

УДК 616.89

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ НЕВРОЗОГЕНЕЗУ**Інна Галецька**

*Львівський національний університет імені Івана Франка
вул. Дорошенка 41, м. Львів 79000, Україна, тел. (0322) 79-47-85*

Незважаючи на численні дослідження, невроз і неврозогенез є найменш зрозумілими поняттями медичної психології та психіатрії [1]. Перегляду зазнають навіть такі визначальні діагностико-нозологічні критерії неврозу, як функціональність та зворотність розвитку невротичних розладів після закінчення дії психотравми: у разі застосування сучасних методів фармако- та психотерапії відсоток одужання становить 58–65 [2]. Експериментальні дослідження, підтверджуючи психогенну природу невротичних розладів, їхній причинний зв'язок із психотравмувальними чинниками, виявляють одночасну наявність різних умов та факторів, здатних навіть нейтральній події надати психотравмувального характеру. Аналіз чинників, що спричиняють виникнення неврозу, особливості його перебігу, нозологічної залежності невротичних розладів та прогнозування розвитку хвороби, передбачає перш за все дослідження психологічних особливостей та індивідуальності особистості. Проте проведені дослідження не виявляли радикально виражених характеристик у преморбіді, які вказували б на однозначну залежність певної психологічної риси з ризиком розвитку конкретного типу патології [3]. Особистісний профіль за ММРІ не вілображає чітких кореляцій щодо клінічних проявів невротичних розладів: підвищення як невротичних, так і психотичних шкал підтверджує неоднозначність клінічного та тестового інтерпретування, зумовлюючи необхідність комплексного аналізу усього спектра отриманої у процесі психологічного та клініко-психологічного дослідження інформації [4].

Факторний аналіз психологічних характеристик невротичних розладів виявив, що дев'ять головних синдромів (панічні атаки, тривожно-фобійні, генералізовані тривожні, obsесивно-компульсивні, дисоціативні, конверсійні, соматоформні та депресивні розлади і деперсоналізація) зумовлені трьома факторами: тривожністю, депресією й obsесивно-компульсивністю та істерією. Це ставить під сумнів нозологічну специфічність новоприйнятої класифікації стосовно невротичних розладів [5]. Отримані у процесі статистичного аналізу психологічних характеристик різних форм невротичних розладів кластери є подібними або близько структурованими [6]. Не виявлено кореляцій певних особистісних характеристик та специфічності невротичної симптоматики: особистісні риси

не є ні необхідними, ні достатніми для формування конкретної клінічної форми невротичних розладів. Очевидно, що особистість - це лише один із детермінуючих чинників, які зумовлюють спосіб реагування на психічну травму та патерн копіngu. Індивідуальні особливості формування невротичного радикала, зумовлені наявною психофізіологічною predisпозицією, визначені сукупністю преморбідних, стресово-психогенних та соціально-психологічних чинників (їхньою особистісною інтерпретацією).

Проблему співвідношення невротичних розладів та особистісних характеристик вважають на сьогодні однією з найскладніших та найважливіших у сучасній неврозології. Певні особистісні девіації (психопатія та акцентуація) сприяють виникненню неврозу, відіграючи роль додаткового чинника дестабілізації та зниження стійкості систем психічної адаптації індивідуума. Однією із характерних рис сучасного неврозу є облігатність акцентуацій у преморбіді, патоморфоз та коморбідність невротичних проявів [2].

Визнання психогенного походження неврозу ґрунтується на розумінні того, що "стрес – це не те, що з нами відбувається, а те, як ми до того ставимося" (Г.Сельє). Лазарус, уводячи поняття психологічного стресу, зазначив, що людина сама собі створює труднощі та стреси: щоб чинник (ситуація, обставини) набув психотравмувального значення, потрібно, щоб він знайшов відповідний особистісний резонанс у формі виражених переживань. Як емоційно-стресовий кваліфікують стан організму, що настає внаслідок психологічної оцінки ситуації як негативної, неприйнятної, аверсійної, а також неможливості її уникнення.

