

НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ С СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Т.В. Брябрина

Представлены результаты исследования невротической симптоматики у пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией и у пациентов с невротическими расстройствами. Проанализированы уровень выраженности невротичности и структура невротических нарушений в двух группах пациентов. Отмечают особенности в спектре и интенсивности невротической симптоматики.

Ключевые слова: соматоформные расстройства, соматоформная вегетативная дисфункция, невротические расстройства.

Ухудшение социальной среды и резко возросшее число вредных психологических воздействий привело к увеличению распространенности нервно-психических и соматических заболеваний, в формировании которых большую роль играют психогенные факторы (так называемые «психосоматические заболевания»). В их число принято включать разнообразные нарушения функций органов и систем — от доболезненных, донозологических до клинически развернутых состояний. Эти состояния и заболевания формируются вследствие действия определенных психотравмирующих факторов на личность с определенными психологическими особенностями, находящуюся в той или иной неблагоприятной жизненной ситуации [1, 3, 8]. Соматические заболевания, симптоматика которых в своей клинической картине не имеет нозологически очерченных синдромов, в клинической медицине и психологии принято рассматривать как функциональные. При этом у пациентов зачастую отмечаются нарушения не только соматического, но и психического функционирования. Как следствие, такая дисфункция соматических систем в клинике квалифицируется как преимущественно соматоформное расстройство, а психические дисфункции — как преимущественно невротические расстройства.

Но часто функциональные нарушения соматических органов и систем отмечаются как при соматоформных расстройствах, так и при неврозах. В свою очередь, невротические расстройства могут сочетаться коморбидно с соматоформными расстройствами либо могут

даже включаться в патогенетические механизмы и клиническую картину соматоформных расстройств [6].

Соматоформные расстройства характеризуются очевидным отсутствием инструментально подтвержденных органических нарушений, преобладанием комплекса психовегетативных расстройств и относительной обратимостью симптоматики. При этом часто отмечается проблема терминологического определения наблюдаемой патологии. Так, при очевидном соматическом вкладе в этиопатогенез наблюдаемую симптоматику невротического характера принято считать вторичной и определять ее как неврозоподобную [4]. В свою очередь, при приоритете психогенных этиопатогенетических механизмов в дисфункции органов и систем соматическая патология рассматривается как вторичная, психосоматическая. Очевидная нервно-психическая патология при отсутствии соматической рассматривается как невротическая. В случае сочетания психических и соматических расстройств определить первичность психического либо соматического фактора в этиопатогенезе не представляется возможным, особенно в случае клинически стертых форм соматической и невротической патологии.

При этом считается, что соматоформные расстройства, во-первых, могут являться предтечей классических психосоматозов [7], во-вторых, их симптоматика включает соматические, вегетативные и психические расстройства с высокой степенью вариабельности.

Диагностика любого заболевания начинается с квалификации психического и соматического состояния пациентов. Применение психологической диагностики рассматривается как составная часть медицинской диагностики, которая позволяет изучить роль психологических факторов в этиологии, патогенезе, лечении и профилактике заболеваний. При этом медицинская (клиническая) психологическая диагностика использует методы психологической диагностики для выявления нарушений психических функций, процессов, состояний личности и поведения больного человека в ситуациях, угрожающих нарушениями психической адаптации, следствием которых могут быть расстройства в сфере психического здоровья и снижение качества жизни [2].

Для осуществления медицинской психодиагностики важно определиться с пониманием роли психологических механизмов в психических нарушениях различной нозологии, особенно в случае пограничной психической и психосоматической патологии. Следует отметить, что достаточно часто соматоформные расстройства дебютируют в молодом возрасте, при этом спектр клинических проявлений этих расстройств достаточно широк и разнообразен [1, 5]. В связи с этим требуется исследование, позволяющее уточнить спектр и интенсивность соматических, вегетативных и психических нарушений в структуре как соматоформных, так и невротических расстройств. Данные клинико-психологических исследований могут позволить раскрыть особенности клинической картины расстройства и помочь определить дальнейшие пути лечебных воздействий, в том числе наметить пути психологической коррекции.

Материалы исследования

Было организовано и проведено исследование психического состояния и выраженности невротической и невротоподобной симптоматики у 218 пациентов.

