

*Н. О. Марута, Г. С. Рачкаускас, І. О. Явдак*  
**СИНДРОМОУТВОРЕННЯ ПРИ РЕЗИСТЕНТНИХ ДИСОЦІАТИВНИХ РОЗЛАДАХ  
 (ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ НЕВРОЗОГЕНЕЗУ)**

*Н. А. Марута, Г. С. Рачкаускас, И. А. Явдак*  
**СИНДРОМООБРАЗОВАНИЕ ПРИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ДИССОЦИАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ  
 (ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ НЕВРОЗОГЕНЕЗА)**

*N. O. Maruta, G. S. Rachkauskas, I. O. Yavdak*  
**FORMATION OF SYNDROMES IN RESISTANT DISSOCIATIVE DISORDERS  
 (PSYCHOPATHOLOGICAL MECHANISMS OF NEUROSOGENESIS)**

З метою встановлення чинників формування резистентності у хворих на дисоціативні розлади проведено клініко-психопатологічне обстеження 50 хворих на дисоціативні розлади (F 44.7 за МКХ-10): 30 — з ознаками резистентності та 20 — без ознак резистентності.

Встановлені особливості синдрому утворення резистентних форм дисоціативних розладів (переважання перманентних соматовегетативних розладів, коморбідність з іпохондричною, депресивною та фобичною симптоматикою; формування ригідної «обмежувальної» поведінки), які виступають як фактори резистентності у хворих на дисоціативні розлади та повинні враховуватись під час діагностики та створенні терапевтичних програм, спрямованих на подолання резистентності.

**Ключові слова:** резистентність, дисоціативні розлади, синдромоутворення, чинники формування

С целью установления факторов формирования резистентности у больных диссоциативными расстройствами проведено клинико-психопатологическое обследование 50 больных с диссоциативными расстройствами (согласно критериям МКБ-10 — F 44.7): 30 — с признаками резистентности и 20 — без признаков резистентности).

Установлены особенности синдромообразования резистентных форм диссоциативных расстройств (преобладание перманентных соматовегетативных расстройств, коморбидность с ипохондрической, депрессивной и фобической симптоматикой, формирование ригидного «ограничительного» поведения), которые выступают в качестве факторов резистентности у больных диссоциативными расстройствами и должны учитываться при диагностике и создании терапевтических программ, направленных на преодоление резистентности.

**Ключевые слова:** резистентность, диссоциативные расстройства, синдромообразование, факторы формирования

To define factors of formation of resistance in patients with dissociative it was performed a psychopathological examination of 50 patients with dissociative disorder (F 44.7 according to ICD-10), including 30 patients with signs of resistance and 20 patients without signs of resistance.

Peculiarities of formation of syndromes of dissociative disorder resistant forms were determined (a predominance of permanent somatic-vegetative disorders; comorbidity with hypochondriac, depressive, and phobic symptoms; formation of a rigid "restricted" behavior). These peculiarities are factors of the resistance in patients with dissociative disorders and should be taken into account in diagnosis and development of treatment programs directed to an overcoming of the resistance.

**Key words:** resistance, dissociative disorders, formation of syndromes, factors of formation

У сучасних дослідженнях невротичної патології підкреслюється, що у зв'язку з соціально-економічними змінами, що відбулися за останні десятиліття, істотно змінилися багато показників, що характеризують епідеміологію, клініку й особливості перебігу невротичних розладів [1—3].

Загальноновизнаним є факт, що характер і перебіг невротичних розладів більшою мірою, ніж інші психічні порушення, перебувають в міцному зв'язку з соціальними умовами, суспільним устроєм, домінуючою системою цінностей, особливостями міжособової взаємодії, які за останні десятиліття зазнали значних змін. У соціально-економічних і суспільно-ціннісних умовах, що склалися, збільшилася кількість стертих, атипичних форм невротичної патології, що мають виражену тенденцію до затяжного перебігу і хронізації, при цьому клінічні особливості сучасних невротичних розладів і умови їх хронізації практично не вивчені [2—8].

Дані літератури свідчать про поліморфізм невротичних розладів, переважання атипичних, поєднаних симптомокомплексів, значну соматизацію невротичної патології, формування резистентних до терапії форм, які сприяють затяжному перебігу хвороби з формуванням патохарактерологічних розладів особистості та порушенням успішного соціального функціонування індивіда.

