

2. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика. Под ред. А.М.Вейна. — М., 1998.

3. Полянская М.В. Адаптационные механизмы регуляции у лиц с крупной массой тела при рождении на разных возрастных этапах //Тез. докл. XVIII межвуз. студ. научн. конф. — Тверь, 1997. — С. 92—93.

4. Полянская М.В., Ласков В.Б., Никитина Л.В. Некоторые вопросы адаптации новорожденных с крупной массой тела при рождении. — Актуальные проблемы медицины и фармации /Матер. итоговой науч. конф. студентов и молодых ученых/. — Курск. — 1996. — С. 102—102.

5. Полянская М.В., Ласков В.Б., Никитина Л.В., Курцев А.В. Оценка нейровегетативного статуса у детей 6-летнего возраста, рожденных с крупной массой тела // Традиционные и нетрадиционные методы оздоровления детей. /Сборник V Международной научно-практической конференции (22—24 октября 1996 г.). — Ижевск, 1996. — С. 201—202.

6. Полянская М.В. Нейровегетативные нарушения и системные перестройки в организме у лиц, родившихся с крупной массой тела //Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. — Курск, 2001.

7. Диагностика нейровегетативных нарушений и системных перестроек у лиц, родившихся с крупной массой тела, на различных возрастных этапах. — Методические рекомендации для врачей-педиатров, неврологов, клинических ординаторов, интернов, врачей-курсантов ФПО и студентов /А.В.Завьялов, В.Б.Ласков, Л.В.Никитина, М.В.Полянская. — Курск, 2001.

Поступила 15.10.01.



УДК 616.85

Д.В.Рукавишников, В.Д.Менделевич

ПОЛО-ВОЗРАСТНОЙ АСПЕКТ АНТИЦИПАЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ НЕВРОЗОГЕНЕЗА

Казанский государственный медицинский университет

Р е ф е р а т. Клинико-психопатологические и экспериментально-психологические обследования 65 пациентов с невротическими расстройствами показали наличие у них в психотравмирующей ситуации трех этапов формирования невроза. К пролонгированию поведенческих расстройств третьего этапа ведут отсутствие или недостаточная выраженность антиципационных свойств индивидуума, что чаще всего наблюдалось у лиц женского пола по сравнению с мужским. Кроме половой дифференциации, была выявлена и возрастная специфика в формировании невроза, заключающаяся в усилении и персистировании пограничных расстройств в среднепожилом возрасте по сравнению с молодым, что нашло подтверждение в экспериментально-психологических исследованиях (показатели ситуационной и личностной тревоги, отклонения от аутогенной нормы и вегетативного коэффициента).

Д. В. Рукавишников, В. Д. Менделевич

НЕВРОГЕНЕЗ АНТИЦИПАЦИОН МЕХАНИЗМАРЫНЫҢ ЖЕНСИ ЖИТЛЕГҮ АСПЕКТЛАРЫ

Невратик үзгәрешләр булган 65 пациентны клиник-психопатологик һәм эксперименталь-психологик тикшерү-өйрәнү нәтижәләре аларда психикага кире йогынты ясып торган ситуациядә невроз формалашуның өч этабы булуын күрсәткән. Өченчә этапта кешенд үз-үзен тотышындагы бозылуларның вакытын озайту индивидуумы антиципацион үзлекләренң булмавына яки тиешле дәрәжәдә ачыкланмавына китерә. Мондый хәл ирләргә караганда хатын-кызларда күбрәк була. Женескә карап дифференциацияләүдән башка, невроз формалашуда яшь үзгәрешләренң дә тәсир итүе ачыкланган. Яшь вакыт белән чагыштырганда уртача яшләрләрдә невроз көчәя һәм персистирлана. Бу исә эксперименталь-психологик

тикшеренү нәтижәләре (ситуацион һәм шәхси шөбһәләнүләр, аутоген нормада һәм вегетатив коэффициенттан тайпылышлар) белән раслана.

D.V. Rukavishnikov, V.D.Mendelevich

SEX AND AGE ASPECTS OF NEUROGENESIS ANTICIPATION MECHANISMS

Clinico-psychopathological and experimentally-psychological studies of 65 patients with neurotic disorders showed in them presence of three stages of neurosis formation during psycho-injuring situation. To prolonging behavioral disorders of the third stage an absence or insufficient expressiveness of anticipation properties of a person lead. It was more frequently observed in women, than in men. Apart from sex differentiation an age specificity in forming neurosis has been revealed too. Age specific characteristic involved encreasing and persistence of bordering mental disorders in middle-aged years in comparison with the younger years. This has been confirmed in experimental and psychological studies (indices of situational and psychological alarm, deviations from autogenic and vegetative coefficient).

