

УДК 616.85-008.47:616.891.4-092

В.Ю. Федченко

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків

РОЛЬ СУЧАСНИХ ФАКТОРІВ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ В РОЗВИТКУ НЕВРАСТЕНІЇ

В результаті комплексного клініко-психопатологічного й патопсихологічного дослідження визначена структура факторів психічної травматизації у хворих на неврастенію, їх суб'єктивна значущість для обстежених осіб, виділені провідні фактори, що призвели до розвитку даної патології, встановлений вплив факторів на клінічні прояви захворювання, а також особливості реалізації особистості у сфері соціально-психологічної адаптації. Встановлено, що на розвиток неврастенії впливають провідні фактори, переважно пов'язані з професійною діяльністю та соціальною сферою. Вплив факторів позначається на особливостях реалізації особистості, що призводить до дезадаптації та виливается в клінічні прояви у вигляді емоційних, астенічних та соматовегетативних порушень.

Ключові слова: неврастенія, фактори психічної травматизації, неврозогенез.

Дані літератури свідчать про стійку тенденцію до зростання поширеності невротичних і інших граничних розладів психіки серед населення в останні десятиріччя [1, 2]. Причиною цього процесу є особливості життя, характерні для країн розвинутого промислового й науково-технічного рівня, економічне розшарування суспільства, інформаційні переважання, що сприяють розпаду звичних соціальних зв'язків, виникненню особистісних і міжособистісних конфліктів, а головне, розладів психіки, в основі яких лежать сучасні фактори психічної травматизації [3–5].

Питання етіології, патогенезу і клініки невротичних розладів досить широко висвітлені в сучасній літературі [6, 7]. Більшість авторів відмічають тенденцію до переважання затяжних форм невротичних розладів, резистентних до терапії, що призводить до інвалідазації цього контингенту хворих і вираженої соціальної дезадаптації [8, 9].

Відомо, що невротичні розлади виникають під впливом психотравмуючих чинників. При цьому встановлено, що основним чинником патоморфозу невротичних розладів у сучасних умовах є масивні, раптові, поєднані, суб'єктивно непереборні чинники психічної травматизації, тісно пов'язані з пе-

ретвореннями в соціально-економічній, політичній і морально-етичній сферах [10, 11].

Поряд з цим, проблема особливостей факторів психічної травматизації при невротичних розладах залишається недостатньо вивченою. В літературі з психіатрії мало уваги приділено ролі психогенії у формуванні та розвитку окремих форм невротичної патології.

З метою вивчення впливу сучасних факторів психічної травматизації на виникнення та особливості перебігу неврастенії в Інституті неврології, психіатрії та наркології було обстежено 50 хворих на цю патологію (F48.0). Діагноз був установлений з урахуванням критеріїв МКХ-10. До групи порівняння увійшло 50 осіб без психічних розладів.

В ході дослідження використовували комплексний підхід, що включав клініко-психопатологічний метод (вивчення скарг, клінічного анамнезу, психопатологічного стану та його динаміки) в сполученні з анкетую-опитувальником «Анкета характеристик факторів психічної травматизації (ФПТ)» [12] для всебічної кількісної та якісної оцінки факторів психічної травматизації та методу діагностики соціально-психологічної адаптації (К. Роджерса і Р. Даймонда) [13].

© В.Ю. Федченко, 2012

Серед хворих на неврастенію переважали жінки (74,0 %), чоловіки склали 26,0 %. Більшість хворих належали до вікової групи від 40 до 49 років (36,0 %), більшість обстежених склали пацієнти у віці 30–49 років (28,0 %), у віці 50–59 – 24,0 %, у віці 20–29 років – 12,0 % пацієнтів.

Аналіз рівня освіти обстежених показав, що переважна більшість хворих мали вищу освіту (68,0 %). Середню спеціальну освіту мали 24,0 % пацієнтів, середню і незакінчену вищу освіту – по 4,0 % пацієнтів. Переважна більшість обстежених хворих на неврастенію проживала в місті (88,0 %), значно менша кількість – у сільській місцевості (12,0 %).

Щодо сімейного стану, то 60,0 % хворих на неврастенію перебували у шлюбі, 40,0 % були самотні, серед останніх переважна кількість (60,0 %) були розлучені і висловлювали незадоволеність своїм особистим життям.