Труднощі вирішення проблеми невротичних розладів, особливо її профілактики та ефективного лікування, пов'язані із недостатнім та несвоєчасним виявленням пацієнтів, особливо з резистентним типом перебігу [4—11].

В той час, проблема резистентності у лікуванні осіб з психічними розладами набуває все більшого значення. На сьогоднішній день широко вивчається і дискутується поняття резистентності при депресії, епілепсії і шизофренії, розроблені і визначені трактування резистентності при зазначених захворюваннях, робляться спроби створення оптимальної класифікації [12—14].

Разом з тим, трактування резистентності при психічних розладах базуються, насамперед, на відповіді хвороби на фармакотерапію, що не прийнятне для оцінки резистентності при невротичній патології.

Резистентність при невротичній хворобі формується за рахунок багатьох чинників і не може обмежуватися тільки оцінкою відповіді на фармакотерапію. Для всебічної оцінки резистентності невротичних розладів необхідно вивчення її соціальної, біологічної, клініко-психопатологічної та патопсихологічної складових [15, 16].

Незважаючи на велику кількість існуючих уявлень про невротичні розлади, питання їх резистентності лишаються не вивченими, що сприяє хронізації патології та інвалідизації хворих. Вищезазначені ознаки роблять проблему прогнозування та діагностики резистентності невротичних розладів однією із найважливіших.

Вищевикладене визначило мету нашого дослідження — на підставі клініко-психопатологічного аналізу виокремити чинники формування резистентності у хворих на дисоціативні розлади (F 44.7, відповідно до критеріїв МКХ-10).

Використовувався клініко-психопатологічний метод, що включав аналіз даних анамнезу життя, захворювання; клінічне й динамічне спостереження за хворими й оцінку психічного статусу; детальне вивчення структури основних психопатологічних синдромів, їх взаємовпливу з урахуванням критеріїв діагностики цих станів; та доповнювався використанням клінічної шкали «Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised — SCL-90-R) [17].

Для реалізації поставленої мети обстежено 50 хворих на дисоціативні розлади (30 — з ознаками резистентності (основна група) та 20 — без ознак резистентності (контрольна група). Усі обстежені — жіночої статі, середній вік в основній групі склав 35,3 років, в контрольній групі — 37,1 років.

Клінічна картина хворих на дисоціативні розлади характеризувалася «мерехтінням» симптоматики, наявністю протилежних за знаком і полярних за значенням емоцій.

Емоційні порушення у хворих основної групи формувалися переважно у відповідь на особистісно значущі важковирішувані для хворого психотравмуючі фактори, які після приєднання соматовегетативних розладів трансформувалися в хвилювання у сфері власного здоров'я з формуванням і поступовим ускладненням клінічної симптоматики. Соматовегетативні прояви мали як ситуативний, так і перманентний характер, були лабільні та поступово сприяли створенню складних полісистемних соматовегетативних синдромів. Саме соматизація психоемоційного стану з наступним формуванням іпохондричного та фобічного синдро-

мокомплексів сприяла розвитку резистентності в обстежених.

