

Г. Я. Пишук

Вінницька обласна психіатрична лікарня ім. О. І. Ющенка (Вінниця)

ТИПОЛОГІЯ КОМУНІКАТИВНОЇ НАСТАНОВИ ПРИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДАХ

Психічне здоров'я людини, рівень його забезпечення визначається багатьма складовими, такими як соматичне, психічне, психологічне благополуччя. Чільне місце у такій системі відведено міжособистісній комунікації, завдяки якій особистість реалізує свій творчий потенціал. Потреба у спілкуванні для людини є різною за своєю інтенсивністю, але поряд з компонентами психічної діяльності формує індивідуальний рівень психічного здоров'я.

У процесі спілкування виділяють комунікативну, інтерактивну та перцептивну складові. Міжособистісна взаємодія виявляється в сукупності когнітивних (пізнавальних) і емоційних компонентів. Велике значення при цьому надається сформованим дескриптивним та інтерпретативним судженням. Найважливішими механізмами міжособистісної комунікації є ідентифікація, соціально-психологічна рефлексія, емпатія та стереотипізація [1, 2, 4, 5].

Як свідчать дані літератури [3, 6], порушення міжособистісної комунікації практично завжди виявляється у хворих з невротичними розладами. Однозначної причини такого явища визначити неможливо. На нашу думку, це зумовлено складними соціальними та індивідуально-психологічними механізмами, котрі містять у собі детерміновані особистісні потреби хворої людини, порушення функціонування Я-образу, рівень особистісної самооцінки. Між тим дослідження механізмів порушення комунікативної функції при невротичних розладах дозволяє визначити основні напрямки у системі психокорекційної допомоги такій категорії хворих. Зважаючи на вищевикладене, метою нашого дослідження було вивчення проявів комунікативної настанови у хворих на невротичні розлади.

Під нашим спостереженням перебувало 38 хворих на невротичні розлади з тривалістю захворювання від 6 місяців до 2 років. За МКХ-10 у 18 пацієнтів ми діагностували змішаний тривожно-депресивний розлад (F 41,2), у 9 — змішаний дисоціативний розлад (F 44,7) і у 11 неврастенію (F48,0). Контрольну групу склали 25 практично здорових досліджуваних. З метою вивчення типології комунікативної настанови використовували методику Бойко [7].

Обстежені нами хворі на момент дослідження перебували у віці від 23 до 49 років. Серед обстежених було 20 жінок та 18 чоловіків. 55,4 % пацієнтів мали вищу освіту, 52,4 % займалися розумовою працею. За медичною допомогою вперше звернулись 15 осіб (39,5 %), вдруге 19 (50,0 %), решта (10,5 %) надійшли на лікування третій раз. Тривалість захворювання становила в середньому $1,7 \pm 0,9$ року. Причиною розвитку невротичних розладів у 32 осіб (84,2 %) були фактори хронічної психічної травми, у 6 (15,8 %) — гострі психічні травми. В 11 осіб (28,9 %) початок хвороби був гострим, у 22 (57,8 %) — підгострим, у 5 (13,2 %) — затяжним.

Дослідження провідного невротичного синдрому дало змогу визначити, що астено-агрипнічний синд-

ром виявлявся у 11 пацієнтів (28,9 %), тривожно-фобічний — у 12 (31,5 %), іпохондричний — у 9 (23,7 %), астено-депресивний — у 6 (15,8 %) пацієнтів.

У клінічній картині хворих з астено-агрипнічним синдромом на перший план виступала невротична астенія, основними рисами якої були підвищена дратівливість, що посилювалась під час будь-якої вербальної комунікації, млявість, підвищена втома і виснажливості під час будь-якої діяльності, зниження працездатності. Хворі були емоційно нестійкими, виявляли часті спалахи дратування, які виникали зовсім з незначного приводу, були нетривалими (10–15 хв) у часі і завершувались плачем, розкаянням. Крім того, пацієнти вказували на неможливість переносити гучні звуки, яскраве світло, знижену концентрацію уваги, суб'єктивно відмічали погіршення пам'яті, хоча під час об'єктивного обстеження стійких мнестичних розладів (амнезії, парамнезії, криптомнезії, екмнезії) у жодного хворого ми не виявили. Практично у всіх обстежених даної групи виявлялись розлади сну. Серед диссомнічних порушень найчастіше хворі вказували на утруднене засинання. Пацієнти відмічали нездатність відразу заснути, вказували на відсутність потягу до сну. Подекуди хворі засинали відразу на 10–20 хв., але раптово прокидались і вже не могли заснути впродовж 2–3 годин. В такий період вимушеного безсоння, за висловами хворих, з'являлись напливи неприємних думок, сумнівів, роздумів відносно подальшого здоров'я та життя. Сон у хворих був поверховий, неглибокий, іноді з жахливими сновидіннями. Серед постсомнічних розладів виявлялась млявість, слабкість, відсутність активності, бадьорості протягом дня.

