

Лазарчук О. В.

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ НЕВРОТИЧНИХ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ СТРЕСОМ, ТА СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ

Висвітлюються причини виникнення, клінічні та психологічні ознаки, експериментально-психологічні методи діагностики, контролю ефективності лікування, вибору методів психотерапії та реабілітації невротичних, пов'язаних зі стресом, та соматоформних розладів. Підкреслюється актуальність висвітлених питань для практикуючого психолога.

В статье рассматриваются причины возникновения, клинические и психологические признаки, экспериментально-психологические методы диагностики, контроля эффективности лечения, выбора методов психотерапии и реабилитации невротичных, связанных со стрессом и соматоформных расстройств. Подчеркивается актуальность рассмотренных вопросов для практикующего психолога.

The article reveals the causes, clinic and psychological features, experimental methods of diagnostic, treatment efficacy control, selection of methods of psychotherapy and rehabilitation of neurotic, caused by stress, and somatic breakdowns. The role of the mentioned issues for a practical psychologist is emphasized by the author.

Згідно із сучасною "міжнародною класифікацією хвороб десятого перегляду (МКХ-10)" невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади об'єднані в одну групу як захворювання, які пов'язані з концепцією формування неврозу та зв'язку більшості цих розладів із психологічними причинами. Отже, ці розлади є психогенними за походженням, тобто виникають у результаті дії зовнішніх психоген-

них чинників, які опосередковано або прямо впливають на діяльність головного мозку, що, в свою чергу, призводить до психічного захворювання.

Основними психогенними чинниками є: психічна тривога, емоційна напруга, емоційний стрес.

Психогенні фактори не у всіх осіб викликають психічні розлади. Причини цього до кінця не встановленні, однак, крім сили та тривалості психогенних чинників, велике значення має так званий “індивідуальний бордюр адаптації”.

Згідно з міжнародною класифікацією хвороб десятого перегляду в об'єднану групу захворювань входять:

I. Тривожно-фобічні розлади – група розладів, при яких тривога пов'язана з конкретними ситуаціями або об'єктами, що у дійсний момент не є небезпечними, але переживаються або з почуттям страху, або уникаються хворими. Ця група поєднує:

1. Агорафобія – стан, що характеризується наявністю страху відкритих просторів, наявності юрби, і неможливістю повернутися в безпечне місце, страх виходити з будинку, подорожувати одному, і який супроводжується тривогою.

2. Соціальні фобії – характеризуються страхом однієї або декількох соціально-небезпечних ситуацій, у яких люди відчувають страх підвищеної уваги з боку інших людей, страх зробити що-небудь принизливе для себе або таке, що може привести інших у здивування (страх публічних виступів, страх їжі на людях...). Соціальні фобії поєднуються із заниженою самооцінкою і страхом критики, супроводжуються вегетативними порушеннями: почервонінням обличчя, тремтінням рук, нудотою, позовами до сечовиділення.

3. Специфічні ізольовані фобії – це фобії, обмежені суворо визначеними ситуаціями (фобія висоти, грози, темноти, прийому їжі, польоту, певних захворювань, тварин, клаустрофобія, акрофобія, фобія іспитів...). Характеризується активізацією сильної тривоги в конкретній ситуації, тенденцією до уникання ситуацій, що викликають фобію, зниженням повсякденної активності, в залежності від того, наскільки важко уникнути ситуації, взаємовідносин з людьми, супроводжується вегетативними симптомами.

II. Інші тривожні розлади – розладами, при яких тривога, яка не обмежується певною ситуацією, є головним симптомом захворювання. Ця група включає:

1. Панічний розлад (епізодична пароксизмальна тривога) – повторні приступи важкої тривоги (паніки), що не обмежуються певною ситуацією або обставинами і непередбачені, супроводжуються серцебиттям, болем у грудях, відчуттям задухи, запамороченням, почуттям нереальності, вторинним страхом смерті, втрати самоконтролю або божевілля, триває хвилини, іноді довше і призводить до постійного страху виникнення іншої атаки.

2. Генералізований тривожний розлад – стан, що має хронічний характер, супроводжується надмірною тривогою і занепокоєністю щодо усього і не обмежується обставинами, триває не менше декількох тижнів, частіше – місяців.