Переважна більшість хворих належала до категорії працюючих (80,0 %). Пацієнти, які тимчасово не працювали, та ті, що не працювали і не намагалися знайти роботу, були у меншій мірі представлені серед обстежених – 4,0 і 16,0 % відповідно. Основна частина працюючих обстежених займалася розумовою працею (80,0 %). Характерною особливістю цієї категорії хворих було те, що надмірні навантаження і незадоволеність власним робочим місцем не приводили до рішення звільнитися та суттєво не впливали на працездатність пацієнтів.

У групі співставлення також переважали жінки (56,0 %), більшість осіб належала до вікової групи 18–29 років (40,0 %), значну частину обстежених становила група осіб у віці 30–39 років (36,0 %). Більшість осіб мали вищу освіту (54,0 %), проживали у місті (84,0 %), належали до категорії працюючих (76,0 %), займалися розумовою працею (44,0 %) та перебували у шлюбі (64,0 %). Таким чином, група співставлення за віком, місцем проживання, сімейним станом, рівнем освіти та зайнятості може бути порівнянна з основною. Вірогідно більше хворих на неврастенію становили особи жіночої статі, віком від 40 до 49 років, з вищою освітою, які займалися розумовою працею, проте в цій групі вірогідно більше осіб не працювали та не шукали роботу ($p \leq 0,025$).

Тривалість захворювання на неврастенію у більшості випадків складала від одного до

трьох років (36,0 %). У значної кількості обстежених термін захворювання становив від трьох до десяти років (24,0 %). Тривалість захворювання до одного місяця, від одного до трьох, від трьох до шести і від шести місяців до одного року становила відповідно 2,0; 4,0; 6,0 та 10,0 % випадків. Хронічний перебіг з тривалістю від десяти і більше років спостерігався у 18,0 % обстежених.

У значної частини обстежених хворих (36,0 %) були виявлені різноманітні соматичні захворювання у вигляді патології серцево-судинної системи (50,0 %), травного тракту (22,22 %), органів дихання (16,67 %); неврологічні захворювання у вигляді наслідків черепно-мозкової травми й судинних захворювань головного мозку зустрічались по 5,55 % відповідно.

Вивчення попереднього лікування продемонструвало, що незначна більшість обстежених (52,0 %) отримувала лікування переважно два-три рази як у психіатрів, так і у лікарів-інтерністів. У 48,0 % випадків пацієнти вперше потребували спеціалізованої медичної допомоги і одразу були направлені до психіатрів.

Структура «Анкети характеристик факторів психічної травматизації (ФПТ)» надавала можливість всебічно проаналізувати як суб'єктивну значущість ФПТ, що вплинули на самопочуття обстежених, так і об'єктивні анамнестичні дані щодо тривалості їх дії, інтервалу від моменту дії ФПТ до виникнення клінічних проявів, характеру дії ФПТ, їх динаміки на момент обстеження, а також реакції на аналогічні події в минулому.

Так, при проведенні комплексної оцінки психогенії було виявлено, що в генезі неврастенії значно переважали поєднані ФПТ (76,0 %). На підставі анкети встановлено, що в переважній більшості випадків на формування неврастенії в групі обстежених впливали хронічні ФПТ (60,0 %), у 40,0 % випадків – гострі.

Тривалість дії факторів психічної травматизації у переважній більшості випадків становила більше 12 місяців (57,69 %). У 12,31 % випадків ФПТ тривали від декількох днів до місяця, у 10,77 % випадків – від шести до 12, у 10,0 % випадків – від трьох до шести місяців, у 5,38 % випадків – один місяць, у 3,85 % – до трьох місяців.

Вивчення інтервалу від моменту дії ФПТ до виникнення клінічних проявів продемонструвало, що у 33,85 % випадків невротичні симптоми виникали не менш ніж через 12 місяців після початку дії ФПТ, у 23,85 % випадків – протягом декількох днів після початку дії ФПТ, у 22,31 % випадків цей інтервал складав до трьох місяців, у 10,0 % випадків – від шести до 12 місяців, у 7,69 % випадків – від трьох до шести місяців, та 6,15 % усіх випадків складав інтервал один місяць.

За характером дії ФПТ у хворих на неврастенію розподілилися наступним чином: у 53,85 % пацієнтів на момент обстеження психогенна ситуація тривала, у 34,15 % – відбулася та в 10,0 % пацієнтів лише припускалася.