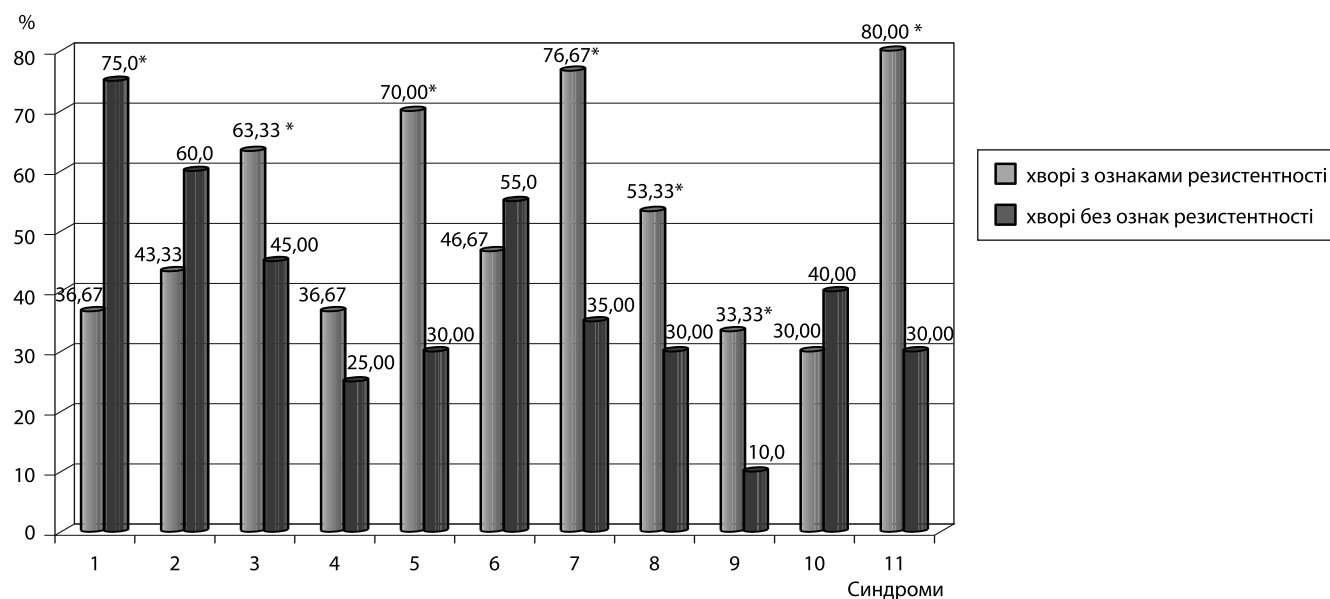
У міру обтяження клінічної картини, наростання соціальної депривації хворого і поглиблення у нього проблем міжособистісних взаємодій прогредієнтно приєднувалися депресивні, іпохондричні та тривожно-фобічні переживання.

Клінічна картина у хворих основної та контрольної груп мала достовірно значимі відмінності (рис. 1).

Так, у хворих на дисоціативні розлади без ознак резистентності достовірно частіше спостерігався емоційно-лабільний (75,0 % хворих групи контролю та 36,7 % хворих основної групи) і тривожний (60,0 % хворих групи контролю та 43,3 % хворих основної групи) синдроми; вісцеральні прояви мали переважно пароксизмальний характер (55,0 % хворих групи контролю).

Клінічні прояви у хворих на дисоціативні розлади з резистентним типом перебігу характеризувалися домінуванням більш складних синдромокомплексів (іпохондричних, фобічних, депресивних, та їх поєднанням) з достовірним збільшенням соматовегетативних проявів за рахунок формування перманентних соматичних розладів (76,7 % хворих основної групи).

Однією з відмінних особливостей між хворими досліджуваних груп є тривога. Отримані дані демонструють превалювання тривоги в структурі дисоціативних розладів без ознак резистентності. З іншого боку, дані діаграми свідчать, що у хворих з ознаками резистентності поряд з соматизацією достовірно частіше формуються іпохондричні (70,0 % хворих основної групи і 30,0 % хворих контрольної групи) і фобічні (53,3 % хворих основної групи і 30,0 % хворих контрольної групи) переживання (див. рис. 1). Таким чином, тривожні прояви і переживання у хворих на резистентні дисоціативні розлади «нівелюються», трансформуючись у більш складні за структурою і походженням синдромокомплекси.



1 — емоційно-лабільний; 2 — тривожний; 3 — депресивний; 4 — астеничний; 5 — іпохондричний; 6 — соматовегетативний (пароксизмальний); 7 — соматичний (перманентний); 8 — фобічний; 9 — сенестопатичний; 10 — агріпнічний; 11 — «обмежувальна» поведінка

Рис. 1. Структура синдромуутворення у хворих на дисоціативні розлади основної та контрольної груп

Враховуючи отримані в ході дослідження особливості синдрому утворення у хворих на дисоціативні розлади, можна припустити, що наявність в клінічній картині тривоги є «мобілізуючим» фактором, спрямованим на пошук способів подолання хвороби, виходу зі складної ситуації. При подальшій трансформації тривоги в інші синдроми знижується біологічна стимульність до змін і хвороба може приймати стійкий (резистентний) характер.