3. Змішаний тривожний і депресивний розлад – це стан, при якому мають місце як симптоми тривоги, так і симптоми депресії, але немає виразності або домінування того чи іншого.

III. Обсесивно-компульсивний розлад – розлад, що характеризується обсесивними думками або компульсивними діями, що повторюються. Включає у себе:

1. Переважно нав'язливі думки або міркування (розумова жуйка) – це розлади, що характеризуються наявністю невротичних і стійких ідей, думок уявлень, різних за змістом, але неприємних для суб'єкта, сприймаються ним як нав'язливі та безглузді, розуміються ним, що вони не привнесені ззовні, а є продуктом власного розуму, поєднуються з відчуттям провини або симптомами депресії.

2. Переважно компульсивні дії (обсесивні ритуали) – розлади, що характеризуються усвідомленою, стандартизованою та рецидивуючою поведінкою, такою як рахунок, перевірка або уникнення. Більшість нав'язливих дій (компульсій) стосується дотримання чистоти (особливо миття рук), безперервного контролю за попередженням потенційно-небезпечної ситуації або за порядком та охайністю. В основі зовнішньої поведінки лежить страх, переважно небезпеки для хворого або небезпеки від хворого, а ритуальна дія є безплідною або символічною спробою уникнути небезпеки. Хворий усвідомлює неадекватність і нерозумність поведінки, сильно страждає з приводу наявності у нього компульсій.

3. Змішані обсесивні думки та дії – розлади, що характеризуються як наявністю обсесивного мислення, так і компульсивної поведінки.

IV. Реакція на важкий стрес і порушення адаптації – це розлади, що є прямим наслідком гострого важкого стресу або тривалої психогенної травматизації, що призводять до порушення адаптації і викликають проблеми соціального функціонування. В цю групу входять:

1. Гостра реакція на стрес – транзиторний розлад значної важкості, що розвивається в осіб без видимого психічного розладу у відповідь на винятковий фізичний і психологічний стрес і котрий звичайно проходить протягом годин або днів. Починається раптово або через кілька хвилин після стресу, характеризується тим, що до ініціального стану оглушення можуть приєднуватися депресія, тривога, гнів, відчай, інтерактивність і відгородженість, часто присутні вегетативні ознаки панічної тривоги (серцебиття, почервоніння, пітливість...).

2. Посттравматичний стресовий розлад – розлад, що виникає як відставлена і/або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну або затяжну) загрозливого або катастрофічного характеру, що може викликати загальний дистрес майже у будь-якої людини (наприклад, природні або штучні катастрофи, важкі нещасні випадки, спостерігання за насильницькою смертю інших, роль жертви тортур, тероризму, зґвалтування і т.д.). Виникає протягом 6 місяців після важкої травматичної події. Характеризується помітною емоційною відчуженістю, заціпенінням почуттів і уникненням стимулів, що могли б викликати спогади про травму. Можливі драматичні, гострі спалахи страху, паніки або агресії, що провокуються стимулами, які викликають несподіваний спогад про травму або про початкову реакцію на неї.

3. Розлади адаптації – стан суб'єктивного дистресу і емоційного розладу, що звичайно перешкоджає соціальному функціонуванню і виникає в період адаптації до значної зміни в житті або стресової життєвої події. Проявляються ці розлади депресивним настроєм, тривогою, неспокоєм, відчуттям неспроможності справлятися, планувати або залишатися в даній ситуації.

V. Дисоціативні (конверсійні) розлади – група синдромів, що характеризуються раптовим тимчасовим порушенням нормально інтегрованих функцій свідомості, усвідомлення істинності свого “єго” або моторної поведінки, у результаті якого певна частина цих функцій втрачається. Поділяються на:

1. Дисоціативна амнезія – стан, при якому спостерігається раптова втрата спроможності відтворювати потрібну інформацію щодо самого себе, уже наявну в пам'яті, при збереженні спроможності до заучування нової інформації. Характеризується гострим початком, відсутністю якогось фізичного чи неврологічного порушення, із якими могли б бути пов'язані виявлені симптоми, усвідомлення самим хворим наявності розладів пам'яті, зворотністю розладів. Наявна психогенна обумовленість у формі чіткого зв'язку із стресовими подіями або проблемами, або порушеннями взаємовідносин (навіть якщо психогенія є неусвідомленою).

