

УДК 616.832-004.2-06+616.89-008

Д.П.Речаник, В.Д.Менделевич

ОСОБЕННОСТИ ФРУСТРАЦИОННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ И АНТИЦИПАНТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ РАССЕЙНЫМ СКЛЕРОЗОМ

Казанский государственный медицинский университет

Р е ф е р а т. Изучены особенности функционирования системы психокоррекции и вероятностного прогнозирования у 110 больных рассеянным склерозом с различной выраженностью эмоциональных нарушений. Более чем у 50% пациентов с РС выявлена несбалансированная система психокоррекции, что мешает адекватно корригировать собственную деятельность. Исходя из этого больных РС можно отнести к психологически неблагоприятному контингенту, к группе так называемых потенциальных невротиков.

Д.П.Речаник, В.Д.Менделевич

ТАРАЛГАН СКЛЕРОЗ БЕЛӘН АВЫРУЧЫЛАРНЫҢ ФРУСТРАЦИОН ТҮЗЕМЛЕГЕГЭ ҖӘМ АНТИЦИПАЦИОН ҮЗЕНЧӘЛЕКЛӘРЭ

Хисси халәте төрләчә бозылып таралган склероз белән авыручы 110 авыруның психокоррекция системасы функцияләшүе һәм булырга мөмкин булганнарны алдан фаразлау үзенчәлекләре өйрәнелгән. Таралган склероз белән авыручы пациентларның 50 проценттан артыгында психокоррекциянең балансланмаган системасы ачыкланган, бу исә үзешчәнлеккә адекват үзгәрешләр, тәзәтмәләр кертәргә комачаулай. Моннан чыгып, таралган склероз белән авыручыларны психологик яктан уңай булмаган контингентка, потенциал невротиклар дип аталган төркемгә кертәргә мөмкин.

D.P.Rechanik, V.D.Mendelevich

PECULIARITIES OF FRUSTRATIONAL TOLERANCE AND ANTICIPATIONAL ACTIVITY IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Peculiarities of the system of psychocorrection and probabilistic prediction functioning in 110 patients with multiple sclerosis with different evidence of emotional disturbances are investigated. The unbalanced system of psychocorrection impeding adequate correction of the activity was revealed in more than 50% of patients with multiple sclerosis. On this basis patients with multiple sclerosis can be assigned to psychologically unfavourable contingent, group of the so called potential neurotics.

Проблема диагностики и лечения рассеянного склероза (РС) является весьма актуальной. По данным ВОЗ, всего в мире насчитывается 2,5 млн больных РС (0,043% населения); число новых случаев — 105 тыс.; число случаев длительной инвалидизации — 750 тыс. РС — это хроническое прогрессирующее мультифакториальное заболе-

вание нервной системы, чаще наблюдается у лиц молодого возраста, быстро приводит к инвалидизации, проявляется рассеянной неврологической симптоматикой и имеет ремиттирующее течение на ранних стадиях [1, 2]. Патоморфологически заболевание характеризуется образованием очагов разрушения миелина (демиелинизации) в белом веществе головного и спинного мозга. Неясность ряда вопросов этиологии и патогенеза заболевания, трудности его диагностики на ранних стадиях развития, наличие психологических особенностей и своеобразие клинического течения значительно затрудняют лечение больных. Большая социальная значимость проблемы РС определяет актуальность изучения этого заболевания в числе основных задач неврологии и патопсихологии конца XX века.

Нарушения в психической сфере у больных РС описаны с момента выделения его в самостоятельную нозологическую единицу. У больных данной категории отмечается чрезвычайно полиморфизм психических нарушений с широким спектром психопатологических явлений — от невротических и личностных расстройств до психотических состояний и эпилептиформного синдрома [3, 4, 11, 15, 16], не распространяющихся обычно за рамки экзогенного типа реагирования [4]. Круг психопатологических явлений у больных РС чаще исчерпывается расстройствами эмоциональной и интеллектуально-мнестической сфер [5]. К сожалению, этим нарушениям уделялось недостаточно внимания, хотя они являются одним из определяющих факторов тяжести заболевания и состояния личностно-средовой адаптации больного. Делалась попытка связать нарушения психической сферы с поражением строго определенных структур ЦНС, а также с нарушением функции мозга в целом. Некоторые ученые склонны рассматривать психические расстройства как своеобразную реакцию на наличие тяжелого прогрессирующего заболевания. Данный вопрос должной разработки не получил, что обусловило необходимость их всестороннего изучения, раз-

