

ХРОНОПСИХОЛОГІЧНЕ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

У статті представлені результати дослідження прояву «С-метрики» на прикладі невротичних розладів у різні періоди хвороби (загострення, реконвалесценції та ремісії). Експериментально доведено, що місце найменшого опору виявляється найбільш враженим на кінці тривалого великого біологічного циклу або їх тривалих чвертей. Простежуючи „С-періодичність” захворювань, можна сказати, що у житті індивіда є ряд окремих вікових точок, які мають бути критичними. Саме у цих точках спостерігається загострення захворювання.

Ключові слова: невротичні захворювання, хронопсихологічне прогнозування, С-метрика, великий біологічний цикл життя індивіда, неврастенія, істеричний невроз, невроз нав'язливих станів.

И.И. Савенкова

ХРОНОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

В статье представлены результаты исследования проявлений «С-метрики» на примере невротических расстройств в разные периоды болезни.

Экспериментально доказано, что обострения заболевания совпадают или с концом текущего большого биологического цикла, или с концом его текущей четверти. Результаты исследования убеждают, что у разных индивидов их «предпочитаемая» болезнь проявляется с определенной «С-периодичностью», когда организм находится в минимуме своих возможностей.

Ключевые слова: невротические заболевания, хронопсихологическое прогнозирование, С-метрика, большой биологический цикл жизни человека.

I.I. Savenkova

TIME PSYCHOLOGICAL PROGNOSIS OF NEUROTIC DISORDERS

The results of the study manifestations of the "C-metric" on the example of neurotic disorders in different periods of the disease. Experimentally proved that the acute illness or coincide with the end of the current large biological cycle, or to the end of its current quarter. Results of the study are convinced that different individuals of their "preferred" the disease manifests itself with a certain "C-frequency" when the body is at a minimum of its features.

Key words: neurotic disorders, time psychological forecasting, P-metric, a large biological cycle of life.

Постановка проблеми дослідження. У лікувальних закладах будь-якого профілю, у повсякденній трудовій діяльності доводиться стикатись із хворими, в яких розлади психіки мають функціональний, перехідний характер. Здебільшого такі психічні порушення є непсихотичними. Відповідно до сучасної Міжнародної

класифікації хвороб (10-й перегляд), вони входять у рубрику «Невротичні, пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади (F4)» [5]. Це невротичні психогенні реакції (ситуаційна психогенна реакція, невроз тривожного очікування, панічні розлади), неврози у вигляді неврастенії, дисоціативних або конверсійних дій (невроз настирливих станів), соматизовані й соматоформні розлади (психосоматичні хвороби).

У цілому сучасна медицина розглядає неврози як порушення вищої нервової діяльності й нейровегетативних функцій, що розвиваються переважно в емоційній сфері, під впливом психічних травм або тривалого емоційного напруження, коли зміни мислення і загальної поведінки спричинені станом афекту [7].

Порушення вищої нервової діяльності виникає внаслідок того, що змінюються стан і взаємозв'язок між основними нервовими процесами, а саме між їх силою і рухливістю, якщо до них ставлять надто високі вимоги. Сучасна психіатрія висуває припущення, що на неврози здебільшого хворіють особи з меланхолічним і холеричним темпераментом, тоді як при сангвінічному і флегматичному темпераменті зриви спостерігають рідко. Також психіатри зазначають, що розвитку неврозів сприяють соціальні умови, соматичний і психічний стан у момент психотрауми, загальна перевтома [2, 76].

Тобто, психогенний характер виникнення невротичних розладів не виключається. Більше того, його пов'язують з типом вищої нервової діяльності.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Основними різновидами цих порушень є неврастенія, невроз нав'язливих (настирливих) станів та істерія. Звертаючись до таких різновидів порушень, психіатрія констатує, що розвиток певного виду неврозу значною мірою залежить від типу вищої нервової діяльності. Так, у людей із художнім типом її, в яких перша сигнальна система (підкіркові процеси) переважає над другою (кора великого мозку), здебільшого розвивається істеричний невроз. До неврозу нав'язливих станів схильні особи з розумовим типом вищої нервової діяльності, в яких друга сигнальна система домінує.

Більшості людей властивий змішаний тип нервових процесів, найчастіше в них розвивається неврастенія [3]. Інколи психогенні розлади психіки проявляють-

ся дисоціативними й конверсійними (істеричними) психозами, гострою реакцією на стрес та посттравматичними стресовими розладами (гострі й затяжні реактивні психози).