2. Дисоціативна fuga – стан, що має всі ознаки дисоціативної амнезії у поєднанні з ззовні цілеспрямованими подражниками, під час яких хворий підтримує догляд за собою. До характеристик дисоціативної амнезії додається нездатність згадати своє колишнє життя і усвідомити самого себе тим, ким хворий був до цього, бродяжництво зовні виглядає як цілеспрямована дія, хворий не усвідомлює, що щось забув, хворий не схожий на людину, що неправильно себе поводить, часткове або повне усвідомлення себе іншою людиною. Виглядає це як, наприклад, раптова, несподівана втеча з будинку або з роботи.

3. Дисоціативний ступор – стан, при якому поведінка хворого відповідає критеріям ступору, але огляд і обстеження не виявляють його фізичної обумовленості, при цьому додатково виявляється психогенна обумовленість. Характерна психічна і рухова загальмованість.

4. Дисоціативні розлади моторики – стан із втратою спроможності до руху кінцівок або їх частин, або руху кінцівок із повним або частковим паралічем, коли рухи слабкі або сповільнені.

5. Дисоціативні судоми (псевдо припадки) – стани, при яких дуже точно імітуються епілептичні припадки, але без прикусу язика, важких синців, у зв'язку із падінням, мимовільного сечовиділення, а також відсутня втрата свідомості або мають місце стани ступору або трансу.

6. Дисоціативна анестезія і втрата чуттєвого сприйняття – стани, коли розлади чуттєвого сприйняття (розлади шкірної чутливості, зору, слуху або нюху) скоріше відбивають уявлення хворого про тілесні функції, ніж відповідають медичним знанням, або коли можуть мати місце ізольо-

вані втрати в органах чуттів, що не можуть обумовлюватися неврологічними ураженнями, можуть бути втрати в сферах чуттів, що не пов'язані із неврологічними ураженнями. Втрата зору рідко буває тотальною, і при втраті зору частіше мова йде про втрату гостроти зору, його загальної наявності або “звуження поля зорового сприйняття”, рідше трапляється дисоціативна глухота й аносія.

7. Інші дисоціативні (конверсійні розлади) .

Синдром Танзера – навмисне вираження важких психіатричних симптомів, що іноді описуються як “приблизні відповіді”, що часто поєднуються з іншими симптомами, такими як амнезія, реакція втечі, а також конверсійні симптоми. Характерний гострий початок, нечітке орієнтування в оточенні, настрій то підвищений, то тривожний – боязкий, можуть виникати галюцинації, переважно зорові, сцено подібні, жахливого характеру, явища “повз промову”, які виявляються у перебільшено безглузких відповідях на повсякденні питання, до яких можуть приєднуватися і явища “повз дії” (хворий не правильно робить запропоновані йому дії), тривалість від декількох днів до тижня.

VI. Соматоформні розлади – група розладів, що характеризується повторним виникненням фізичних симптомів поряд із постійною вимогою медичних обстежень, недовірою до встановленого діагнозу, пошуками і вимогами виявити те чи інше захворювання (при їх об'єктивній відсутності). Включають:

1. Соматизований розлад – розлад, головною ознакою якого є наявність множинних та неодноразово виникаючих соматичних симптомів, що видозмінюються, часто мають місце протягом багатьох років і супроводжуються постійною занепокоєністю можливістю захворювання усупереч негативним результатам медичних обстежень, що підтверджуються із запевненням лікарів про відсутність фізичної основи для симптоматики.

2. Іпохондричний розлад – невротичний розлад, при якому основним проявом є надмірна занепокоєність власним здоров'ям, цілісністю і функціонуванням якогось органа або, рідше, занепокоєність станом своїх розумових спроможностей, супроводжується тривожною і депресією. Характерна наявність постійних ідей про існування одного або більше захворювань, фіксація уваги на наявному симптомі або синдромі, не-

зважаючи на відсутність адекватного соматичного пояснення скарг, постійна недовіра лікарям, нормальні або звичайні відчуття або явища часто інтерпретуються хворим як аномальні та неприємні, тенденції до самостійної постановки діагнозу.