К и настоящему времени в психиатрической и психологической литературе накоплен большой фактический материал, отображающий различные стороны этиологии и патогенеза невротических расстройств. Несмотря на это, до настоящего времени заболеваемость невротическими расстройствами имеет тенденцию к

увеличению, а параметр излечиваемости не стремится к желаемым координатам. Не разрешены вопросы различной гендерной и возрастной распространенности невротических и соматоформных расстройств, не ясны преморбидные механизмы формирования склонности к подобным нарушениям, пато- и саногенетические паттерны.

Известно, что невротические расстройства могут возникать в различном возрасте. Их развитие у подростков обусловлено в основном личностно-психологическими поведенческими свойствами. В то же время достаточно существенную роль играют микросоциальные параметры, связанные с взаимодействием и окружением вне семьи, и биосоматические параметры [13, 17]. Значительная часть пограничных психических расстройств у подростков возникает при наличии преневротических нарушений и выраженных характерологических реакций [2, 3, 12]. В процессе онтогенеза важное место занимают не только возрастные, но и половые особенности в их связи с возрастным фактором [16]. Так, в молодом возрасте функциональная активность нервных процессов выше у женщин, а после 50 лет — у мужчин. Возрастная трансформация типологических свойств нервной системы у лиц мужского пола претерпевает меньшие сдвиги, чем у женщин. Среди женщин показатели распространенности пограничных психических расстройств в 2,0 — 2,5 раза выше, чем среди мужчин. Эта закономерность особенно выражена в возрасте 30—50 лет и проявляется среди населения всех социально-профессиональных групп [6, 15]. Проведенные исследования [7, 14] показали, что личностная тревожность женщин выше, чем у мужчин. В связи с этим женщины в большей степени предрасположены к возникновению психогенных расстройств, в том числе депрессивного спектра, причем выраженность депрессии прямо пропорциональна силе воздействия психотравмирующего фактора. Риск повторения невротических расстройств у женщин выше, чем у мужчин. Среди пациентов с затяжными депрессивными состояниями невротического уровня преобладают женщины, в основном из средней возрастной группы. Предполагалось, что повышенная предрасположенность женщин к депрессиям определяется комбинацией генетических, гормональных и психосоциальных факторов [18].

Возрастные факторы не только накладывают

отпечаток на клиническую картину невротических состояний, но и принимают участие в их возникновении и динамике. Исследованиями установлено, что и в инволюционном, и в старческом возрасте депрессивный невроз имеет ряд особенностей. Во-первых, к его возникновению ведут воздействие объективно значимой и трудноразрешимой ситуации, косвенно связанной с поздним возрастом, но выходящей за рамки естественных психологических проблем стареющей личности. Во-вторых, при манифестации депрессивного невроза в позднем возрасте отсутствуют грубые, достигающие степени психопатий девиации личности. В-третьих, у больных к началу депрессивного невроза отмечаются неглубокие, компенсированные или субкомпенсированные собственно возрастные, церебрально-сосудистые, соматические сдвиги, так как невротические расстройства мало совместимы с более массивными изменениями возрастной биологической почвы. Отмечается, что у лиц пожилого возраста течение невротических расстройств носит преимущественно затяжной характер, типична тенденция к прогрессированию и переходу в невротическое развитие личности, при этом отмечается формирование особого пессимистического мировосприятия. Чем старше возраст, тем более характерны растянутое начало, тусклость, стереотипность и монотонность симптоматики. У стариков чаще звучат идеи ненужности, покинутости, обиды на окружающих.

Эгоцентрические установки, астенический и ипохондрический синдромы занимают очень большое место в структуре невротического расстройства. У лиц с поздним дебютом невроза (после 70 лет) невротическая симптоматика приобретает сенильноподобную окраску вследствие особой упрощенности, фрагментарности аффективных нарушений, бедности их интеллектуального компонента [1, 4, 8]. Существующие показатели распространенности пограничных психических расстройств (у 80,9 % женщин) являются, скорее всего, результатом сочетанного действия трех факторов — действительного различия в частоте этих расстройств у мужчин и женщин, их маскирования у мужчин алкоголизмом и различиями в “медицинском поведении”. Для мужчин более характерны непрерывно протекающие расстройства, затрагивающие структуру личности, в то время как у женщин отмечается склонность

к приступообразно протекающим формам заболеваний, больше поражающих аффективную сферу [11].