Також були розглянуті особливості динаміки ФПТ на момент обстеження хворих на неврастенію. Так, у 39,23 % пацієнтів ситуація залишалася незмінною, у 27,69 % – була частково подолана, у 16,92 % пацієнтів ситуація погіршилася та лише у 16,15 % була повністю подолана.

Вивчення реакції на аналогічні події в минулому продемонструвало, що у 48,46 % хворих на неврастенію стан був легший за теперішній, 33,08 % пацієнтів вперше стикалися з подібними ФПТ, у 16,92 % хворих стан був такий же за важкістю і лише у 1,54 % хворих – важчий за теперішній.

Серед факторів психічної травматизації хворі на неврастенію частіше за все відзначали напругу і нерегулярність у навантаженнях (28,0 %), «невпевненість у завтрашньому дні» – страх погіршення соціально-економічного стану в майбутньому або змін умов життя в цілому (22,0 %), смерть близького члена родини (20,0 %), погіршення або незадоволеність матеріально-побутовим становищем і конфлікти подружжя (по 18,0 %), відсутність емоційної підтримки та конфлікти з родичами (по 14,0 %) і власну хворобу (12,0 %).

Була встановлена відмінність між кількістю виявлених ФПТ та їх суб'єктивно значущим навантаженням. Так, найбільш значущими хворі на неврастенію вважали і оцінювали смерть близького члена родини – 9,64 бала та напругу і нерегулярність у навантаженнях – 9,07 бала. Конфлікти з родичами хворі оцінили у 8,29 бала, конфлікти подружжя – у 8,22 бала, погіршення або незадоволеність мате-

ріально-побутовим становищем – у 8,11 бала, «невпевненість у завтрашньому дні» – у 6,5 бала, власну хворобу – у 6,33 бала та відсутність емоційної підтримки – у 6,14 бала.

Для порівняння у групі співставлення виділено 12 ФПТ які реєструвалися частіше за інші, серед них смерть близького члена родини – 42,0 % осіб, власна хвороба – 24,0 %, переживання самотності, «невпевненість у завтрашньому дні» – 20,0 %, хвороба близьких, погіршення або незадоволеність матеріально-побутовим становищем – 18,0 %, відсутність емоційної підтримки, втрата близької або коханої людини, конфлікти з оточуючими (друзі, сусіди) – 14,0 %, зрада, розлучення, напруга та нерегулярність у навантаженнях – по 12,0 % осіб.

Так само, як і в основній групі, були виявлені деякі розбіжності між кількістю обраних обстеженими ФПТ і їх суб'єктивно значущим навантаженням. За кількістю балів обстежені найвище оцінювали розлучення – 9,67 бала, зраду – 9,5 бала, втрату близької або коханої людини – 9 балів, смерть близького члена родини – 8,95 бала, переживання самотності – 7,70 бала, погіршення або незадоволеність матеріально-побутовим становищем – 7,44 бала, напругу і нерегулярність у навантаженнях – 7,33 бала, хворобу близьких – 7,11 бала, власну хворобу – 7 балів, відсутність емоційної підтримки і «невпевненість у завтрашньому дні» – по 6,70 бала, конфлікти з оточуючими (друзі, сусіди) – 6,57 бала.

Для об'єктивізації даних в структурі анкети-опитувальника ФПТ розподілені згідно сфер життєдіяльності людини. З метою визначення провідних ФПТ, що призвели до розвитку неврастенії, був застосований наступний підхід. Серед факторів, які були зареєстровані у окремого пацієнта, виділяли той, що мав найкоротший інтервал від моменту дії до виникнення клінічних проявів. Якщо інтервали декількох факторів співпадали, перевага надавалась більш значущому за бальним показником (таблиця).