3. Соматоформна вегетативна дисфункція – це розлад, при якому скарги, які висловлюються хворим, нібито обумовлені фізичним розладом у серцево-судинній, дихальній, шлунково-кишковій і сечостатевої системах, що знаходяться під впливом вегетативної нервової системи, супроводжуються незначним розладом фізіологічних функцій (гикавка, задишка), але не порушують функціонування органа або системи і розвиваються, як правило, на базі психологічного стресу або проблем, що психологічно зв'язані з розладом.

VII. Інші невротичні розлади.

1. Неврастенія – невротичний розлад, що характеризується вегетативними, соматичними та емоційними порушеннями, які проходять за типом дратівливої слабкості, безсилля, підвищеного стомлювання, відволікання уваги, зниження настрою, постійним невдоволенням собою і оточенням, може бути наслідком тривалого емоційного стресу, перевтоми або виникати на соматично ослабленому тлі. Мають місце при усьому розладі порушення сну, дратівливість, підвищена стомлюваність, слабкість у тілі після мінімальних зусиль, запаморочення, нездатність розслабитись, відчуття м'язевого болю, дислексія, вегетативні розлади (коливання артеріального тиску, серцебиття, почуття ознобу й інші).

2. Синдром деперсоналізації – дереалізації невротичної – невротичний розлад сприйняття, при якому психічна активність хворого, його тіло і/або оточення якісно змінилися настільки, що здаються нереальними, віддаленими або діючими автоматично.

Симптоми деперсоналізації:

- почуття, що відчуття або дії пацієнта відірвані від нього, віддалені, не його власні;
- почуття, що пацієнт сам не думає, не згадує, не уявляє;
- почуття, що його рухи ніби не його;
- відчуття, що тіло здається неживим, віддаленим або іншим способом аномальним.

Симптоми дереалізації:

- оточення стало безбарвним і неживим, здається штучним;

- сприйняття навколишнього схоже на сцену, на якій люди грають вигадані ролі;
- втрата емоцій;
- розуміння, що це суб'єктивна і спонтанна зміна, а не нав'язане зовнішніми силами або іншими людьми, тобто критичне відношення;
- ясна свідомість і відсутність токсичних станів, сплутаності або епілепсії.

Порівняно з іншими різновидами медичної практики в частині невротичних, пов'язаних зі стресом, та соматоформних розладів використання методів психологічних обстежень найбільш актуальне.

Сучасні експериментально – психологічні методи дослідження у зв'язку з їх більшою чутливістю дозволяють виявляти ранні ознаки порушень психологічної діяльності.

Психологічне обстеження охоплює всі основні елементи розладу, оскільки включає в себе опис тієї чи іншої дисфункції та інтерпретацію її психологічних механізмів. На ґрунті аналізу особистості та виділення таких її особливостей, як неадекватні соціальні настанови у зв'язку з порушенням життєвих відношень хворого, підвищений рівень претензувань, які в певному відношенні хворого з ситуаційними факторами набувають патогенного значення. Подібний аналіз допомагає не тільки уточненню клінічної діагностики в середині групи розладів, їх диференційній діагностиці, а також більш глибокому розкриттю суті хворобливого стану і його патогенезу, сприяє раціональному вибору психотерапевтичних і психокорегуючих впливів.

Завдання психологічного дослідження:

- вивчення особливостей особистості хворого і, насамперед, системи його життєвих відносин;
- виявлення зони психотравмуючих переживань і суті психологічного конфлікту;
- характеристика основних психічних процесів (мислення, пам'ять тощо) і стану неспокою, депресії тощо;
- оцінка динаміки невротичних розладів та облік ефективності лікування;
- прогнозування ефективності лікування.

Основними “ інструментами” психологічного дослідження при невротичних, пов'язаних зі стресом, та соматоформ-

них розладах є діагностика особистості та біографічний підхід, оскільки найглибшу причину цих розладів слід шукати не в окремих переживаннях, а в комплексі ситуацій, в екстенсивних напруженнях цілісної психофізичної конституції людини і всього її життєвого простору.