В.Д.Менделевичем (1988—2000) на основании клинико-психопатологических исследований и серии патопсихологических экспериментов была выдвинута, обоснована и апробирована антиципационная концепция невротогенеза. Суть ее заключается в том, что механизм формирования невротических расстройств рассматривается как производное от преморбидных особенностей функционирования антиципации и вероятностного прогнозирования. Возникновение невротических расстройств обусловлено антиципационной несостоятельностью, неспособностью реалистично и адекватно строить прогноз событий и прогнозировать собственные реакции на значимые жизненные ситуации. Антиципационная концепция невротогенеза не учитывала гендерные и возрастные особенности пациентов. Последующие исследования несколько расширили представления о возрастной специфике антиципационных механизмов невротогенеза, однако не имели комплексного характера [5]. В связи с этим появилась насущная необходимость провести сравнительные клинико-психопатологические и экспериментально-психологические исследования механизмов формирования невротических расстройств у лиц разного пола и различного возраста.

Целью настоящего исследования являлось изучение поло-возрастного аспекта антиципационных механизмов невротогенеза. Для оценки психологической составляющей использовались такие патопсихологические методики, как тест антиципационной состоятельности — прогностической компетентности В.Д.Менделевича, СМИЛ, тест цветовых выборов Люшера [10]. Были обследованы 65 пациентов с невротическими расстройствами (20 мужчин, 45 женщин). В данной работе приведены результаты исследования двух возрастных групп — от 18 до 35 лет и от 36 до 60 лет. Подобное распределение было основано на стремлении изучить специфику антиципационных механизмов невротогенеза у лиц молодого и зрелого возраста с целью последующего сравнительного исследования с детьми, подростками и пожилыми.

Клинико-психопатологическое исследование больных невротозами показало, что существовали этапы формирования заболевания, которые зависели как от пола больных, так и от их возрастных особенностей. Независимо от пола

у всех больных невротическая симптоматика структурировалась поэтапно. На начальном этапе, при непосредственном столкновении пациента с психотравмой, отмечалась начальная фаза — осознание происшедшего. Психотравмирующая ситуация ставила пациентов в новые условия, требовавшие иной оценки, заключавшейся в выяснении положительных и отрицательных сторон происшедшего. Эта фаза была наиболее острой, выявлялась грубая, “первичная” оценка происшедшего.

В последней фазе начального этапа происходила определенная интерпретация событий, что снижало остроту восприятия психотравмы. Так, пациенты оценивали ситуацию по ее значимости, влиянию на различные стороны их жизни, возможных изменений, вызванных конфликтом. Наблюдался активный поиск виновных, путей разрешения психотравмирующей ситуации. На этой фазе, несмотря на снижение первичной остроты, все же отмечалось явление непродуктивного анализа как самой ситуации, так и событий, предшествующих ей, при этом часто искусственно оживлялись воспоминания детства, нанесенные обиды, прежние психотравмирующие ситуации. Характерно, что у мужчин любого возраста (18—35 лет и 36—60 лет) выявлялись однотипные психотравмирующие факторы: неожиданно возникшие материальные трудности, провал в достижении социально-значимых целей, потеря близких, конфликты на работе. У женщин тех же возрастных групп на первое место выступали семейные проблемы — измена супруга, его уход из семьи, алкоголизм мужей или злоупотребление психоактивными веществами (наркотиками) детей, реже проблемы на работе. У пациентов обоих полов были выявлены латентные фоновые психотравмы: постоянная неудовлетворенность материальным положением и наличие сексуальных дисгамий.

Эмоциональные переживания по поводу конфликтной ситуации у мужчин отличались от таковых у женщин, наблюдались эмоциональное напряжение, снижение настроения, тревога, страх, реакции недоумения, разочарования и обиды. У женщин были иные расстройства — снижение настроения, плаксивость, реакции самобичевания, склонность к волнению, растерянность. Как у мужчин, так и у женщин выявлены аффективные нарушения, они были наиболее выраженными в возрастной группе от 36 до 60 лет (по сравнению с возрастной группой от 18 до 35 лет).