За даними таблиці, у більшості хворих були зареєстровані провідні ФПТ, пов'язані з професійною діяльністю. Найбільш часто в даній групі відзначались напруга або нерегулярність у навантаженнях у вигляді ненормованого робочого дня, великого обсягу роботи, зміни роду діяльності,

Провідні фактори психічної травматизації у хворих на неврастенію (n=50)

Фактори психічної травматизації	(M±m) %
Пов'язані зі здоров'ям:	
смерть близького члена родини	4,00±2,80
тривала хвороба близьких, що потребує догляду за ними	4,00±2,80
Сімейні:	
конфлікти подружжя	6,00±2,80
конфлікти з родичами подружжя	4,00±2,80
відсутність емоційної підтримки	4,00±2,80
холодність внутрішньосімейних стосунків і відчуження	4,00±2,80
пристрасть до алкоголю члена родини	2,00±2,00
«Сепараційні»:	
розлучення	4,00±2,80
втрата близької / коханої людини	4,00±2,00
переживання самотності	4,00±2,00
Пов'язані з професійною діяльністю:	
напруга /нерегулярність у навантаженнях (ненормований робочий день, великий обсяг роботи, зміна роду діяльності)	16,00±5,24
конфлікти в колективі	8,00±3,88
звільнення / втрата роботи	6,00±2,80
конфлікти з керівництвом	4,00±2,80
Соціально-економічні і соціально-психологічні:	
невпевненість у завтрашньому дні (страх погіршення соціально-економічного становища в майбутньому / зміни умов життя в цілому)	12,00±4,64
погіршення / незадоволеність матеріально-побутовим становищем	8,00±3,88
конфліктне ставлення до себе / неприйняття себе	6,00±2,80

конфлікти в колективі, звільнення або втрата роботи та конфлікти з керівництвом.

Значну роль в генезі неврастенії відігравали і фактори, пов'язані з соціально-економічною і соціально-психологічною сферами. Найбільш часто в даній групі відзначалися «невпевненість у завтрашньому дні» у вигляді страху погіршення соціально-економічного становища в майбутньому або змін умов життя в цілому, незадоволеність або погіршення матеріально-побутового становища та конфліктне ставлення до себе або неприйняття себе. Висловлюючи незадоволеність матеріально-побутовим становищем, працевлаштуванням або стосунками з оточуючими, хворі на неврастенію у більшості випадків не наважувалися щось змінити у власному

житті, проте висували ідеї самозвинувачення та відчували невпевненість у собі.

В якості психогенних у хворих на неврастенію досить часто реєструвалися фактори, пов'язані зі сферою сімейних стосунків, такі як конфлікти подружжя, конфлікти з родичами подружжя, відсутність емоційної підтримки, холодність внутрішньосімейних стосунків та відчуження, пристрасть до алкоголю члена родини. Значно менше в якості психогенних реєструвалися фактори, пов'язані зі сферою здоров'я, і «сепараційні». Серед перших переважали смерть близької людини і тривала хвороба близьких, що потребує догляду за ними (4,0 %); серед других – розлучення, втрата близької або коханої людини та переживання самотності.

Емоційно-стресові потрясіння не було виявлено в якості пускових ФПТ у досліджуваних хворих.

Отже, було з'ясовано, що у хворих на неврастенію провідними ФПТ були пов'язані з професійною сферою, а також соціально-економічні та соціально-психологічні. Пов'язані зі здоров'ям, власним чи близьких, сферою сімейних стосунків та «сепараційні» фактори частіше виступали в якості підтримуючих, що підсилювали психогенний вплив основних ФПТ.

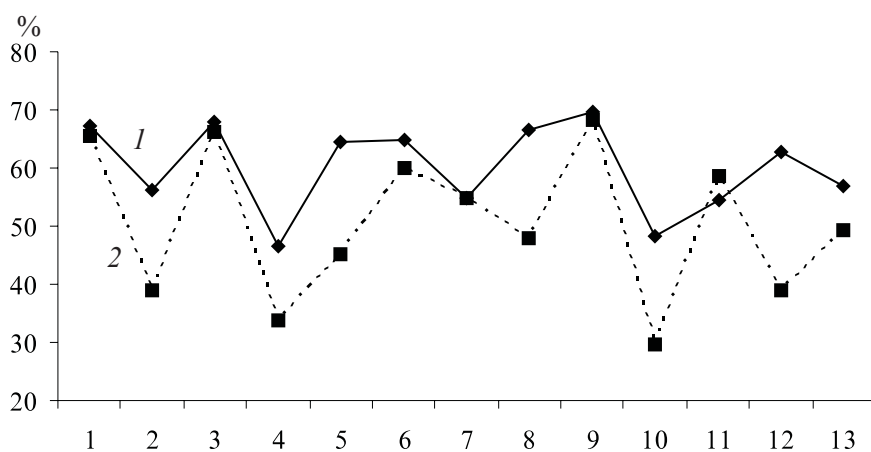
У хворих на неврастенію спостерігалася підвищена фіксація уваги на тих чи інших негативних ситуаціях із загостреним реагуванням на них і тривалими переживаннями з цього приводу. Хворі не завжди були стримані в повсякденних ситуаціях і стосунках з оточуючими. Згодом з'являлося почуття невпевненості в собі, своїх силах, підвищена уразливість, помисливість, що знаходило відображення в особливостях реалізації особистості в межах соціально-психологічної адаптації та призводило до формування клінічних проявів захворювання.