На тлі вранішньої слабкості, невмотивованої втоми та впродовж дня хворі відмічали присутність посиленого серцебиття («серце ніби вискакує з грудей»), або ж його зупинку («серце ніби завмерло»), біль у серці (ниючий, стискаючий), що локалізувався в певній ділянці і посилювався при психоемоційному навантаженні. Між тим, такий біль не мав здатності до міграції, був локалізованим, а больові відчуття, за висловами хворих, були нетривалими у часі (1–2 години) та одноманітними за описом. Крім того, хворі вказували скарги на головний біль, що локалізувався переважно в скроневій чи фронтальній ділянці, був резистентним до дії анальгетиків. Цефалгія була локалізованою і поєднувалась з відчуттям «пульсації у мозку», посилювалась при розумовому навантаженні. Однак, на висоті розвитку головного болю, у жодного хворого, не було нудоти, блювоти, паморочення голови, які б поєднувались з брадикардією чи іншими загальнономозковими неврологічними симптомами. Идеаторний компонент переживання конфліктної ситуації призводив до погіршення самопочуття хворих, поєднання інтрацеребральних та кардіальних психалгій, які за описом хворих були одноманітними при кожній хворобливій екзацерації.

Пацієнти намагались самостійно впоратись з такими порушеннями, вживали ліки, обмежували фізичні та психічні навантаження, встановлювали власний перелік профілактичних заходів, звертались по допомогу до лікарів-соматологів, неврологів. При цьому хворі настирливо звертали увагу лікарів на наявність періодично виникаючих больових відчуттів, вимагали призначення нових ліків та додаткових обстежень, між тим продовжували виконувати свої професійні обов'язки та не змінювали свій життєвий стереотип (за винятком періоду госпіталізації).

При тривожно-фобічному синдромі пацієнти вказували на виникаючі поза волею хворих нав'язливі страхи, що мали чітко визначену фабулу і адекватно та критично ними сприймалися. Однією із особливостей фобічних станів у наших хворих був їх яскравий характер. Зазвичай вони переносились хворими вкрай важко, внаслідок подвійного відношення до них — тривалого переживання страху на фоні розуміння його необґрунтованості. Між тим, всі пацієнти зберігали критичне відношення до власних фобій, ступінь важкості яких посилювався за наявності тривалих соматопсихічних відчуттів та тривоги, яку пацієнти порівнювали з глибоко прихованим страхом дифузного характеру. Для наших хворих це було передчуття небезпеки, невизначене почуття хвилювання, що найчастіше виявлялось в очікуванні події, яку було важко прогнозувати і яка могла погрожувати особистості своїми неприємними наслідками. Основний мотив тривожних хвилювань, за висловами самих хворих, — це передбачення неприємностей, і в своїй раціональній основі вони містили побоювання з приводу їхніх проявів.

Практично у всіх хворих виявлялась гіпотимія як особистісна реакція, яка корелювала з глибиною вираженості нав'язливих страхів. Хоча хворі активно шукали допомоги, але в той же час вони детально розповідали про власні переживання лише за умови стійкого позитивно-емпатичного психотерапевтичного контакту.

У 6 обстежених нами пацієнтів визначався провідний астено-депресивний синдром. Компоненти депресії виявлялись у переважній більшості хворих, але вираженість клінічних симптомів депресивного спектру у різних хворих коливалась в межах психологічно зрозумілої і адекватної щодо дії психотравмуючих чинників депресивної реакції до станів субдепресії та більш вираженого депресивного афекту, який проте ніколи не досягав психотичного рівня. Пацієнти відзначали зниження настрою, були невеселі, похмурі, часто висловлювались, що їм сумно, «важко на душі». Зазвичай хворі усвідомлювали зв'язок між виникненням свого стану і психогенною ситуацією, що його спричинила, мав місце виражений компонент боротьби з хворобою, що призводило до порушення соціального та міжособистісного функціонування. Більшість пацієнтів пов'язували свій стан з будь-якими неприємностями, але не основною психотравмуючою ситуацією. Поганий пригнічений настрій пояснювався ними частіше як результат фізичного нездужання. У таких осіб мала місце неповна оцінка ситуації, яка впродовж тривалого періоду негативно впливала на їх психічний стан. Зниження активності й ініціативи було притаманним усім хворим,