Саме поняття "нервово-психічні розлади" формувалося протягом тривалого періоду часу. Термін "невроз" був уведений шотландським лікарем Галеном. Він обґрунтував "нервовий принцип" як головний регулятор усіх життєвих процесів, які поділяв на 2 основні групи, пов'язані або з напруженням нервової системи, або, навпаки, з її розслабленням. Терміном "невроз" Гален позначив нервові розлади, що не супроводжуються лихоманкою і не пов'язані з місцевим ураженням одного з органів, а обумовлені "загальним стражданням, від якого спеціально залежать рух і думка" [цит. за 4, 35].

Із часом визначення "неврозу" зазнало змін. Незважаючи на те, що в другій половині XIX століття систематика клінічних форм неврозів залишалася дуже строкатою, було розкрито нову їхню якість: на відміну від органічних розладів неврози є хворобами, зворотними у своєму плині, і не викликають стійкої інвалідації [2, 87]. Походження всіх форм неврозів почали пов'язувати з особливостями психіки і психогенними впливами. Виходячи з того, що психічний компонент є найбільш істотним у генезисі неврозів, П.Дюбуа запропонував замінити цей традиційний термін найменуванням «психоневрози» [цит. за 1, 97].

Англійський лікар Р.Картер у роботі "Про патологію і лікування істерії" розглядав як провідні три етіологічних фактори неврозу: особливості темпераменту індивіда, життєву ситуацію, що пускає в хід "ініціальну атаку" хвороби, та інтенсивність зусиль хворого, спрямованих на усунення чи приховування причини [2, с.45].

Проблема суміжних нервово-психічних розладів зазнала відомої трансформації з вузько клінічної в широку проблему дослідження закономірностей формування нормальних і аномальних індивідуальностей, тобто в проблему вивчення темпераменту, характеру й особистості в цілому. Існуючі на сьогоднішній день класифікації суміжних форм патології настільки фрагментарні та різноманітні, що

жодна з них не може бути основою для єдиної систематики усіх форм суміжних станів.

Хочеться відзначити, що часовий фактор суміжних нервово-психічних захворювань завжди розглядався дуже приблизно.

Тому **метою дослідження** є прогнозування перебігу невротичних розладів з врахуванням часових характеристик індивідів, які страждають на ці порушення.

Аналіз результатів дослідження. Наш підхід до вивчення етіології, патогенезу та клінічних проявів захворювання здійснюється з нової позиції, котра повністю враховує закони переживання часу (Д.Елькін [11], Б.Цуканов [10]). На основі « τ – типу», що визначає значення власної одиниці часу кожного окремого індивіда, можна з високою точністю віднести того чи іншого суб'єкта до групи зі своєю домінантною хворобою (насамперед, хронічні неінфекційні хвороби) [7]. Відкритими в окресленому проблемному полі залишаються питання узгодження проявів невротичних розладів зі значенням власної одиниці часу суб'єкта у типологічному спектрі « τ -типів» [7, с.78].

Згідно з даними Г.Ушакова [9], суміжні розлади мають досить чітку вікову періодичність. Невроз не може виникнути в результаті тільки психічної травми. Його формування відбувається тоді, коли психічній травмі передують явища перенапруження, стомлення, виснаження психіки [9, с.56].

В останні роки було проведено ряд досліджень, які доводять, що однотипні психічні травми викликають різні форми реактивних станів, залежно від індивідуальності пацієнта. При цьому головна травма може як прямо передувати розладу, так і мати місце в минулому. У цьому випадку нові обставини астенізують нервову систему, і тоді найменший привід може призвести до неврозу, зміст якого виявляє зв'язок із раніше пережитою травмуючою ситуацією. В одних психічна травма ніколи не приводить до реактивного стану, в інших – та сама травма в аналогічних умовах викликає то параноїд, то депресію, то неврастенію, то невроз нав'язливих станів, то істеричні розлади, то, нарешті, неврастенічний розвиток або інші варіанти розвитку.

Є.Краснушкін писав, що для виникнення неврозу необхідно, щоб діюча психічна травма була достатньо сильною і викликала дисфункцію вегетативної нервової системи чи щоб остання у даного індивіда виявилася преморбідно особливо вразливою [цит. за 7, 63]. М.Кабанов наголошував, що психічне життя людини формується "...під впливом навколишнього середовища, статі, віку і темпераменту"[1, с.45]. За даними О.Кербікова [3], вік обстежуваних, як правило, накладає свій відбиток на ступінь невротизації хворих. Середній вік, у якому завершився патологічний розвиток, для загальмованих особистостей – $13.3 \pm 1,4$ року, для істеричних – $14,7 \pm 1,9$ року, для збудливих – $22, \pm 1,9$ року. При цьому, частота і виразність реакцій, як правило, тим більші, чим старший вік обстежуваних. Особливо яскраво виражені явища акцентуованості, а отже, й ризик виникнення суміжних розладів мають місце у віці, старшому за 21 рік, а ще більше – після 31 року, тобто фактор часу істотно впливає на виникнення, формування і розвиток суміжних нервово-психічних захворювань.