Аналіз результатів діагностики соціально-психологічної адаптації (рисунок) продемонстрував деякі особливості, притаманні хворим на неврастенію. Хворі відрізнялися від групи співставлення за вищими показниками емоційного дискомфорту ($t = 5,089$), дезадаптації ($t = 4,579$), неприйняття себе та інших ($t = 2,745$ та $t = 4,494$ відповідно),

зовнішнього контролю ($t = 3,552$) та відомості ($t = 4,738$). Тобто хворі на неврастенію відчували більший емоційний дискомфорт, були менш адаптивними, схильними займати відому позицію та перекладати відповідальність на оточуючих чи на обставини, а також відчували незадоволеність собою та іншими людьми.

Клінічна картина неврастені характеризувалася наявністю соматовегетативних і емоційних порушень. Серед соматовегетативних можна виділити дві основні групи скарг: астенічні та соматичні. Початок захворювання характеризувався поступовим розвитком проявів астенії у вигляді підвищеної втомлюваності, млявості, відчуття розбитості протягом дня (72,0 % випадків), зниження працездатності (64,0 %), порушення концентрації уваги, запам'ятовування (38,0 %), порушення сну у вигляді чуттєвого поверхневого сну, труднощів засинання (36,0 %).

Соматичні скарги проявлялися у вигляді больових відчуттів і дискомфорту в ділянці серця, що супроводжувалися відчуттям нестачі повітря, потребою глибше вдихнути (64,0 %). Частим симптомом був головний біль тупого дифузного характеру (48,0 %), рідше відмічалися болі в епігастрії (16,0 %), нудота на фоні емоційних переживань (32,0 %). На початку захворювання всі соматичні скарги мали епізодичний і короткочасний характер, але з часом ставали все більш постійними.



Особливості соціально-психологічної адаптації у хворих на неврастенію (1) і осіб групи співставлення (2):

1 – адаптація; 2 – дезадаптація; 3 – прийняття себе; 4 – неприйняття себе; 5 – зовнішній контроль; 6 – внутрішній контроль; 7 – домінування; 8 – відомість; 9 – прийняття інших; 10 – неприйняття інших; 11 – емоційний комфорт; 12 – емоційний дискомфорт; 13 – ескапізм

На фоні наведених соматовегетативних розладів поступово формувалася емоційна неврівноваженість у вигляді гарячкості, збудженості, інколи агресивності, надмірної образливості, підвищеної плаксивості, почуття безпорадності, яка виявлялася у 100 % випадків.

Емоційна неврівноваженість хворих на неврастенію доповнювалася почуттям апатії, байдужості до всього, пригніченості, що створювало депресивний фон настрою, який нерідко змінювався в бік тривожності з наступним розвитком нав'язливих іпохондричних переживань.

Таким чином, за результатами проведеного дослідження встановлено, що на розви-

ток неврастенії впливають провідні фактори психічної травматизації, переважно пов'язані з професійною діяльністю і соціальною сферою, інші фактори мають підтримуючий або підсилюючий характер. Вплив факторів психічної травматизації позначається на особливостях реалізації особистості у сфері соціально-психологічної адаптації, що полягають у наявності емоційного дискомфорту, екстернальності, відомості, неприйняття себе й інших та призводять до дезадаптації. Високий рівень невротизації, спровокований дією зазначених факторів психічної травматизації, виливається в клінічні прояви у вигляді емоційних, астеничних та соматовегетативних порушень.