Исследование выполнялось по методике «Симптоматического опросника невротических расстройств» (ОНР-Си). Методика ОНР-Си является компьютерной модификацией опросника SiO, разработанного в 1981 году в Польше под руководством J.W.Aleksandrowicz и апробированного в отделении неврозов и психотерапии института им. В.М. Бехтерева. Методика направлена на количественное определение степени выраженности невротических расстройств и содержательное описание жалоб больного. Она представляет собой опросник из 138 пунктов, в которых отражены основные невротические жалобы и симптомы. Самооценка своего

статуса осуществляется путем определения у себя наличия и степени выраженности тех или иных нарушений. Оценка проводится по 4-балльной шкале: «не беспокоит», «незначительно беспокоит», «беспокоит», «очень беспокоит». Опросник имеет 13-шкальную структуру. Полученные данные интерпретировались в соответствии с разработанной схемой анализа [2]: оценивался общий уровень невротичности (далее – ОУН) и структура невротической симптоматики пошкально. Итоговые значения ОУН выражаются в стенах. Высокий уровень ОУН регистрируется при значениях итогового балла в 7–10 стенов, умеренный – от 6 до 4 стенов, незначительный – от 1 до 3 стенов.

Результаты исследования представлены в следующих показателях:

- во-первых, в стандартизованных показателях ОУН;

- во-вторых, в исходных показателях шкальной оценки (сумма сырых баллов по каждой шкале) и в приведенных рейтинговых баллах (на основании расчета значений средних рангов по шкалам методики), что описывает уровень интенсивности выявляемой симптоматики;

- в-третьих, в процентных пунктах, отражающих экстенсивность (широту или спектр представленности) невротической симптоматики внутри каждой шкалы. Процентным показателем является удельная оценка вопросов шкалы ($Nz\%$), которая рассчитывается по формуле: (количество ответов по шкале с оценкой более 0 баллов $\cdot 100\%$) / количество вопросов шкалы. Следует отметить, что удельный показатель учитывает наличие симптоматики, диагностируемой по шкале, вне зависимости от интенсивности выраженности симптомов.

Вся выборка представлена двумя группами испытуемых, критерием включения которых в ту или иную группу являлось наличие верифицированного клинического диагноза «соматоформная вегетативная дисфункция» (код F.45.3 по МКБ-10) либо диагноза «невротическое расстройство» (код F.40–43 по МКБ-10). Численность испытуемых первой группы составила $n_1 = 141$ человек, в том числе 64 мужчин и 77 женщин, а численность испытуемых второй группы $n_2 = 77$ человек, в том числе 36 мужчин и 41 женщин. Все испытуемые являлись студентами высших учебных заведений. Средний возраст обследованных пациентов составил $19,83 \pm 1,63$ лет. Нозологический диагноз являлся внешним критерием для оценки выявляемой симптоматики.

Математико-статистические расчеты производились с помощью пакета статистических программ SPSS Statistics 17.0.

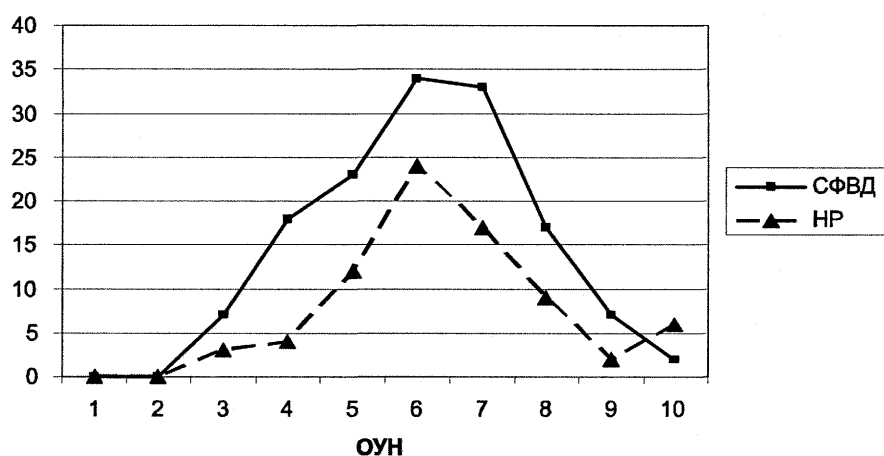
Результаты исследования и их обсуждение

Общий уровень невротичности характеризуется умеренным и высоким уровнем, как у пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией (далее – СФВД), так и у пациентов с невротическими расстройствами (далее – НР). Средний уровень невротичности в целом по выборке составил $6,24 \pm 0,8$, в первой группе – $6,11 \pm 0,8$ и во второй группе – $6,47 \pm 0,8$. Статистических различий в уровне невротичности в группах пациентов с СФВД и невротическими расстройствами не выявлено. Таким образом, в обеих группах сравнения отмечается одинаковый уровень выраженности невротичности (невротических и невротоподобных нарушений). Другими словами, у пациентов с СФВД и у пациентов с НР выявляется одинаковая и достаточно выраженная тяжесть невротической симптоматики. При этом распределение испытуемых по степени выраженности невротической симптоматики очевидно приближается к нормальному (см. рисунок).