Формування у хворих з резистентними дисоціативними розладами перманентного соматовегетативного, іпохондричного, фобічного, депресивного синдромів сприяло розвитку у 80,0 % спостережень «обмежувальної поведінки», яка мала переважно умовно вигідний характер і характеризувалася лабільністю, вираженою залежністю від зовнішніх факторів.

При провідних іпохондричних переживаннях поведінка хворих мала «охоронний» для здоров'я характер (контроль за роботою внутрішніх органів, багаторазові обстеження і консультації, обмеження рухового режиму, особливий режим харчування і т. д.). Такий тип поведінки спостерігався у 36,7 % хворих основної групи.

При превалюванні в клініці фобічної симптоматики (26,7 % обстежених основної групи) хворі підкреслювали страх перед нападами, перед «інсультом», контролювали серцевий ритм, уникали дій і місць, з якими були пов'язані фобії.

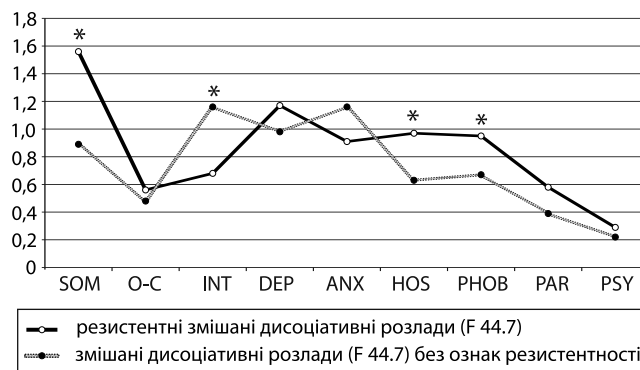
Акцентом на депресивних переживаннях характеризувалися 16,7 % хворих основної групи. Вони відрізнялися прагненням до усамітнення, «самоізоляції», поясненням своїх дій пригніченим настроєм і т. п.

Таким чином, синдрому утворення у хворих на резистентні дисоціативні розлади характеризувалось первинним формуванням соматовегетативних порушень, які після «перенесення» психотравмуючих хвилювань у сферу власного здоров'я ускладнювались іпохондричною симптоматикою, фобічними та депресивними синдромами, в результаті чого формувались умовно вигідні поведінкові «стратегії уникнення» (залежно від специфіки синдрому утворення: «іпохондричні», «фобічні», «депресивні»).

Дані, отримані при використанні шкали SCL-90-R, повністю збігаються з клінічною картиною обстежених хворих і дозволили більш детально оцінити їхній стан (див. рис. 2).

Домінуючим симптомом у хворих на дисоціативні розлади з резистентним перебігом, за даними шкали SCL-90-R (див. рис. 2), була соматизація (SOM). При цьому рівень соматизації у хворих з резистентними дисоціативними розладами був статистично значно вищим, ніж у хворих контрольної групи (1,56 бали та 0,89 бали відповідно при  $p \leq 0,01$ ), що відображало їхню фіксованість на відчутті тілесної дисфункції, наявність еквівалентів соматичної тривожності. В той час як у хворих без ознак резистентності превалювали симптоми, що клінічно були пов'язані з високим рівнем маніфестованої тривоги (1,16 бали за шкалою ANX на відміну від 0,91 бали у хворих основної групи), тобто нервовість, напруження, тремтіння, напади паніки та ін.

Крім цього, достовірні відмінності між групами виявлені за шкалами міжособистісної сензитивності (INT), ворожості (HOS) та фобічної тривожності (PHOB).