Про тісний взаємозв'язок невротичного конфлікту і структури особистості свідчать праці багатьох авторів. Перевага вивчення особистості експериментально - психологічними методами полягає в тому, що висновок про особистість носить характер, наближений до об'єктивного, і результати менше залежать від експериментатора.

Вибір експериментально – психологічних методів у клініці невротичних, пов'язаних зі стресом, та соматоформних розладів враховує вирішення завдань патогенетичної та диференційної діагностики і визначається психологічними механізмами їх розвитку.

У діагностиці цих розладів використовують:

- невротичні скарги і симптоми;
- визначення профілю особистості;
- аналіз конфліктних переживань хворого;
- визначення особливостей інтеперсональних відношень;
- психологічний контроль ефективності проведеного лікування.

Найбільш характерні невротичні скарги та симптоми визначаються скринінговими методами, які ґрунтуються на синдромологічному принципі. Великою популярністю користуються опитувальники для виявлення схильності до неврозу (Г.Айзенк), оцінка шкали депресій, дослідження неспокою та страху Тейлора, тривоги Спілберга, Шихана.

Важливе місце відводиться визначенню профілю особистості. Найбільшою популярністю користується міннесотський багатопрофільний особистісний опитувальник (ММРІ).

ММРІ, як і всі особистісні опитувальники, при невротичних, пов'язаних зі стресом, та соматоформних розладах, має відносно невисоку цінність, оскільки дозволяє вивчити особистість лише сигментарно, і в основу оцінки особистості лягають дані самооцінки. ММРІ ефективний при встановленні синдромологічного діагнозу. Хворі на невротичні, пов'язанні зі стресом, та соматоформними розладами при цьому методі ха-

рактизуються високими показниками невротичної тріади (шкали 1,2,3) в 70 -80 і більше Т – балів і приєднанням підйому по шкалі 7 (психастенії). Підйом по шкалі 3 з підвищенням показника по шкалі 1 і зниженням по шкалі 2 (“конверсійний зубець”) характерний для істеричних синдромів. Пік по шкалі 7 характерний для хворих з тривожно - фобічними розладами, при цьому підвищений показник і по шкалі 2, однак на відміну від хворих з тривожно – депресивними розладами у хворих з фобічними розладами підйом по шкалі 7 переважає над підйомом по шкалі 2. При тривожно-фобічних станах, у яких переважають хвилювання за своє здоров'я, в профілі особистості виявляється також підйом по шкалі 1.

З метою вивчення структури особистості використовується і 16 – факторний опитувальник особистості Кеттела.

Найбільш інформативними при невротичних, пов'язаних зі стресом, та соматоформних розладах є проєктивні методики, які дають можливість вивчення особистості в цілому. До них належать:

1. Методика незакінчених речень.

Вона дає переконливе уявлення про систему відношень і систему життєвих настанов особистості.

2. Тест фрустраційної толерантності Розенцвейга.

Результати досліджень даної групи хворих за цією методикою показують переважання екстрапунітивних реакцій, що носять характер осуду зовнішніх причин фрустрації, вимоги до оточуючих вирішити її. Це свідчить про високі вимоги до соціального оточення, схильність сприймати труднощі не як завдання, що вимагає вирішення, а як загрозу для своєї особистості. При дисоціативних розладах екстрапунітивність поєднується з фіксацією на перешкоді, підвищеною вимогливістю до оточуючих і зниженою вимогливістю до себе. При обесивно – компульсивних розладах відзначається підвищення екстрапунітивності (самознижувальні реакції). При цьому домінує почуття власної неповноцінності. Джерело фрустрації хворий шукає в собі. При неврастенії профілі фрустраційних реакцій носить проміжно характермічне двома наведеними вище.

Застосування характеристики порушень фрустраційної толерантності у хворих з невротичними розладами дозволило Л. І. Завиленській(1875) розробити психотерапевтичну методику, яка ґрунтується на прийомах аутогенного трену-

вання і полягає в моделюванні фрустраційних ситуацій за методом “послідовного наближення”. Тренування фрустраційної толерантності може бути використане і як метод психопрофілактики.