Провідне місце в психогенезі межових психічних розладів належить психологічним конфліктам особистості [7,8]. Невротичний конфлікт формується на фоні взаємодії психічної травми й особливостей структури особистості. Вираженість конфлікту залежить від суперечливого ставлення до ситуації, яке перешкоджає раціональному вирішенню конфлікту. Особливості конфліктної поведінки особистості залежать від актуалізації інтрапсихічного конфлікту в умовах зовнішнього щодо нього інтерпсихічного конфлікту. Етіологічні чинники станів психічної дезадаптації охоплюють комплекс виробничих, мікросоціальних та екологічних чинників, які об'єднуються в поняття "ендемичний стрес", або "стрес від поточних проблем" [9].

Сучасні підходи до розуміння поєднань "внутрішньої" та "зовнішньої" зумовленості психологічного конфлікту передбачають таку залежність з погляду "психологічної ситуації" [7, 8, 10], як взаємозумовлювальне неподільне ціле, де "внутрішні та зовнішні конфлікти накладають інтра- та інтерпсихічні субпростори конфліктної ситуації, що поєднуються в поведінці суб'єкта" [8]. Формування невротичних розладів визначається констеляцією багатьох чинників, провідне місце серед яких посідають конситуційно-біологічні та соціально-психологічні. Низький

рівень можливості передбачення індивідуальних реакцій у конкретних ситуаціях, оптимальним видається висновок, що “подібні низькі кореляції можуть відображати певну важливу істину” [10] про індивідуальність можливих патернів реагування залежно від існуючої ситуації.

Дослідження неврозу потребують застосування індивідуальнісно-орієнтованого підходу до особистості хворого. Як оптимальний мінімум для забезпечення індивідуальнісно-орієнтованого підходу у психологічних дослідженнях неврозу можна рекомендувати поєднання особистісного опитувальника “міні-мульти”, кольорового тесту Люшера, інтерперсональної діагностики Т.Лірі, розробленої нами проективної методики “Психомалюнок хвороби”, комп’ютерної ЕЕГ та клінічного спостереження: спрямовані до різних рівнів особистості методики дають змогу отримати різнобічну інформацію достатнього рівня діагностичної надійності [11].

Експериментальні дослідження із застосуванням індивідуальнісно-орієнтованого підходу та комплексне вивчення хворих на невротичні розлади проведено нами на базі Львівської обласної клінічної психіатричної лікарні, 2-го стаціонарного відділення Львівського міського психоневрологічного диспансеру, Львівської центральної транспортної клінічної лікарні та діагностичного центру “Інва”, Клінічну діагностику типів невротичних розладів виконано на основі діагностичних критеріїв МКХ-10.

Для статистичного опрацювання результатів застосовано факторний аналіз, а для визначення достовірності відмінностей у разі порівняння даних різних груп - критерій Стюдента. З метою детального аналізу за результатами середніх даних загальної та окремих (відповідно до стрижневого невротичного радикалу) вибірок побудовано та проаналізовано особистісний профіль за методикою “міні-мульти” та діаграму за методикою Лірі.

Досліджено 131 хворого, які перебували на стаціонарному лікуванні. Вік хворих становив 20–56 років; тривожні розлади діагностовано у 47-и осіб, фобійні у 15-ти, конверсійні — у 34-х, obsesivні — 35-ти осіб.

На підставі факторного аналізу отриманих у результаті досліджень даних виділено чотири фактори, три з яких треба вважати визначальними.

Перший фактор (пояснює розсіювання 16%) — “особистісний” (наведені в таблиці змінні відповідають шкалам MMPI).

Другий фактор (пояснює розсіювання 14%) — “психофізіологічний” (альфа-(A), бета1-(B1), дельта-(D), тета-(T) активність на фоновій ЕЕГ, ефект від трихвилинної гіпервентиляції (MIN3), домінування бета-ритму після функціональних проб (DR_B), засвоєння ритму після низькочастотної фотостимуляції в тета-діапазоні (N_T), засвоєння ритму після високочастотної фотостимуляції в бета-(V_B) і дельта-(C_D) діапазонах;

Третій фактор (пояснює розсіювання 8%) — “поведінковий” (цифри при змінних, наведені в таблиці, відповідають октантам за Лірі) (див. таблиці).