Умовні позначення шкал: SOM — Шкала соматизації (Somatization), O-C — Шкала обсессивності-компульсивності (Obsessive-Compulsive), INT — Шкала міжособистісної сензитивності (Interpersonal Sensitivity), DEP — Шкала депресії — (Depression), ANX — Шкала тривожності (Anxiety), HOS — Шкала ворожості (Hostility), PHOB — Шкала фобічної тривожності (Phobic Anxiety), PSY — Шкала психотизму (Psychoticism), PAR — Шкала параноїальних тенденцій (Paranoid Ideation)  
\* — Вірогідність відмінностей на рівні  $p \leq 0,05$

Рис. 2. Порівняльний аналіз вираженості психопатологічної симптоматики у хворих на дисоціативні розлади основної та контрольної груп (за даними шкали SCL-90-R)

Хворі на резистентні дисоціативні розлади характеризувались значно вищим рівнем ворожості (HOS) (0,97 бали) та фобічної тривожності (PHOB) (0,95 бали) в порівнянні з контрольною групою, де ці показники склали 0,63 та 0,67 бали відповідно ( $p \leq 0,05$ ). Тобто, резистентним хворим були більш властиві прояви афективного стану злості, такі як агресивність, роздратованість та обурення, а також стійкі реакції страху, які призводять до уникаючої поведінки. В той же час у хворих контрольної групи в порівнянні з резистентними хворими значно вищим виявився рівень міжособистісної сензитивності (INT) (1,16 та 0,68 бали відповідно при  $p \leq 0,01$ ), що свідчить про наявність відчуття особистої неповноцінності, дискомфорту в процесі міжособової взаємодії, причина якого пов'язується з власною особою у хворих без ознак резистентності. У хворих з резистентним типом перебігу дисоціативного розладу превалювали реакції ворожості та осуду, спрямовані на інших осіб.

Помірні відмінності, що не сягають рівня достовірності, відзначалися між групами за шкалою депресії (DEP) — показник був вищим у хворих з резистентним типом перебігу дисоціативного розладу (1,17 бали на відміну від 0,98 бали у хворих групи контролю).

За шкалами психотизма і параноїальних тенденцій показники в обох групах були низькими і не мали достовірних відмінностей.

Оцінюючи показники за шкалами, що характеризують тривогу, слід зазначити, що у хворих без ознак резистентності тривожні прояви у вигляді маніфестованої тривоги (нервовість, напруження, тремтіння, напади паніки і та ін.) (шкала ANX) були вищими за показники основної групи. При цьому у хворих основної групи більш вираженими були показники за шкалами фобічної тривожності (PHOB) і соматизації (SOM), що дозволяє зробити висновок про трансформацію маніфестованої тривоги у хворих на резистентні дисоціативні

розлади в більш складні синдромоутворення (соматизація, фобії та ін.).

Отже, за даними шкали SCL-90-R хворі з резистентним типом перебігу дисоціативного розладу характеризувались високим рівнем соматизації (відчуттям тілесної дисфункції), ворожості по відношенню до оточення (дратівливість, агресивність, реакції гніву) та вираженим відчуттям страху, який призводить до унікаючої поведінки. В той час, коли для хворих на дисоціативні розлади без ознак резистентності був властивий більш виражений рівень міжособової чутливості та маніфестної тривоги, що свідчить про наявність відчуття особистісної чутливості та невпевненості, які пов'язуються з власною особою, а у резистентних хворих навпаки відмічаються претензійні реакції осуду оточення.

Таким чином, проведене клініко-психопатологічне дослідження дозволило встановити особливості синдромоутворення резистентних форм дисоціативних розладів (переважання перманентних соматовегетативних розладів ( $J(xij) = 0,30$ ), коморбідність з іпохондричною ( $J(xij) = 0,33$ ), депресивною ( $J(xij) = 0,21$ ) та фобічною ( $J(xij) = 0,20$ ) симптоматикою; формування ригідної «обмежувальної» поведінки ( $J(xij) = 0,30$ )), які виступають як фактори резистентності у хворих на дисоціативні розлади та повинні враховуватись під час діагностики та реалізації терапевтичних програм, спрямованих на подолання резистентності.

#### Список літератури

1. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10<sup>th</sup> Revision, Version for 2007.
2. Александровский Ю. А. Некоторые узловые вопросы современной пограничной психиатрии / Ю. А. Александровский // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — № 2. — С. 4—13.
3. Айрапетянц, М. Г. Механизмы патогенеза неврозов / М. Г. Айрапетянц // Журнал высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова. — 2005. — Т. 55. — № 6. — С. 734—746.
4. Караваева, Т. А. Изменение психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств в условиях социально-экономических перемен / Т. А. Караваева // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 2010. — № 1. — С. 13—17.

