осуждения лиц, вовлеченных в ситуацию	3,34±2,13	3,05±2,11
с надеждой на фактор времени в решении фрустрации	2,34±1,76*	3,38±2,41*
Уровень групповой конформности	6,36±2,76	6,52±2,33

* Различия достоверны на уровне $p \leq 0,05$.

наличие активности в решении проблем, попытки собственноручно или посредством других решить ситуацию, недовольства тем, что ситуация продолжается, фиксация на этом и попытки защитить себя от последствий ситуации (больные без пароксизмальных состояний более пассивны в решении конфликтов, теряют мотивацию к активному отстаиванию собственной позиции в надежде лишь на время и на помощь других).

Таким образом, установленные в наших исследованиях особенности поведения в конфликтных ситуациях больных с наличием в клинической картине пароксизмальных состояний могут являться важными критериями в дифференциальной диагностике этих состояний и должны быть учтены при профилактике и психокоррекции соматоформной вегетативной дисфункции.

Л и т е р а т у р а

1. Александровский Ю. А. Роль личностно-типологических особенностей в формировании клинических проявлений неврозов и психопатий // Ученые западного Тартуского университета: Тез. докл.— Тарту, 1992.— Вып. 794.— С. 4–14.
2. Писаренко В. М. Роль психики в обеспечении эмоциональной устойчивости человека // Психол. журн.— 1986.— Т. 7, № 1.— С. 62–72.
3. Березин Ф. Б. Психическая адаптация и тревога // Психическая и психофизиологическая адаптация человека.— Л., 1988.— С. 13–21.
4. Ведяев Ф. П., Воробьева Т. М. Модели и механизмы эмоциональных стрессов.— Киев: Наука, 1983.— 183 с.
5. Марута Н. А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах.— Харьков: АРСИС, 2000.— 160 с.
6. Соколова Е. Д., Березин Ф. Б., Барлас Т. В. Эмоциональный стресс: психологические механизмы, клинические проявления, терапия // Бюлл. для врачей и фармацевтов.— М., 1996.— № 1 (9).— С. 5–29.
7. Вейн А. М., Воробьева О. В. Универсальные церебральные механизмы в патогенезе пароксизмальных состояний // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова.— 1999.— Т. 99, вып. 12.— С. 8–12.
8. Дюкова Г. М., Воробьева О. В., Сторожакова Я. А. Клинический полиморфизм вегетативных кризов (панических атак) // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова.— 1992.— № 1.— С. 37–42.
9. Вейн А. М., Колосова О. А. Вегето-сосудистые пароксизмы.— М.: Медицина, 1971.— 190 с.
10. Римская Р., Римский С. Практическая психология в тестах.— М., 1997.— 393 с.

Поступила 18.12.2006