Давно відомо, що уроджений механізм центрального годинника індивіда запускається з моменту народження і безупинно вимірює хід пережитого часу протягом усього його життя [10]. Згідно з Б.Цукановим [10], життя індивіда від народження до смерті може бути розбитим на ряд періодів. Він же виділив у житті індивідів поворотні пункти, тобто певний вік, у якому відбуваються "психологічні злами", і назвав їх вузловими точками. Багато дослідників наводять вікову періодизацію онтогенетичного розвитку людини і виділяють фази соматичного, статевого, нервово-психологічного, інтелектуального дозрівання. Ці цикли і фази розвитку є тимчасовими характеристиками і не можуть бути незалежні від ходу центрального годинника індивіда. У концепції психології часу неоднорідність онтогенетичного розвитку описана циклоїдною моделлю часу" [10, 67].

Враховуючи те, що "τ-тип" є базовою основою особистості, а також те, що суміжні нервово-психічні розлади мають вікову періодичність [1; 3], ми припустили, що можна виділити зону локалізації суміжних розладів відповідно до існуючих типологічних груп (і визначити часові рамки їхнього виникнення з погляду їх специфіки пережитого часу).

Наше дослідження проводилося на базі відділення неврології і психотерапії Первомайської центральної міської багатoproфільної лікарні. Обстежуваними стали пацієнти, що перебували на денному стаціонарі та проходили лікування в лікарів-психіатрів і психотерапевтів. Загальна кількість - 46 чоловік. Вік -у діапазоні від 20 до 50 років. За статевою ознакою: 13 чоловіків та 37 жінок.

Це цілком узгоджується з даними Г. Ушакова про те, що у хворих неврозами переважає жіночий контингент [9], якому притаманна підвищена чутливість реагування та емоційність, зумовлена статевими особливостями фізіології жінок.

При вивченні анамнезу хворого і діагностики його стану ми користувалися тим діагнозом, який поставлений лікарями відділення на підставі МКБ-10 [5].

У суцільному спектрі τ -типів $0,7 \text{ с} \leq \tau \leq 1,1 \text{ с}$, як результат, виділилась певна зона, яка знаходиться в діапазоні локалізації неврозів (рис.1). На графіку чітко видно найвищу точку, значення якої $\tau = 0,96$. Вертикальна шкала на графіку означає кількість повторень значень τ , а на горизонтальній осі – самі значення τ виділеної нами зони.

Далі ми прорахували параметри розподілу – його числові характеристики, що вказують, де "в середньому" розташовуються значення ознаки, з метою побачити, наскільки ці значення змінюються, і чи спостерігаються домінування певних значень ознаки [1].

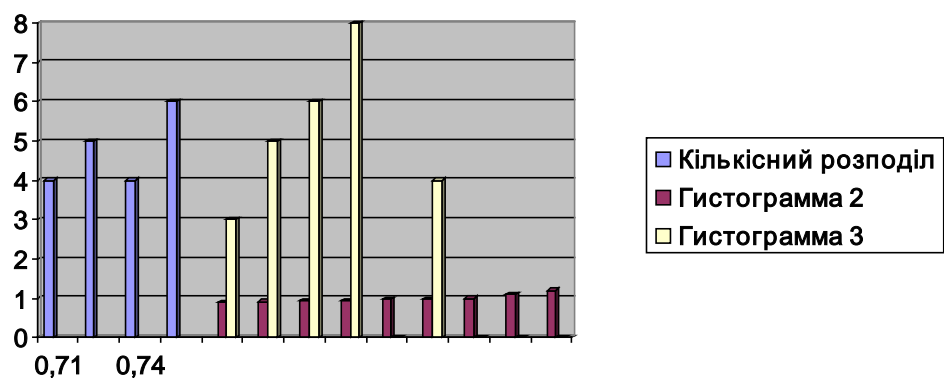


Рис. 1. Зона локалізації суміжних нервово-психічних розладів (Вісь абсцис: значення власної одиниці часу. Вісь ординат: кількісний розподіл хворих на суміжні нервово-психічні розладів).

Квадратичне відхилення дорівнює 0,05:

$$\sigma = \sqrt{S^2} = 0,05$$

Це досить високий результат, що доводить точність наших досліджень. Таким чином, наш середньостатистичний індивід має $\tau = 0,96s \pm 0,05$.