При анализе пошкального представления данных были выявлены статистически значимые различия между результатами исследования пациентов двух групп. Для пациентов с невротическими расстройствами более характерно ограничительное поведение, отражаю-

щееся достоверно более высокими значениями по шкалам «нарушения социальных контактов» ($p \leq 0,05$) и «ананкастические нарушения» ($p \leq 0,001$). В табл. 1 представлены значения средних арифметических и стандартных отклонений шкальных оценок по каждой шкале.

При этом у пациентов с невротическими расстройствами отмечается большая выраженность симптоматики этого регистра, проявляющаяся как большей частотой встречаемости, так и большей ее интенсивностью. Характерно, что для невротических пациентов более свойственна слабо и умеренно выраженная симптоматика, отражающая нарушение социальных контактов и ананкастические черты личности. В группе пациентов с СФВД такие симптомы в основном отсутствуют или выражены слабо у незначительного числа испытуемых. При невротических расстройствах более выражены жалобы на неуверенность, ощущение недостатка самостоятельности, беспомощность и склонность подчиняться другим. Такие пациенты стремятся избегать людей, даже близких знакомых, больше переживают по поводу одиночества и испытывают дискомфорт в социальных контактах. Полученные данные свидетельствуют о большой степени нарушения их социальной адаптации.



Распределение испытуемых двух групп в соответствии со значениями итоговых баллов ОУН

Средние значения шкальной оценки по шкалам методики ОНР-Си*

Таблица 1

Шкалы	Группа	СФВД		НР	
		М	δ	М	δ
Нарушения социальных контактов		1,8908	1,5	2,4818	1,7
Ананкастические нарушения		1,8057	1,56	2,5234	1,62
Ипохондрические нарушения		1,7667	1,47	1,5662	1,74
Расстройства сна		2,1972	1,6	2,6182	1,72
Тревожно-фобические нарушения		1,4730	1,26	1,7610	1,31

* В таблице приведены результаты только по тем шкалам методики ОНР-Си, по которым получены наиболее существенные отличия.

Достоверных различий по шкалам «расстройства сна», «ипохондрические» и «тревожно-фобические нарушения» у испытуемых этих групп нет ($p \leq 0,1$). Однако установлено, что у пациентов с невротическими расстройствами более выражены расстройства сна и тревожно-фобические нарушения, в то время как ипохондрические нарушения более интенсивно выражены у испытуемых с СФВД. Различий в выраженности соматовегетативной симптоматики у пациентов двух групп не выявлено.

Далее в соответствии с программой исследования была построена иерархия шкальных показателей для двух групп (в рейтинговых баллах). Данные представлены в табл. 2.

Полученные данные свидетельствуют о большей интенсивности проявлений собственно соматовегетативных нарушений у пациентов с СФВД и повышенную их обеспокоенность состоянием своего здоровья. Требуется отдельного анализа факт наличия дереализационных нарушений, которые в пограничной психиатрии и клинической психологии рассматриваются как проявления психологических защитных механизмов диссоциативного реагирования («последняя линия обороны» при психотравматизации), а также при начальных формах органических психических нарушениях [10].

У пациентов с невротическими расстройствами отмечается большая выраженность эмоционально-личностных нарушений, что вполне объясняется классическими представлениями об этиопатогенезе невротических расстройств [5].

На следующем этапе исследования была построена иерархия шкальных значений по удельному показателю спектра выраженности

симптоматики (Nz%). Шкальные значения определялись на основании выраженности показателя в процентах и построение иерархии этих шкальных значений. При этом практически отсутствовали так называемые «чистые» типы, проявляющиеся изолированной представленностью высоких значений только по одной из шкал методики ОНР-Си. Как правило, наблюдалось сочетание доминирующей симптоматики по 2–3 шкалам, описывающим спектр невротических нарушений. В табл. 3 приведены сравнительные данные о частоте встречаемости той или иной шкальной симптоматики у испытуемых двух исследуемых групп.

Таким образом, отмечается сходная картина сочетанности клинических невротических нарушений. При этом очевидно, что астенические нарушения и расстройства сна можно рассматривать как «ядерные» (общие) для всех типов сочетаний, поскольку эта симптоматика представлена во всех вариантах невротических проявлений испытуемых обеих групп. У всех пациентов отмечаются жалобы на повышенную утомляемость, истощаемость нервно-психических процессов, апатию, недостаток сил или энергии для выполнения какой-либо деятельности.