Факторна структура неврозогенезу

Фактор 1		Фактор 2		Фактор 3	
L	-,742	A	-,846	LR1	-,840
F	,832	B1	-,625	LR2	-,818
M1	,573	D	,859	LR3	-,803
M2	,570	T	,442	LR5	,790
M3	,651	MIN3	,473	LR6	,781
M4	,841	DR_B	,252	LR7	,450
M6	,960	N_T	-,515		
M7	,787	V_B	-,324		
M8	,836	V_D	,463		
M9	,453				
Дисперсія	16%	Дисперсія	14,57%	Дисперсія	8,95%

Отримана трифакторна структура найліпше відображає зумовленість формування неврозу нейромозковими, особистісними та поведінковими чинниками.

За середніми значеннями отриманих даних побудовано особистісні профілі за методикою “міні-мульт” (рис. 1) та діаграми за методикою Лірі (рис. 2) для загальної вибірки та для кожного радикала зокрема.

Ці діаграми дають змогу оцінити відмінності та виконати інтерпретацію кожного зі стрижневих невротичних радикалів.

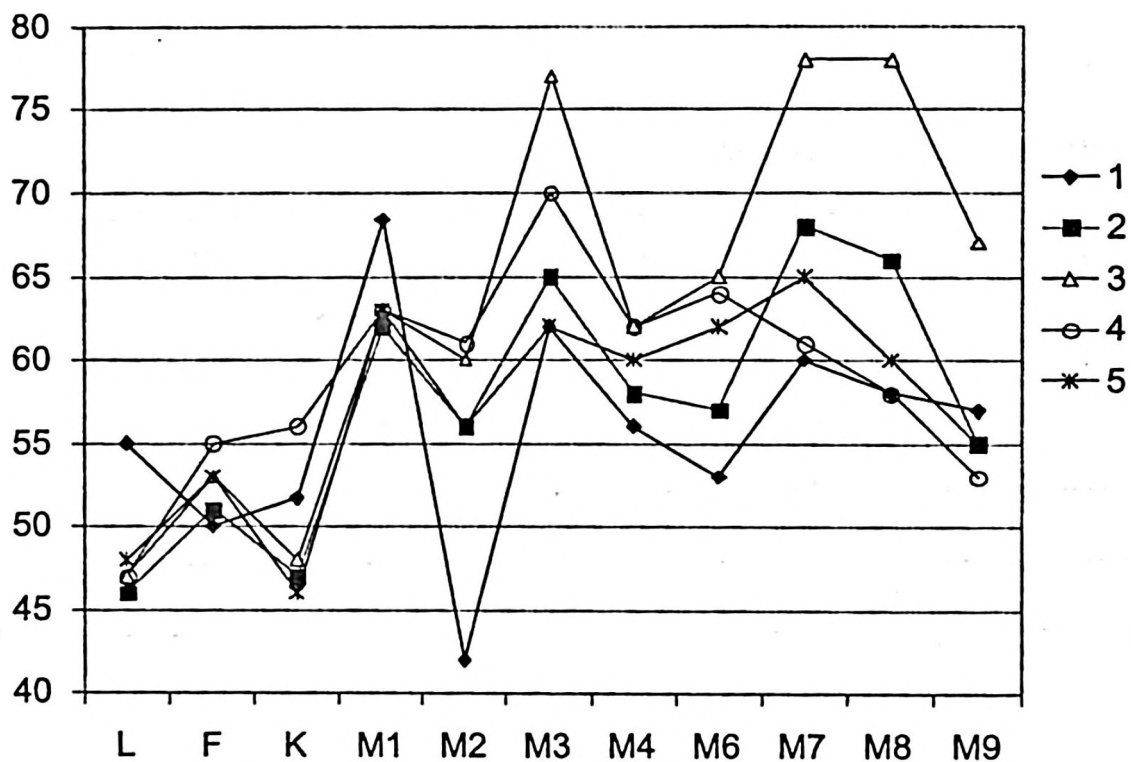


Рис. 1. Особистісні профілі стрижневих невротичних радикалів за методикою "міні-мульт": 1-RF, 2-RT, 3-RO, 4-RK; 5-N.

Порівняльний аналіз особистісних профілів радикалів, побудованих за результатами "міні-мульт" (рис.1) виявив наступне:

особистісні профілі при різних стрижневих радикалах відмінні як між собою, так і від профілю загальної вибірки; найбільше подібні профілі загальної вибірки (N) та вибірки з тривожними невротичними розладами (RT): тривожні розлади, будучи самостійною клінічною формою, є найменш однорідною щодо психологічних проявів групою; найбільш виражена "конверсійна п'ятірка" (поєднання високих показників 1-ї та 3-ї шкал із порівняно невисокими показниками 2-ї шкали нагадує римську цифру V) на особистісному профілі фобійного радикала (RF) свідчить про виражено низьку стресостійкість та дезадаптивність реагування у стресовій ситуації.