Список літератури

1. *Мартыненко Н. В.* Клинико-эпидемиологические исследования распространённости непсихотических психических расстройств среди населения Украины / Н. В. Мартыненко // Архив психиатрии. – К., 2008. – Т. 12, вып. 1–4 (44–47). – С. 56–58.
2. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / М. К. Хобзей, О. М. Коллякова, О. М. Зінченко [та ін.] // Інформ.-аналіт. огляд за 2001–2010 рр. – Київ–Харків, 2011. – 175 с.
3. *Jeshmaridian S.* Stress, personality, and psychosomatic disorders / S. Jeshmaridian // III World Congress of Psychiatry. – Cairo, September 10–15, 2005, Egypt. – P. 385.
4. Невротичні, соматоформні розлади та стрес : навч. посібник / Л. М. Юр'єва, С. Г. Носов, А. Мамчур, Т. В. Малишко ; за ред. проф. Л. М. Юр'євої. – Дніпропетровськ : Арт-прес, 2006. – 116 с.
5. *Новиков В. Э.* Взаимосвязь структурно-клинических особенностей психических расстройств и показателей социального функционирования и качества жизни у психически больных / В. Э. Новиков, Н. К. Демчева // Социальная психиатрия : сб. – М., 2009. – Вып. 4. – С. 220–234.
6. *Менделевич В. Д.* Неврология и психосоматическая медицина / В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьёва. – М. : МЕДпресс-информ, 2002. – С. 8–328.
7. *Вейн А. М.* Неврологические аспекты неврозов / А. М. Вейн // Лекции по неврологии неспецифических систем мозга. – 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2007. – 112 с.
8. *Марута Н. А.* Клинико-психопатологические особенности современных невротических расстройств / Н. А. Марута // Междунар. мед. журн. – 2004. – Т. 10, № 1. – С. 38–42.
9. Деякі особливості сучасних невротичних розладів / О. С. Чабан, Є. М. Марченко, О. П. Венгер, Р. М. Гнатюк // Архив психиатрии. – 2002. – № 3 (30). – С. 65–69.
10. *Александровский Ю. А.* Социальные факторы и пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский : руководство по социальной психиатрии ; под ред. Т. Б. Дмитриевой. – М. : Медицина, 2001. – С. 177–194.
11. *Gosselin P.* Etiological factors of generalized anxiety disorders / P. Gosselin, B. Laberge // Encephale. – 2003. – Vol. 29, № 4. – P. 351–361.
12. Анкета характеристик факторів психічної травматизації (ФПТ): свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір / Н. О. Марута, Т. В. Панько, В. Ю. Федченко, Г. Ю. Каленська: № 35636; 10.11. 2010.
13. *Райгородский Д. Я.* Практическая психодиагностика. Методики и тесты : уч. пособие / Д. Я. Райгородский. – Самара : Бахрах-М, 2002. – 672 с.

В.Ю. Федченко

РОЛЬ СОВРЕМЕННЫХ ФАКТОРОВ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ В РАЗВИТИИ НЕВРАСТЕНИИ

В результате комплексного клинико-психопатологического и патопсихологического исследования определена структура факторов психической травматизации у больных неврастенией, их субъективная значимость для обследованных лиц, выделены ведущие факторы, которые привели к развитию данной патологии, установлено влияние факторов на клинические проявления болезни, а также особенности реализации личности в сфере социально-психологической адаптации. Установлено, что на развитие неврастения влияют ведущие факторы, преимущественно связанные с профессиональной деятельностью и социальной сферой. Влияние факторов сказывается на особенностях реализации личности, что приводит к дезадаптации и формирует клинические проявления в виде эмоциональных, астенических и соматовегетативных нарушений.

Ключевые слова: неврастения, факторы психической травматизации, неврозогенез.

V.Yu. Fedchenko

THE ROLE OF MODERN FACTORS OF MENTAL TRAUMA IN THE DEVELOPMENT OF NEURASTHENIA

As a result of a comprehensive clinical-psychopathological and pathopsychological study the structure of factors of psychic trauma (FMT) in patients with neurasthenia, their subjective value for the examined persons were determined. Leading FMT, which led to the development of this pathology were selected. The influence of FMT on clinical manifestations of disease and peculiarities of personality realization in social and psychological adaptation was established. It was determined that the development of neurasthenia is affecting of the leading FMT, mainly related to professional activities and social sphere. Effect of FMT affects the peculiarities of personality realization that leads to disadaptation and results in clinical manifestations in the form of emotional, asthenic and somatic-vegetative disorders.

Key words: neurasthenia, modern factors of mental trauma, neurosogenesis.

Поступила 30.03.12