граничения психических нарушений, обусловленных изменением качества жизни и самим разрушающим процессом, так как в этом направлении было проведено ограниченное количество исследований. Актуальность данной проблемы заключается в том, что для более полного комплексного лечения больных РС необходимы рациональная психотерапия, психосоциальная реабилитация пациентов, а для этого следует знать психологические особенности больных данного контингента, функционирование системы антиципации и вероятностного прогнозирования. Неправильная психологическая установка ведет к увеличению сроков длительности текущего обострения, нарастанию тяжести клинической картины.

Целью настоящего исследования являлось изучение индивидуально-психологических, эмоциональных и антиципантных особенностей у больных РС.

Были обследованы 110 больных РС (женщин — 86, мужчин — 24) в возрасте от 18 до 56 лет. Длительность заболевания варьировала у них от 6 месяцев до 25 лет. У всех обследованных установлен достоверный диагноз на основании общепринятых критериев Позера [17], в соответствии с методологией, предложенной проф. Т.В.Матвеевой (разработка кафедры неврологии КГМУ), а также по МРТ признакам РС. В качестве контрольной группы были обследованы 38 здоровых лиц (18 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 20 до 58 лет.

В настоящее время разработаны многочисленные психодиагностические программы, позволяющие оценивать различные аспекты психического статуса больных. Наше внимание привлекли сокращенный многопрофильный опросник личности (тест СМОЛ), тест личностной и реактивной тревожности Спилбергера—Ханина, тест Розенцвейга с модификациями, направленными на изучение функционирования системы антиципации и вероятностного прогнозирования.

Исследование индивидуально-психологических особенностей больных РС проводилось при помощи теста СМОЛ — отечественного варианта психологического анкетного листа mini-mult, который представляет собой сокращенную форму ММРІ. С помощью данного теста можно уточнить клинически выявляемые феномены, личностные особенности пациентов. Он позволяет анализировать скрытые от исследователя-клинициста индивидуальные тенденции и психопатологические переживания.

Тревожность у больных РС изучали с помощью теста Спилбергера—Ханина [14, 18].

В основе теста лежит предложенное автором разграничение двух параметров тревожности — преходящего состояния, возникающего как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию (реактивная тревожность — РТ) и устойчивой личностной особенности, определяющей предрасположенность человека реагировать на стресс состоянием тревоги (личностная тревожность — ЛТ). Измерение тревожности как свойства личности особенно важно, так как она во многом обуславливает поведение субъекта.

На следующем этапе исследования использовали экспериментально-психологический метод оценки фрустрационных реакций и ее модификации, направленные на изучение функционирования системы антиципации и вероятностного прогнозирования. Данный метод был впервые описан в 1944 г. С.Розенцвейгом под названием “Методика рисуночной фрустрации” (PF-study). Стимулирующая ситуация этого метода заключается в схематическом контурном рисунке, на котором изображены два человека и более, занятые незаконченным разговором. Изображенные персонажи могут различаться по полу, возрасту и прочим характеристикам. Общим же для всех рисунков является нахождение персонажа во фрустрационной ситуации. Классическая методика состоит из 24 рисунков, на которых изображены лица, находящиеся во фрустрационной ситуации. Последние можно разделить на две основные группы: ситуации “препятствия”, в которых какое-либо препятствие, персонаж или предмет обескураживает, сбивает с толку словом или еще каким-либо способом, и ситуации “обвинения”, в которых субъект служит объектом обвинения. Процедуру эксперимента организовывали по приложенной к набору рисунков инструкции. Обследуемому было необходимо на листе ответов под номером, соответствующим рисунку, написать первый пришедший на ум ответ на слова персонажа, не отделяясь шуткой и действуя по возможности быстрее. Естественно предполагать, что при наличии индивидуальных особенностей фрустрационных реакций в целом определенная социальная общность людей будет характеризоваться “усредненным” профилем, а среди всего многообразия ответов лиц какой-то группы могут быть выделены путем соответствующих статистических процедур одинаковые или сходные ответы, которые можно считать характерными для отдельных ситуаций теста.