На втором этапе отмечалась “канализация” тревоги и психоэмоционального напряжения в соматизированное русло, появлялся комплекс соматизированных невротических расстройств. Невротическое “бегство в болезнь” с акцентированием соматического неблагополучия, декларированием программы обслуживания “больного человека” (т.е. самого пациента) наблюдалось больше у лиц женского пола. Именно женщины охотнее демонстрировали образ больного человека, манипулируя близкими, особенно “виновниками психотравмы”. У лиц мужского пола чаще наблюдался иной вариант “бегства”, проявлявшийся в интенсивной алкоголизации, уклонении от трезвой оценки реальности, уходе от решения невротических проблем. Примечательно, что у мужчин наблюдались соматические нарушения, однако они носили не самостоятельный характер, а проявлялись в виде обострения ранее имевшихся заболеваний (стенокардии, язвенной болезни желудка, дискинезии желчных путей). Во всех случаях игровой компонент поведения у мужчин в ситуации воздействия психотравм был менее выражен, чем у женщин.

Поло-возрастная дифференциация у обследованных больных проявлялась прежде всего в формировании третьего этапа — поведенческих нарушений. Было замечено, что у лиц женского пола, относившихся к возрастной категории 36—60 лет, этап поведенческих расстройств возникал чаще, чем у лиц мужского пола в возрасте 18—35 лет. Пролонгированию поведенческих расстройств третьего этапа содействовало отсутствие или

недостаточная выраженность антиципационных свойств индивидуума, что чаще всего наблюдалось у лиц женского пола по сравнению с мужским. Обследованные пациентки с трудом создавали когнитивную базу психологической компенсации и психокоррекции невротических нарушений. У лиц женского пола чаще возникали манипулятивное поведение, рентные установки в отношении окружающих, реакции психологического шантажа и наказующего поведения. В обеих группах (мужчины и женщины) отмечалась тенденция к закреплению невротических расстройств в среднепожилom возрасте (36—60 лет).

Экспериментально-психологические исследования подтвердили описанные выше клиничко-психопатологические данные. Усредненный профиль личности обследованных мужчин показал превалирование 2-й шкалы (тревоги и депрессии) умеренной выраженности — 72 Т; завышенными были 1-я шкала (ипохондри) — 67Т и 7-я шкала (психастении) — 65Т. На профиле личности в “невротической триаде” был занижен третий компонент — по 3-й шкале (истерии), что подтверждали клинические данные об отсутствии игрового поведения у мужчин. На профиле личности ММРІ женщин отмечались высокие показатели “невротической триады”: 1-й шкалы (ипохондри) — 77 Т, 2-й шкалы (тревоги) — 65Т, 3-й шкалы (истерии) — 72 Т, что совпадало с выраженностью невротических нарушений у женщин. В отличие от мужского контингента у женщин выявлялись высокие показатели по 4-й шкале (психопатии) — 70Т (рис. 1).