Зона локалізації **істеричного неврозу** знаходиться в діапазоні: $0,7s < \tau < 0,75s$. У діапазоні: $0,91s < \tau < 0,99s$ – **неврастенія**. А у діапазоні: $1,0s < \tau < 1,0s$ – **невроз нав'язливих станів**.

Отже, у ході дослідження з позиції реляційної концепції часу нам вдалося виділити зону найменшого опору у індивідів, які страждають на неврастенічні розлади. Це вказує на їх належність до типологічної групи. Так, **неврастенії** є місцем найменшого опору у **меланхоліків**. Отже, давно відомо, що меланхолік - це людина зі слабкою нервовою системою, що має підвищену чутливість навіть до слабких подразників. У нього виражена інтроверсія і високий нейротизм, а гальмування в два рази перевищує збудження. Сильний стрес у меланхоліка може спровокувати невротичний розлад.

Істеричний невроз локалізується у межах **холероїдної** групи. Дійсно, холерик – це людина, яка має неврівноважену нервову систему, у якої збудження переважає над гальмуванням, явно виражена екстраверсія.

Цілком можна пояснити, чому в зоні локалізації **неврозів нав'язливих станів** виявилися представники **флегматоїдної** групи. У "чистого" флегматоїда нервова система стабільна, інертна, збудження і гальмування врівноважують одне одного, явно виражена інтроверсія, а настрої зазвичай рівний. Але саме "чистий" флегматоїд у цю зону не потрапляє. До неї належать індивіди з τ від 1,01 до 1,03. Це вже не меланхоліки, але ще не флегматики, а отже, їхню нервову систему сильною назвати не можна.

Така диференціація неврастенічних розладів необхідна і в медицині, й у психології тому, що вона відповідає на запитання: у кого та у якій формі можуть виникнути неврастенічні розлади.

Висновки.

Резюмуючи викладені у статті результати теоретичних і експериментальних

досліджень, можна зробити такі підсумкові **висновки**:

У дослідженні наведене теоретичне узагальнення і нове розв'язання наукової проблеми хронопсихологічного прогнозування перебігу невротичних розладів з позиції психологічної диференціації індивідуальних психологічних властивостей людини, яке переконує, що ознаки невротичних розладів повністю узгоджені з ними й, відповідно, можуть бути досить прогнозовані й визначені з урахуванням типологічних груп, а також залежні від індивідуального (власного) біологічного часу.

З погляду психології часу було виділено зону найбільш гострого прояву суміжних нервово-психічних розладів, а також розраховано середньостатистичного індивіда, чие τ є найбільш вразливим до виникнення суміжних нервово-психічних розладів. Водночас, стало можливим прослідкувати диференціацію неврастенічних розладів за нозологічними формами у типологічній групі безперервного спектру « τ – типів», яка необхідна і в медицині, й у психології, тому що вона відповідає на запитання: у кого та у якій формі можуть виникнути неврастенічні розлади.

Таким чином, визначені та проаналізовані питання виокремлення психолого-часових індикаторів суміжних нервово-психічних захворювань, з одного боку, виступали як методологічне підґрунтя для розробки та практичного втілення системи хронопсихологічного прогнозування перебігу цих захворювань, а з іншого – окреслили конкретні напрями подальшого вивчення невирішених питань у цій сфері, зумовили необхідність їх перевірки найвагомим критерієм істинності – практикою.

Список літератури

1. Кабанов М. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М.М.Кабанов, А.Е.Личко, В.М.Смирнов. – Л.: Наука, 1983. – 208 с.
2. Картер Р. О патологии и лечении истерии / Р.Картер; пер. с англ. – Мн.: Беларусь, 1992. – С. 67-71.
3. Кербиков А.В. О восприятии времени: [избранные труды] / А.В. Кербиков. – М.: Высшая школа, 1971. – 321с.
4. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: [клинические описания и указания по диагностике]. // Всемирная организация здравоохранения. - СПб: Питер, 1994. - 300с.

5. Павлов И. П. Полное собрание сочинений: в 14 томах / И.П. Павлов. – Т.3, кн. 1. – М.-Л.: АН СССР, 1951. – 243 с.
6. Суханов С.А. О циркуляторном психозе и циркулярном течении / С.А. Суханов, П.Б. Ганнушкин. – СПб: Питер, 1903. – 231с.
1. 7.Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г.К. Ушаков. – М.: Медицина, 1987. – 176 с.
7. Цуканов Б.Й. Время в психике человека: [Монография] / Б.Й. Цуканов. – Одесса: Астропринт, 2000. – 198 с.
8. Элькин Д.Г. Восприятие времени. Дис...докт. психол. наук: 19.00.01 – общая психология, история психологии / Д.Г. Элькин. – Одесса, 1945. – 295 с.