Показатель GCR (групповой конформности) вычисляли путем сравнения очков субъекта со стандартными величинами, полученными посредством статистического подсчета. При

стандартной оценке теста каждый ответ оценивали с точки зрения двух критериев: направления реакции и типа реакции. По направлению реакции подразделяли на экстрапунитивные (Е), интропунитивные (I), импунитивные (М), а по типу — на реакции “с фиксацией на препятствии” (OD), “с фиксацией на самозащите” (EP), “с фиксацией на удовлетворении потребности” (NP). Техника интерпретации включала несколько этапов: I — изучение GCR, II — оценку 6 факторов в таблице профилей (направления и типы реакций), III — изучение тенденций.

Кроме классического теста Розенцвейга, позволяющего оценивать особенности реакции больного на фрустрацию, что значимо при изучении пограничных нервно-психических расстройств [9,10], были также использованы его две модификации, предложенные проф. В.Д.Менделевичем [6, 7, 8]. Суть первой из них состояла в том, что при ответах на вторую половину задач-рисунков обследуемому давалась позитивная коррекционная установка. Оценивали не только реакцию больного на фрустрацию, но и способность его адекватно разрешать конфликтные ситуации. При обработке результатов исследования в первую очередь обращали внимание не на направленность, как в классическом варианте, а на тип реакций больных. Выяснялось, на что устремлены усилия больных: на разрешение ситуации собственными силами или с помощью окружения; или на полный отказ от поиска решения фрустрирующей ситуации.

Вторая модификация была направлена на изучение вероятностного прогнозирования. Больному предлагалось дать несколько вариантов решения фрустрирующей ситуации, представленной на рисунках, в условиях лимита времени и анализировались не качественные, а количественные параметры исследования — число ответов на задание, представленных в течение одной минуты. Клиническому анализу подвергали также аффективные феномены, рассматриваемые в непосредственной связи с функционированием антиципантных механизмов, к которым отнесены такие эмоциональные состояния, как обида, разочарование и недоумение.

Для изучения антиципантных механизмов большой интерес представляла оценка характера ожидаемости-неожиданности события, которое впоследствии становилось психотравмирующим (например, обострение заболевания). Предлагались варианты ответов на вопрос по данной теме: “неожиданно”, “могло произойти, но раньше не придавал этому зна-

чения”, “всегда думал, что самое тяжелое обязательно произойдет со мной”.

По данным, полученным при проведении теста СМОЛ, у больных РС по сравнению с контрольной группой достоверно чаще ($p < 0,01$) отмечались значения, превышающие условную границу 70Т (пики) по 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8-й шкалам. У молодых больных с неблагоприятным течением заболевания при тяжелом обострении часто ($p < 0,01$) сочетались высокорасположенная 2-я шкала с очень низкой 9-й, что должно настораживать в плане возможного суицида гораздо больше, чем там, где депрессия демонстративна.

При изучении контрольной группы (здоровые люди, подходящие по возрасту и полу) лишь у 10% были получены результаты, свидетельствовавшие об избыточной эмоциональной напряженности донозологического уровня: диапазон колебаний показателей тревожности и других характеристик эмоционального состояния превышал средненормативный разброс, но не выходил за пределы границ нормы. Оценка эмоциональных нарушений показала, что в группе больных РС (согласно результатам, полученным при проведении теста Спилбергера) достоверно повышена личностная и реактивная тревожность по сравнению с таковыми в группе здоровых ($p < 0,01$).

При интерпретации классической версии теста Розенцвейга выявлено низкое по сравнению с контролем ($p < 0,01$) значение коэффициента GCR у 58% больных РС. Отсюда можно предположить, что у больных РС часто бывают конфликты (разного типа) с окружающими людьми, они недостаточно адаптированы к своему социальному окружению (положению). Лишь у 27% больных GCR был среднего уровня, а у 15% — выше среднего уровня. При изучении оценок 6 факторов в таблице профилей у обследованных в ответах чаще выявлялись экстрапунитивные направления реакции (у 43% субъектов), когда реакция была направлена на живое или неживое окружение, осуждалась внешняя причина фрустрации, подчеркивалась степень фрустрирующей ситуации, иногда разрешение ситуации требовалось или ожидалось от другого лица. У 42% субъектов чаще наблюдались интропунитивные направления реакций с принятием вины или же ответственности за исправление возникшей ситуации; фрустрирующая ситуация часто не подлежала обсуждению; зачастую субъект оценивал фрустрирующую ситуацию как благоприятную для себя. Реже (у 15%) наблюдались пре-