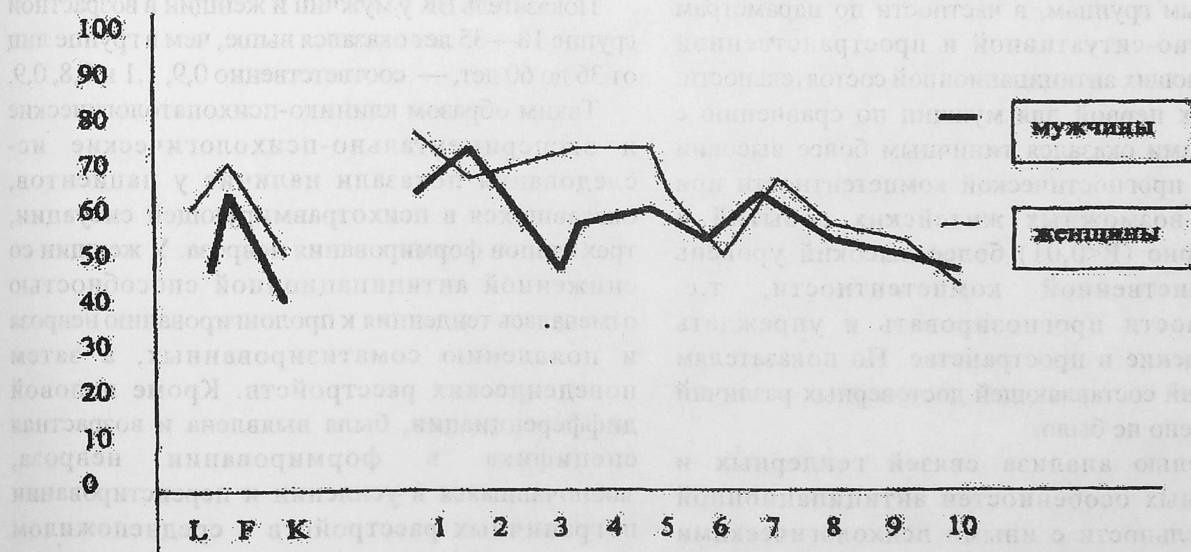


Рис. 1. ММРІ в группе обследованных мужчин и женщин (18—60 лет).

Как показали результаты оценки антиципационных особенностей обследованных, у больных первой возрастной группы отмечался моновариантный тип вероятностного прогнозирования, при котором пациенты в условиях психотравмирующего влияния имели тенденцию прогнозировать лишь один вариант исходов событий. В то же время у пациентов старшей возрастной группы установлена склонность к поливариантному типу вероятностного прогнозирования, когда предполагалось (прогнозировалось) большое количество вариантов исхода психотравмирующей ситуации. По данным теста антиципационной состоятельности (прогностической компетентности), группы не различались по показателю ситуативно-личностной и пространственной составляющей антиципационной состоятельности, однако имели достоверные различия по временной составляющей ($P < 0,05$). В клинике и эксперименте это отражалось в том, что пациенты старшей возрастной группы чаще были склонны к так называемой предвосхищающей печали. С целью самостоятельного купирования повышенного уровня тревожности они выбирали невротический стиль поведения до фактического влияния психотравмирующей ситуации. Их прогностическая деятельность носила поливариантный характер и не отражала реальности. Пациенты были склонны видеть за многими жизненными событиями травмирующее психику воздействие, вследствие чего их невротические расстройства носили длительный характер.

По данным теста антиципационной состоятельности, отмечались различия и по гендерным группам, в частности по параметрам личностно-ситуативной и пространственной составляющих антиципационной состоятельности. В рамках первой для мужчин по сравнению с женщинами оказался типичным более высокий уровень прогностической компетентности при оценке возможных житейских событий и достоверно ($P < 0,01$) более высокий уровень пространственной компетентности, т.е. способности прогнозировать и упреждать перемещение в пространстве. По показателям временной составляющей достоверных различий обнаружено не было.

С целью анализа связей гендерных и возрастных особенностей антиципационной состоятельности с иными психологическими свойствами и состояниями пациентов проводился анализ профиля личности пациентов (на основании

СМИЛ) и показателей личностной и ситуативной тревожности, суммарного отклонения от аутогенной нормы (СО) и показателей вегетативного коэффициента (ВК) по данным теста Люшера. Показатель СО интегративно отражает уровень непродуктивной нервно-психической напряженности, присущей обследуемому. Эта напряженность заключается в неумеренно завышенном расходовании нервно-психических ресурсов при столь же неумеренно низком коэффициенте полезного действия. Значения $ВК > 1$ отражают доминирование теплых и активных цветов (красный, желтый), значения $ВК < 1$ — холодных и пассивных (синий, зеленый). При воздействии теплых цветов на человека у него регистрируется повышение частоты пульса, уровня возбуждения, кровяного давления, мышечного тонуса. При воздействии холодных цветов картина физиологических сдвигов является обратной. Отношение обследуемого к этим двум парам цветов отражает его энергетическую установку.

Исследования с помощью стандартизованного варианта теста М. Люшера показали, что уровень ситуационной и личностной тревоги у мужчин в возрасте 18—35 лет значительно ниже, чем у пациентов в возрасте 36—60 лет, — соответственно 2,6 Б, 2,3 Б и 4,5 Б, 4,6 Б. У женского контингента больных дифференциация показателей тревоги в различных возрастных группах была менее выражена, чем у мужчин, — соответственно 3 Б, 3,1 Б и 3,8 Б, 3,8 Б.

Показатель СО нормы у мужчин и женщин в возрастной группе 36—60 лет был выше, чем в возрастной группе 18—35 лет, — соответственно 195, 165 и 165, 145.