Понимание астении как состояния нервно-психической слабости, включенного в клиническую картину различных нервно-психических и соматических симптомокомплексов и нозологических форм [5; 9], позволяет квалифицировать астенические нарушения и у пациентов с СФВД, и у невротических пациентов как следствие проявления общепатологических механизмов, поскольку астеническая симптоматика является первоначаль-

Таблица 2

Иерархия нервно-психических нарушений у испытуемых
с соматоформными вегетативными и невротическими расстройствами

R	СФВД	НР	R
1	Ипохондрические нарушения	Ананкастические нарушения	1
2	Соматовегетативные нарушения	Нарушение социальных контактов	2
3	Дереализационные нарушения	Тревожно-фобические нарушения	3,5
4	Обсессивные нарушения	Расстройства сна	3,5
5	Аффективная лабильность	Астенические нарушения	6
6	Аффективное напряжение	Депрессивные нарушения	6
8,5	Астенические нарушения	Сексуальные нарушения	6
8,5	Депрессивные нарушения	Аффективное напряжение	8
8,5	Сексуальные нарушения	Аффективная лабильность	9
8,5	Расстройства сна	Обсессивные нарушения	10
11	Тревожно-фобические нарушения	Дереализационные нарушения	11
12	Нарушение социальных контактов	Соматовегетативные нарушения	12
13	Ананкастические нарушения	Ипохондрические нарушения	13

Структура нервно-психических нарушений в двух группах

Название шкалы	СФВД, %	Неврозы, %
Астенические нарушения	41	50
Аффективная лабильность	22	18
Расстройства сна	22	26
Депрессивные нарушения	15	22%
Нарушение социальных контактов	15	17
Ананкастические нарушения	12	19
Ипохондрические нарушения	9	12

ным признаком психической патологии. Следовательно, пациенты с СФВД и невротическими расстройствами представляют собой пример клинических групп с одинаково начальным уровнем пограничной психической патологии. Для лиц молодого возраста наличие этой патологии является весьма важной частью в понимании ее вклада в патогенетические механизмы дальнейшего развития патологии, поскольку именно астенизация может значительно влиять на уровень их трудоспособности. По всей видимости, основные лечебные мероприятия должны иметь своей целью, прежде всего, коррекцию астенизации.

Наблюдаемое очевидное различие в интенсивности проявлений невротической симптоматики при в целом схожей ее структуре объясняется диагностическим потенциалом методики, позволяющим выявлять именно спектр невротических нарушений (по значениям удельного показателя $Nz\%$).

Таким образом, и пациенты с СФВД, и пациенты с невротическими расстройствами характеризуются наличием выраженной невротической (неврозоподобной) симптоматики, структура которой обнаруживает некоторое сходство. Однако клинические картины этих расстройств различаются по степени выраженности симптоматики, что, по-видимому, может служить указателем на различия в патогенетических механизмах и, соответственно, в мишенях лечебных воздействий.

Литература

1. Бройтигам, В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад; пер. с нем. Г.А. Обухова, А.А. Брценка. – М.: Гэотар-Медицина, 1999. – 376 с.
2. Вассерман, Л.И. Медицинская психодиагностика: Теория, практика и обучение / Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. – СПб.: М.: Академия, 2003. – 736 с.
3. Великанова, Л.П. Психосоматические расстройства: современное состояние проблемы (часть 1) / Л.П. Великанова, Ю.С. Шевченко // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – № 4. – С. 79–90.
4. Гиндикин, В.Я. Лексикон малой психиатрии / В.Я. Гиндикин. – М.: КРОН-ПРЕСС, 1997. – 576 с.
5. Карвасарский, Б.Д. Неврозы / Б.Д. Карвасарский. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
6. Клиническая психиатрия: пер. с англ., перераб. и доп. / гл. ред. Т.Б. Дмитриева. – М.: ГЭОТАРМедицина, 1999. – 602 с.
7. Марилов, В.В. Переход функционального расстройства в органический психосоматоз / В.В. Марилов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2006. – № 1.
8. Смуглевич, А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) / А.Б. Смуглевич, А.Л. Сыркин и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1999. – Т. 99. – № 4. – С. 4–16.
9. Снежневский, А.В. Общая психопатология: курс лекций / А.В. Снежневский. – М.: МЕДпресс-информ, 2001. – 208 с.
10. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.

Поступила в редакцию 28 марта 2010 г.

Брябрина Татьяна Викторовна. Старший преподаватель кафедры клинической психологии Южно-Уральского государственного университета: t_brjabrina@mail.ru.

Tatyana V. Bryabrina. Assistant of professor, Department of Clinical Psychology, South Ural State University: t_brjabrina@mail.ru.