Подібними є профілі тривожного та фобійного невротичних радикалів: порівняно нижчі показники шкал тривожності (M7) та песимістичності (M2) і високі показники шкали "надконтролю" (M1) особистісного профілю фобійного радикала свідчать про наявність тенденції до трансформації компенсаторних реакцій у разі переживань у стійкий деструктивний патерн реагування, що, псевдозменшуючи існуючу тривожність, стає причиною вираженої емоційної напруги.

Найбільш “патологічним” є профіль обсесивного радикала (RO): рівновисокі (77Т) показники шкал емоційної лабільності (М3), тривожності (М7) та індивідуалістичності (М8) свідчать про виражені особистісні відмінності, характерні для хворих з цим типом невротичних розладів.

Результати дослідження за методикою діагностики типів міжособистісних відносин Лірі зображено у вигляді діаграм, побудованих за середніми значеннями показників відповідних шкал для загальної вибірки і окремо для кожного із стрижневих невротичних радикалів (Рис. 2).

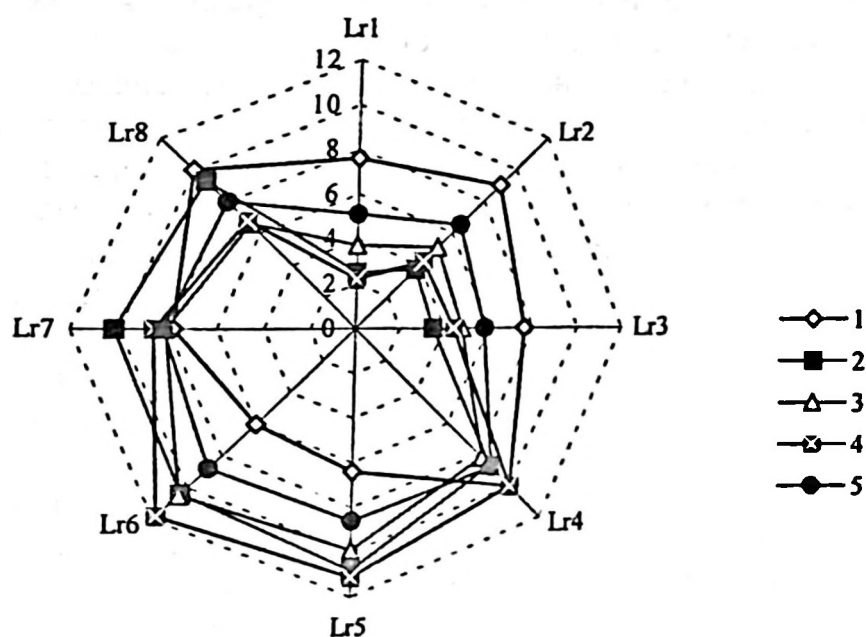


Рис. 2. Типи міжособистісних відносин (за методикою Лірі): 1-RF, 2-RT, 3-RO, 4-RK; 5-N.

Аналіз побудованих діаграм виявив: як і у випадку порівняльного аналізу особистісного профілю “міні-мульт”, діаграма тривожного радикала (RT) найбільш подібна до діаграми загальної вибірки (N); максимально подібними є діаграми обсесивного (RO) та фобійного (RF) радикалів; протилежно розташована щодо інших діаграма конверсійного (RK) радикала: низькі показники октантів 7 (співробітницько-конвенційний тип), 6 (залежно-слухняний тип) та 5 (покірно-сором'язливий тип поведінки), а октантів 1 (владно-лідуючий), 2 (незалежно-домінантний) та 3 (прямолинійно-агресивний) — високі, на протиположності до інших радикалів.

Мало відмінні для всіх радикалів показники октантів 4 та 8 (недовірливо-скептичний та відповідально-великодушний тип поведінки), вони є в межах від 6 до 8 одиниць.