**МАРУТА Наталія Олександрівна**, доктор медичних наук, професор, завідувача відділом неврозів і пограничних станів Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), м. Харків; e-mail mscience@ukr.net

**РАЧКАУСКАС Геннадій Стасисович**, доктор медичних наук, головний лікар Луганської клінічної психоневрологічної лікарні. м. Луганськ; e-mail okpnb\_lugansk@mail.ru

**ЯВДАК Ірина Олександрівна**, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу неврозів і пограничних станів ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків; e-mail iyavdak@ukr.net

5. Марута, Н. О. Клинико-психопатологические особенности современных невротических расстройств / Н. О. Марута // Международный медицинский журнал. — 2004. — Т. 10, № 1. — С. 38—42.

6. Белогорцев Д. О. Затяжные формы невротических расстройств — актуальное состояние проблемы / Д. О. Белогорцев, А. В. Васильева, Т. А. Караваева // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. — 2011. — № 8. — С. 35—41.

7. Королёв, С. А. Вопросы патоморфоза пограничных психических расстройств в клинической и военной психиатрии (обзор литературы) / С. А. Королёв, В. В. Нечипоренко // Российский психиатрический журнал. — 2009. — № 2. — С. 40—46.

8. Марута Н. А. Современные аспекты неврозогенеза и клинической динамики диссоциативных расстройств / Н. А. Марута, В. Ю. Федченко, О. Э. Перчаткина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2013. — № 5 (80). — С. 33—40.

9. Марута, Н. О. Клініко-психопатологічні і психологічні аспекти резистентності невротичних розладів / Н. О. Марута, І. О. Явдак // Український вісник психоневрології. — 1999. — Т. 7, вип. 1(19). — С. 81—83.

10. The economic burden of personality disorders in mental health care / [Soeteman DJ, Hakkaart-van Roijen L, Verheul R, Busschbach JJ.] // J Clin Psychiatry. — 2008; 69: 259.

11. Васильева, А. В. Исследование особенностей клинического патоморфоза невротических расстройств в новых социальных условиях в связи с выбором психотерапевтических стратегий / А. В. Васильева, Т. А. Караваева // Вестник психотерапии. — 2009. — № 32. — С. 70—77.

12. Мазо, Г. Э. Терапевтически резистентные депрессии: современные подходы к диагностике и лечению / Г. Э. Мазо, С. Э. Горбачев, Н. Н. Петрова // Вестник Санкт-Петербургского университета. — 2008. — Вып. 2. — Сер. 11. — С.87—96.

13. Балашов А. М. К вопросу о резистентности к фармакотерапии / А. М. Балашов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2009. — № 1(109). — С. 90—91.

14. Козловский, В. Л. Лекарственная резистентность в психиатрии — проблема патофизиологии или фармакологии? / В. Л. Козловский // Там же. — 2009. — № 1. — С. 85—89.

15. Марута, Н. А. Факторы формирования резистентности у больных смешанным тревожно-фобическим расстройством (F 40.8) / Н. А. Марута, И. А. Явдак, Е. С. Черднякова // Тезисы Всерос. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии». — СПб., 2013. — С. 261—264.

16. Маркери-мішені та принципи психокорекції різних форм тривожних розладів / [Г. М. Кожина, Є. Г. Гриневич, М. В. Маркова та ін.] // Медична психологія. — 2013, — Т. 8, № 1 (29), — С. 76—82.

17. Практикум по психологии посттравматического стресса / под ред. Н. В. Тарабиной. — СПб.: Питер, 2001. — 272 с.

Надійшла до редакції 28.01.2014 р.

**MARUTA Nataliia Oleksandrivna**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" (SI "INPN NAMS Ukraine"), Kharkiv; e-mail:mscience@ukr.net

**RACHKAUSKAS Gennadii Stasyovych**, Doctor of Medical Sciences, Head Physician of the Luhans'k Clinical Psychoneurological Hospital, Luhans'k; e-mail: okpnb\_lugansk@mail.ru

**YAVDAK Iryna Oleksandrivna**, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of SI "INPN NAMS Ukraine", Kharkiv; e-mail: iyavdak@ukr.net