що впливало на їх самовідчуття, мислення, працездатність, рівень пізнавальної діяльності. При цьому хворі не усвідомлювали ступінь вираженості ангедонії. Депресивні розлади не супроводжувались ідеями самоприниження, але в той же час пацієнти були вибірково чутливі щодо дорікань, зауважень, до всього, що сприяло появі ідей зменшення власного соціального значення, власної «вартості», фізичної неспроможності та інших ідей депресивного змісту. Також мали місце порушення вісцеральної адаптації з домінуванням кардіocereбральних проявів. Все це призводило до того, що підвищувалась дратівливість, виникали міжособистісні конфлікти, хворі були нетерпимими до оточуючих. Після спалахів гніву наступало розслаблення і пацієнти намагались подавити у собі агресивні тенденції.

Тривога у хворих цієї групи зустрічалась порівняно рідко, але елементи тривожності в поєднанні з низькою самооцінкою — підвищена чутливість до невдач та помилок за рахунок рис власної особистості або інших людей, стурбованість, заклопотаність, невдоволення собою, підвищене переживання особистісної загрози, що пов'язане з наявністю зміненого соматичного відчуття, виявлялись практично завжди. На нашу думку, тривога в обстежених нами хворих є наслідком туги, що перенесена у майбутнє. Можна припустити, що на тлі невротичної депресивної симптоматики при відсутності справжнього афекту туги присутній лише її рудимент.

За наявності астено-іпохондричного синдрому на перший план виступала власне астенія, як психічна, так і фізична, підвищена втома, млявість, тенденція увесь час шукати відпочинок та спокій. Хворі постійно відчували себе виснаженими і втомленими. В зв'язку з цим відзначалось виражене зниження працездатності і неспроможність утримувати достатній інтерес до оточуючого. Дратівливість поєднувалась з плаксивістю і стогнанням. Хворі відмічали наявність порушень сну, виказували скарги на головний біль, неприємні незвичні больові відчуття в ділянці серця. Слід зазначити наявність у хворих цієї групи нетипових вегетативних кризів (переважно змішаного характеру) та функціональних системних соматичних порушень, які практично у всіх пацієнтів були обумовлені впливом супутніх додаткових психогенних чинників. Підвищена чутливість до зовнішніх і внутрішніх подразників, що є однією із ознак власне астенії, спричиняла появу у хворих численних і неприємних відчуттів з боку шкірних покривів, слизових оболонок, м'язів та практично всіх внутрішніх органів. Очевидно саме тому, а також внаслідок зосередженості на патологічних соматопсихічних відчуттях, що зазнавали хворі під час нападів вегетативної дизрегуляції, всім їм виявився притаманним нав'язливий страх та постійні думки іпохондричного змісту. При цьому слід наголосити, що у хворих даної групи превалювали не суто фобічні переживання та уявлення про імовірну хворобу, а на їх думку, реальні хворобливі відчуття, які привертати увагу хворих до роботи внутрішніх органів, що в свою чергу сприяло зниженню порога відчуттів і посилювало іпохондричну налаштованість. Поведінка хворих набувала відповідного характеру. Піклуючись про власне здоров'я, думки про стан якого домінували в свідомості хворих, вони

старанно дотримувались «пощадливого способу життя». Стосунки з оточуючими були нерівні. Тривожна налаштованість хворих провокувала у них появу таких клінічних компонентів афекту страху як серцебиття, відчуття стиснення у грудях, сухість у роті, нудоту, функціональні порушення з боку кишково-шлункового тракту, формуючи тим самими «порочне коло» і також сприяючи виникненню нав'язливих побоювань щодо розвитку важкого соматичного захворювання з подальшою іпохондричною переробкою.

Дослідження компонентів комунікативної настанови (відсоткове співвідношення до максимуму компонента) за основними її складовими показало, що у хворих на невротичні розлади в міжособистісній комунікації переважали небезпідставний негативізм (82,0 %, контрольна група 46,0 %), негативний досвід спілкування (69,0 %, контроль 29,5 %), упереджене судження про людей (63,0 %, у групі контролю 17,0 %). Прихована жорстокість домінувала над відкритою жорстокістю (58,5 % та 36,0 % порівняно з групою контролю 18,5 % та 23,3 %).