имущественно импунитивные направления реакции, когда фрустрирующая ситуация рассматривалась как нечто незначительное или неизбежное, преодолимое со временем, обвинения окружающих или самого себя отсутствовали. По типу реакции обследуемые подразделялись так: у 42% пациентов в ответах чаще преобладали типы реакции “с фиксацией на самозащите” — активность проявлялась в форме порицания кого-либо, отрицания собственной вины, уклонения от упрека, направления на защиту собственного “Я”; ответственность за фрустрацию никому не приписывалась. У 35% обследованных преобладали “препятственно-доминантные” типы реагирования на фрустрационные ситуации, то есть препятствия, вызывающие фрустрацию, всячески акцентировались независимо от того, расценивались они как благоприятные, неблагоприятные или незначительные. У 23% субъектов в ответах преобладали “необходимо упорствующие типы реакции”, когда имела место фиксация на удовлетворении потребности, потребность найти конструктивное решение ситуации в форме требования или ожидания помощи от других лиц либо принятия на себя обязанности разрешить ситуацию, либо уверенности в том, что время и ход событий приведут к ее разрешению.

Модифицированный тест (№ 1) выявил у 37% пациентов “лимитированную” психокоррекцию (неспособность пользоваться методами психологической компенсации при столкновении с фрустрирующей ситуацией; часто усилия больных были направлены лишь на констатацию факта фрустрации, попытку найти виновника конфликта, а не выход из него). У 22% пациентов отмечался “дефицитарный” тип психокоррекции (качественно менялись способы решения фрустрирующих задач, пациент пытался правильно решать фрустрирующие ситуации в связи с получением информации и навыков по вопросу психокоррекции). У 21% пациентов был “аттitudный” тип психокоррекции (ответы на модификацию теста незначительно отличались от их ответов в классической методике Розенцвейга; происходило увеличение реакций типа “эта ситуация разрешится сама собой”). Больные не хотели использовать методы компенсации, несмотря на имевшуюся или возникшую установку. Адекватная психокоррекция наблюдалась лишь у 20% лиц.

Данные, полученные от модификации № 2, позволили сделать следующие выводы: у 42% пациентов имел место “моновариантный ус-

тойчивый” тип вероятностного прогнозирования (один ответ за отведенный промежуток времени). У 37% пациентов определялся “нормовариантный” тип вероятностного прогнозирования (в среднем 2—3 ответа за отведенный промежуток времени). У 21% выявлен “поливариантный неустойчивый” тип вероятностного прогнозирования (более 4 ответов за отведенный промежуток времени).

Таким образом, экспериментально-психологическое изучение функционирования вероятностного прогнозирования у больных РС показало, что этот психологический параметр существенно отклоняется от нормы. В литературе [12, 13] имеются данные о том, что изменение изученных нами психологических феноменов наблюдается при неврозах.

Следующий этап исследования включал в себя клинический анализ прогностических способностей обследованных, а также аффективных феноменов, рассматриваемых как производных от антиципантных. Для изучения антиципантных механизмов большой интерес представляет оценка характера ожидаемости-неожиданности события, которое впоследствии становилось психотравмирующим (например, обострение РС). Среди обследованных пациентов событие, ставшее психотравмирующим, 59% лиц назвали неожиданным (неспрогнозированным), а 41% допускали, что “оно могло произойти, но не придавали значения своим размышлениям о будущем”.

При анализе эмоциональных переживаний начального периода действия психо-соматотравмирующего события (например, выраженного обострения) выявилось следующее: разочарование испытали 45% больных, растерянность (недоумение) — 33%, чувство обиды — 22%.