Аналіз отриманих відмінностей дає змогу стверджувати, що стрижневі невротичні радикали – це відмінні поведінкові патерни. Виявлені особливості відображають такі риси, характерні для тривожного, фобійного та обсесивного радикалів, як недовірливість, невдоволення собою та низька самооцінка, підвищене відчуття провини, надмірна запальність та впертість за наявної залежності від думки оточення. Для конверсійного невротичного радикала характерна є самовпевненість та переоцінка своїх можливостей і чеснот, прагнення до домінування, декларація гіперсоціальних установок і водночас недоброзичливість до тих, хто оточує. Виявлені характеристики є вказівними для обрання спрямувань психокорекційних заходів.

Виявлена трифакторна структура демонструє наявність трьох визначальних аспектів неврозогенезу: особистісного, нейромозкового та поведінкового, вказуючи на необхідність урахування цих чинників у разі індивідуально-орієнтованого підходу в дослідженнях. Відмінності між клінічними проявами різних форм невротичних розладів корелюють із особистісними особливостями, патернами поведінкового реагування та особливостями організації нейромозкової активності хворих на невроз. Результати досліджень свідчать про потребу врахування виявлених чинників для диференційної клінічної діагностики, оцінки чинників виникнення, формування і перебігу неврозу для забезпечення ефективної терапевтичної тактики.

Однозначно, що будь-які отримані в результаті психодіагностичних досліджень особистісні профілі, графіки та схеми є лише картою. А карта, як відомо, – лише схематичне зображення території. Розуміння індивідуальності конкретної людини можна досягнути лише у разі індивідуально-орієнтованого використання результатів досліджень “карт” та комплексного врахування усієї отриманої інформації.

-
1. *Okasha A., Omar A.M., Lotaief F. et al.* Comorbidity of axis I and axis II diagnoses in a sample of Egyptian patients with neurotic disorders // *Comprehensive Psychiatry*. – 1996. – Vol. 37. – №2. – P.95–101.
 2. *Менделевич В.Д.* Клиническая и медицинская психология. Практик. руководство. – Москва, 1998. – 552с.
 3. *Furukawa T., Hori S., Yoshida S. et al.* Premorbid personality traits of patients with organic (ICD-10 F0), schizophrenic (F2), mood (F3), and neurotic (F4) disorders according to the five-factor model of personality // *Psychiatry Research*. – 1998. – №78(3). – P.179–187.
 4. *Kalogjera-Sackellares D., Sackellares J.C.* Analysis of MMPI patterns in patients with psychogenic pseudoseizures // *Seizure*. – 1997. – V.6. – №6. – P.419–427.

5. *Kitamura T., Nakamura M., Miura I. Fujinawa A.* Symptoms of neuroses: profile patterns and factor structure of clinic attenders with non-psychotic functional psychiatric disorders //Psychopathology. –1997.–V.30.–№4.–P.191–199.
6. *Furnham A.* Overcoming neuroses: lay attributions of cure for five specific neurotic disorders. //Journal of Clinical Psychology. – 1997. – V.53. – №6.–P.595–604.
7. *Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю.* Психология жизненных ситуаций. – Москва, 1998.–262с.
8. *Омелаєнко І.Б.* Психологічний аналіз поведінки при різних типах невротичного конфлікту: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – К., 1998. – 20 с.
9. *Nezua M. J.* Clinical Psychol. – 1986. – Vol. 42. – №6. – P.847–852.
10. *Росс Л., Нисбетт Р.* Человек и ситуация. Перспективы социальной психологии /Пер. с англ. – Москва, 1999. – 429 с.
11. *Галецька І.І.* Методики дослідження неврозів //Практична психологія та соціальна робота. – 1999. – №4. – С.24–25.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE NEURO-GENESIS

Inna Galets'ka

Ivan Franko National University of Lviv

vul. Doroshenka 41, Lviv 79000, Ukraine, tel. (0322) 79-47-85

The lack of the only understanding for the neuro-genesis and determination of polyfactors of evaluation of neurosis should demand for versatile investigation and the psychological aspects analysis. Taking into account all the dates which were obtained in the personality-oriented research process. The article gives the opportunity to receive the necessary information of the essential level validity for providing of the comprehensive understanding of psychological mechanism and reasons for the existing neurotic conflict and the psycho-correction process optimisation.

Key words: neuro-genesis; psycho-correction process; neurotic conflict

Стаття надійшла до редколегії 22.12.1999

Прийнята до друку 08.06.2000