Дослідження складових комунікації у відповідності до провідного невротичного синдрому виявило, що прихована жорстокість у ставленні до людей або ж у судженнях про них була найбільшою у хворих з провідними іпохондричним (76,0 %, середній бал 15 ± 2) та тривожно-фобічним (67,0 %, середній бал 13 ± 4) синдромами, в той час коли при астено-агрипнічному та астено-депресивному синдромах вона була достовірно нижчою (42,5 % та 48,0 %, в середньому 8 ± 5 та 9 ± 6 балів). Відкрита жорстокість домінувала у пацієнтів з тривожно-фобічним (65,7 %, 29 ± 6 балів) та іпохондричним симптомокомплексами (54,4 %, 24 ± 5 балів). При астено-агрипнічному синдромі вона була достовірно найнижчою (43,8 %, 19 ± 7 балів), при астено-депресивному синдромі, відповідно, реєструвалась у 46,6 % (середній бал 20 ± 1). Такі пацієнти при вербальній комунікації намагались приховати власні негативні емоції, що поглиблювало важкість невротичного конфлікту за рахунок невербальної агресії. Небезпідставний негативізм найменше був виражений в групі хворих з астено-агрипнічним синдромом (62,0 %, середній бал 3 ± 1). Найвищі показники реєструвались при іпохондричному синдромі (84,0 %; середній бал 4 ± 2), що свідчило про наявність сформованого ідеального компонента іпохондричного синдрому внаслідок фіксованої настанови «втєчі у хворобу» та обмеження кола спілкування. Між тим, при тривожно-фобічному та астено-депресивному синдромах показники даного компонента були однаковими (відповідно по 3 ± 7 балів та по 74,0 %).

Зіставлення таких компонентів як «упереджене судження про людей» та «негативний досвід спілкування» показує переважання останнього по всім групам обстежених, однак найвищі показники визначались при іпохондричному, тривожно-фобічному та астено-депресивному синдромах (відповідно 74,0 %, 14 ± 8 балів та 68,5 %, 13 ± 7 балів; 62,5 %, 12 ± 5 балів). При астено-агрипнічному синдромі вищевказаний показник становив 49,5 % від максимуму компонента (середній бал 9 ± 9). Саме за таких обставин страждає інформаційна складова комунікації і хворі не завжди охоче погоджуються на щирість та відкритість у стосунках з лікарем, що погіршує формування позитивного терапевтичного альянсу та їх залучення до роботи психотерапевтичної групи.

Таким чином, можна дійти висновку про те, що порушення комунікативної настанови є найбільш вираженими при іпохондричному та тривожно-фобічному синдромах. Причини цього ми вбачаємо у порушенні значущих відносин особистості та її психологічної диспозиції, де домінують несвідомі елементарні психологічні настанови. Невпевненість у собі, нерішучість, наявність симптомів невротичного реєстру, пошуки визнання власної особистості та поваги спонукають хворих на невротичні розлади до пошуку певних захисних психологічних механізмів, котрі б задовольнили їх потреби та бажання. Разом з тим, вони намагаються уникати від активної співпраці для досягнення позитивного результату, що знижує ефективність їх соціального функціонування та якість життя. Все це потребує удосконалення лікувально-реабілітаційних програм при невротичних розладах, де чільне місце має бути відведене комунікативному тренінгу.

Список літератури

1. Андреева Г. М. Социальная психология. — М., 1980. — 146 с.
2. Бодалев А. А. Личность и общение / Избранные труды. — М.: 1983. — 145 с.
3. Марута Н. А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах. — Харьков: Арсис, ЛТД, 2000. — 160 с.
4. Петровская Л. А. Компетентность в общении. — М.: Изд-во Москов. ун-та, 1989. — 216 с.
5. Психология / Под общей редакцией А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. — М.: Политиздат, 1990. — 494 с.
6. Психотерапия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2000. — 544 с.
7. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. — Самара: Бахрах, 1998. — 672 с.

Надійшла до редакції 10.04.2006 р.

А. Я. Пшук

Типология коммуникативной установки при невротических расстройствах

*Винницька обласна психіатрична лікарня
ім. А. І. Ющенко
(Винниця)*

В статье изложены данные о клинических проявлениях невротических расстройств, описаны основные компоненты коммуникативной установки и их выраженность в зависимости от ведущего невротического синдрома.

A. Ya. Pshuk

Typology of communicative installation at neurotic frustration

*Vinnitsya Regional Psychiatric Hospital
named after Yushchenko
(Vinnitsya)*

In the article the data on clinical displays of neurotic frustration are submitted, the basic components of communicative installation and their expressiveness are described on conducting neurotic set of symptoms.