Показатель ВК у мужчин и женщин в возрастной группе 18—35 лет оказался выше, чем в группе лиц от 36 до 60 лет, — соответственно 0,9, 1,1 и 0,8, 0,9.

Таким образом клинико-психопатологические и экспериментально-психологические исследования показали наличие у пациентов, оказавшихся в психотравмирующей ситуации, трех этапов формирования невроза. У женщин со сниженной антиципационной способностью отмечалась тенденция к пролонгированию невроза и появлению соматизированных, а затем поведенческих расстройств. Кроме половой дифференциации, была выявлена и возрастная специфика в формировании невроза, заключающаяся в усилении и персистировании пограничных расстройств в среднестаршем возрасте по сравнению с молодым, что нашло подтверждение в экспериментально-психоло-

гических исследованиях (показатели ситуационной и личностной тревоги, отклонения от аутогенной нормы и вегетативного коэффициента).

Выявленные поло-возрастные особенности формирования неврозов необходимо учитывать при разработке лечебно-реабилитационных мероприятий для соответствующего контингента больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вертоградова О.П., Поляков С.Э., Степанов И.Л. и др. Структура пограничных расстройств депрессивного спектра // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1992. — Т. 92. — № 1. — С. 103—105.
2. Ковалев В.В. О роли "измененной почвы" в происхождении психогенных патологических формирований личности. / Патохарактерологические исследования у подростков. — Л., 1981. — С. 73—78.
3. Лебедев М.А. Предболезненные состояния при пограничных психических заболеваниях // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1997. — Т. 97. — № 6. — С. 22—24.
4. Менделевич В.Д. Антиципационные механизмы неврозогенеза // Психологический журнал. — 1992. — № 4. — С. 107—115.
5. Менделевич В.Д., Мухаметзянова Д.А., Лазарева И.А. Возрастная специфика антиципационных механизмов неврозогенеза // Казанский мед. ж. — 1999. — Т. 80. — № 2. — С. 100—103.
6. Петраков Б.Д. Основные закономерности распространенности пограничных психических болезней и направления их многофакторной профилактики. / Актуальные проблемы пограничной психиатрии (Тез. докл. Всесоюз. конф.). — Витебск, 1989. — Ч. 1. — С. 74—75.
7. Петрова Н.Н. Депрессивные состояния, возникающие в процессе лечения гемодиализом. / Социальная и клиническая психиатрия. — 1996. — № 3. — С. 41—47.

8. Сергеев И.И. Клинико-динамические особенности депрессивного невроза с дебютом в пресенильном возрасте и старости // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1986. — Т. 86. — № 9. — С. 1385—1388.

9. Сергеев И.И., Бородин В.И. Особенности ипохондрических состояний у детей и подростков // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1991. — Т. 91. — № 8. — С. 32—35.

10. Тимофеев В.И., Филимонок Ю.И. Цветовой тест М. Люшера (стандартизированный вариант). — СПб., 2000. — 48 с.

11. Bebbington P.E., Dunn G, Jenkins R. et al. The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity // Psychol. Med. — 1998 — Vol. 28(1). — P. 9—19.

12. Grilo C.M., Becker D.F., Fehon D.C. et al. Gender differences in personality disorders in psychiatrically hospitalized adolescents // Am.J.Psychiatry. — 1996. — Vol. 153(8). — P. 1089—1091.

13. Johnson B.A., Brent D.A., Connolly J. et al. Familial aggregation of adolescent personality disorders // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. — 1995. — Vol. 34(6). — P. 798—804.

14. Kessing L.V. Recurrence in affective disorder. II. Effect of age and gender // Br.J.Psychiatry. — 1998. — Vol. 172. — P. 29—34.

15. Kroenke K., Spitzer R.L. Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms // Psychosom. Med. — 1998. — Vol. 60(2). — P. 150—155.

16. Okun M.A., Keith V.M. Effects of positive and negative social exchanges with various sources on depressive symptoms in younger and older adults // J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci. — 1998 — Vol. 53(1). — P. 4—20.

17. Wittchen H.U., Nelson C.B., Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults // Psychol. Med. — 1998. — Vol.28(1). — P.109—126.

18. Wolk S.I., Weissman M.M. Women and depression: an update // Review of Psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Press. — 1995. — Vol. 14. — P. 227—259.

Поступила 26.04.01.