Таким образом, антиципация и вероятностное прогнозирование пронизывают все этапы психической деятельности и определяют выбор адекватного поведения, способствующего нормализации эмоционального состояния. Анализируя полученные данные, мы можем предположить, что у большего числа больных РС (59%) имеется антиципантная несостоятельность: снижена способность предвосхищать ход событий и собственное поведение во фрустрирующих ситуациях, что обусловлено, возможно, преморбидными чертами. Наиболее выраженным эмоциональным переживанием начального периода действия психо-соматотравмирующего фактора (например, очередное обострение) являлось разочарование (почти у 50% больных), ко-

торое, вероятно, можно объяснить неоправданными в большинстве случаев экстрапунитивными реакциями субъекта. У 23% обследованных выявлялась растерянность (недоумение). У большинства больных РС имелись отклонения от нормы психологических параметров, характеризующих вероятностное прогнозирование.

Таким образом, более чем у 50% больных была несбалансированная система психокоррекции, не позволявшая до конца предвосхищать события. Они не находили "адекватного решения" ситуации, недостаточно оценивали вероятность возникновения той или иной жизненной ситуации, что мешало им адекватно корректировать собственную деятельность. Следовательно, большинство пациентов можно отнести к психологически неблагополучному контингенту, к группе потенциальных невротиков, к социально-дезадаптированной категории лиц. Они зачастую антиципантно, а значит, и психологически несостоятельны во фрустрирующих ситуациях. В условиях расхождения прогноза и крайней выраженности эмоциональных переживаний, связанных с прогностическими ошибками, они могут заболеть неврозом, не справившись с психотравмирующей ситуацией.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вейн А.М.* Течение рассеянного склероза у мужчин и женщин //Журн. невропатол. и психиатр.—1995.— № 4.—С.43—44.
2. *Гусев Е.И., Демина Т.Л., Бойко А.Н.* Рассеянный склероз.—М., 1997.
3. *Коновалов Н.В.* Неврология, детская психоневрология, прикладная психология.—М.: Изд. Моск. ун-та, 1930.

4. *Коркина М.В., Мартынов Ю.С., Малков Г.Ф.* Психические нарушения при рассеянном склерозе.—М.: Медицина, 1986.

5. *Матвеева Т.В., Менделевич В.Д., Речаник Д.П.* Особенности эмоциональной сферы у больных рассеянным склерозом //Нейроиммунология (материалы конф.).—СПб., 2000.—С.79—80.

6. *Менделевич В.Д.* Патопсихологическая оценка нозологической самостоятельности неврозов //Казанский мед. журн.—1988.—№ 1.—С.56—59.

7. *Менделевич В.Д.* О некоторых психологических механизмах неврозогенеза //Психологический журнал.—1990.—№ 6.—С.113—117.

8. *Менделевич В.Д.* Антиципационные механизмы неврозогенеза //Психологический журнал.—1996.— № 4.—С.107—114.

9. *Менделевич В.Д.* Психиатрическая пропедевтика.—М.: Медицина, 1997.—496 с.

10. *Менделевич В.Д.* Клиническая и медицинская психология.—М.: МЕДпресс, 1998.—592 с.

11. *Менделевич В.Д., Чумакова Н.Н., Басанов С.В.* Случай шизофреноподобного психоза при рассеянном склерозе или казуистическое сочетание двух болезней //Журн. невропатол. и психиатр.—1990.— № 1.—С.58—60.

12. *Родитат И.В.* Неврологические аспекты невротических синдромов и некоторых соматических заболеваний: Дис. ... д-ра мед. наук.—М., 1979.

13. *Соложенин В.В., Носков Г.Г.* Экспериментально-психологическое исследование прогнозирования у больных неврозами //Журн. невропатол. и психиатр.—1985.—№ 12.—С.1833—1837.

14. *Ханин Ю.Л.* Исследование тревоги в спорте //Вопросы психологии.—1978.—№ 6.—С.94—106.

15. *Шульга А.И.* Неврологическая, висцеральная симптоматика рассеянного склероза: Дис. ... д-ра мед. наук.— Киев, 1975.

16. *Эдмин П.И.* Рассеянный склероз //БМЭ.— М., 1934.—Т. 28.—С.318—327.

17. *Poser С.М., Patty D.М.* A new diagnostic criteria for multiple sclerosis //Ann. Neurology.—1983.— Vol. 13.—P.227—231.

18. *Spielberger С.Д. (ED) Anxiety: Current Trends in theory and Research.*—N.Y., 1972.