3. Тематичний аперцептивний тест (ТАТ).

Його використовують з метою з’ясування афектогенних, конфліктних ситуацій пацієнта, які виявляються в соціальному середовищі та соціальних відношеннях, і способів їх переробки. Особливої уваги заслуговує реакція пацієнта, яка впливає з активації механізмів афектогенного придушення та витіснення. Ці реакції проявляються у вигляді незначної продукції аж до асоціативного ступору, неспокою, помилок у сприйнятті змісту картин, зміни мови тощо. Іноді відзначається опір обстеженню. При високій ідентифікації характеристики, надані героям, носять єдині, загальні риси, які відображають особливості особистості самого досліджуваного. Особливості відношень хворих, мотивації конфліктів, значних проблем є тією силою, яка визначає сюжет історій ніби зсередини, від особистості хворого і його психогенезу. При обстеженні за ТАТ досліджувані переживають особливу інтимність, пов’язану з мимовільною ідентифікацією з героями оповідань, які відображають конфлікти та значимі для них ситуації і відношення.

4. Тест Роршаха.

Використовується з метою визначення особливостей інтерперсональних відношень у сім’ї або шлюбній парі. У хворих з невротичними, пов’язаними зі стресом, та соматоформними розладами відзначається збільшення кількості кольорових відповідей з перевагою відповідей чистого кольору, які поєднуються зі зниженням рівня форми відповідей. У ряді випадків спостерігається кольоровий “шок” – інтелектуальний ступор при експозиції поліхроматичних таблиць.

Для з’ясування відношень хворих з невротичними, пов’язаними зі стресом, та соматоформними розладами до психотравмуючих обставин, а також для дослідження впливу функціональних подразників на різні системи може бути використаний психофізіологічний експеримент, який ґрунтується на використанні слів – подразників і моделюванні ситуацій, різних за емоційним значенням для хворого, в поєднанні з реєстрацією фізіологічних та біохімічних показників.

Для хворих з невротичними, пов'язаними зі стресом, та соматоформними розладами відносні труднощі являють собою “арифметичні” завдання, “повторність цифр”, “шифровка”, які вимагають високої концентрації уваги. Труднощі викликають завдання “розташування картинок” (послідовність подій у життєвих ситуаціях). Особливі утруднення при виборі рішень і переході до дії характерні для хворих з obsesивно – компульсивними розладами на психастенічному фоні. Труднощі у вербалізації на абстрактно-логічному рівні характерні для хворих з дисоціативними розладами. Для неврастеніків труднощі становлять завдання, які вимагають концентрації та великого обсягу уваги.

В останні десятиліття внаслідок стрімкого науково – технічного прогресу, частих суспільно-політичних, економічних потрясінь, природних катаклізмів, військових конфліктів, терористичних актів, вимушеної масової міграції людей частота виникнення психогенних розладів у населення планети значно зросла. А тому значно зросла і ймовірність зустрічі у повсякденній роботі психолога – практика будь – якої галузі, а надто медичного психолога, з людиною, яка перебуває або на межі виникнення даного розладу, або в стані сформованого захворювання. Патопсихолог взагалі від 10 до 30 % свого часу присвячує роботі з такими людьми.

Отже, цілком логічно, що психолог повинен знати як клінічні, так і психологічні аспекти невротичних, пов'язаних зі стресом, та соматоформних розладів з тим, щоб своєчасно виявити той чи інший розлад у конкретної людини і надати їй кваліфіковану психологічну допомогу.

Література

1. Блейхер В. М., Крук І. В. Патопсихологическая диагностика. – К.: Здоров'я, 1986. – 280 с.
2. Менделевич В. О. Психиатрическая пропедевтика. – М.: МЕДпрес информ, 2004. – 528 с.
3. Невротичні, соматоформні розлади та стрес. / За редакцією доктора медичних наук, професора Л. М. Юр'євої. – К.: ТОВ ММК, 2005. – 96 с.
4. Критерії діагностики та лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих: клінічний посібник. – Харків: Арсіс, 2000. – 303 с.