

О ЗНАЧЕНИИ ОСОЗНАННЫХ И НЕОСОЗНАННЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Т.Н. Резникова, Н.А. Селиверстова

Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой РАН, г. Санкт-Петербург, Россия

Проводилось исследование осознанных и неосознанных эмоциональных процессов у 167 больных рассеянным склерозом в состоянии ремиссии. Изучалась осознанная и неосознанная тревога (по тестам Тейлор и Люшера), осознанная и неосознанная агрессия (по тесту Басса-Дарки и Hand test) в сопоставлении с показателями личностных шкал по Стандартизированному многомерному личностному опроснику и клинично-анамнестических данных. У большинства больных выявлен высокий уровень осознанной и неосознанной тревоги, повышенная неосознанная агрессия при нормативных значениях общей осознанной агрессии. Корреляционный анализ между показателями эмоциональных процессов личности и клинично-анамнестическими данными выявил достоверную взаимосвязь осознанной и неосознанной тревоги, а также депрессии (по тесту Зунга) с явлениями личностной дезадаптации и тяжестью заболевания, в то время как осознанная и неосознанная агрессия (по общим показателям) такого рода взаимоотношений не имели, что важно для психологической диагностики и реабилитации.

Ключевые слова: осознанные и неосознанные эмоции, личность, рассеянный склероз.

Введение

Эмоции играют огромную роль в нашей жизни, являясь фундаментальной основой формирования всей психической деятельности. Особое значение они имеют при развитии любого заболевания, подключая, усиливая или снижая психосоматические механизмы болезни. В этом отношении большой интерес представляют неосознаваемые процессы, которые независимо от воли человека влияют на характер, течение, патогенез, прогноз, а также на положительный или отрицательный исход болезни. Как правило, в литературе подчеркивается, главным образом, негативное значение тревоги и депрессии как сопровождающих отрицательных эмоциональных реакций и состояний при развитии заболеваний [4, 5, 11, 15 и др.]. Однако природа таких эмоций оказывается зачастую намного сложнее, поскольку затрагивает как осознанные, так особенно и неосознанные процессы и их взаимодействие, роль которых чрезвычайно сложна и мало изучена при органических, и функциональных расстройствах. В этом плане представляет интерес такое заболевание как рассеянный склероз (РС), где роль органического поражения нервной системы и функциональных нарушений имеет большое значение, поскольку несмотря на достижения последних лет в диагностике и лечении, многие аспекты механизмов развития болезни остаются недостаточно изученными. РС – это тяжелое неврологическое аутоиммуноаллергическое заболевание с непредсказуемым течением, затрагивающее и во-

влекающее в патологический процесс широкий спектр различных систем организма, психики и мозга больного человека, приводящее к ранней инвалидизации, в том числе лиц молодого возраста. В настоящее время имеется много работ, посвященных изучению особенностей и нарушений психической деятельности при данном заболевании [1, 6, 8, 9, 15, 16, 18 и др.], однако сохраняется малоизученным вопрос о роли и значении осознанных и неосознанных эмоциональных процессов в общем патогенезе РС, диагностике, лечении и реабилитации больных.

В связи с этим, целью данной работы являлось изучение осознанных и неосознанных эмоциональных расстройств у больных РС, в связи с диагностикой, лечением и реабилитацией.

Материалы и методы исследования

Обследовано 167 больных с ремиттирующей формой РС, из них 54 мужчины и 113 женщин в возрасте от 17 до 57 лет. Длительность заболевания составляла 1-30 лет. Возраст начала болезни – от 17 до 50 лет. Усредненное значение тяжести заболевания по шкале EDSS [17] составляло $3,73 \pm 1,7$ баллов. Все больные на момент исследования находились в состоянии ремиссии.

Психологические методы исследования включали в себя беседу, наблюдение и комплекс психологических методик для изучения осознанных и неосознанных процессов: тревоги – тест Тейлор [4] и Люшера [13], агрессии – тесты Басса-Дарки [2] и Hand test [3], депрессии – шкала Зунга [11] и 2 шкала СМЛ, страха – тест ИСАС [14]. Для со-

поставления показателей эмоциональной сферы с личностными характеристиками использовался опросник СМИЛ [12]. Все больные прошли психологическое исследование в клинике ИМЧ РАН.

Обработка результатов исследования проводилась с помощью программы STATISTICA 8.0. Для определения взаимосвязей между показателями применялся непараметрический критерий математической статистики – коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты и их обсуждение

Обследованные больные предъявляли разнообразные значимые для них жалобы на свое состояние здоровья. В основном, они соответствовали ведущим неврологическим симптомам. Кроме того, отмечались различные эмоциональные нарушения, в основном тревога и сниженный фон настроения. При этом, жалоб на агрессивность или желание ее проявить, а также страх больные не отмечали. В поведении больных также не прослеживались черты агрессивного характера. В целом, что касается эмоциональной сферы, на первом месте у подавляющего большинства больных оказалась тревога.

Прежде всего, следует отметить большую вариабельность практически всех показателей эмоциональной сферы у обследованной группы больных РС. По всей вероятности, вариабельность при данном заболевании является характерной чертой психофизиологического состояния, о чем свидетельствуют многочисленные исследования [1, 6, 7, 10 и др.] и что, скорее всего, связано с непредсказуемостью течения, вовлеченностью в патологический процесс разных систем организма, психики и мозга человека и неустойчивостью общего функционального состояния.

По тесту Тейлор было выявлено повышение общей суммарной тревоги у 74,8% больных РС (усредненное значение $23,18 \pm 8,83$), которая отражает осознанную тревогу. Наряду с этим, по проективному тесту Люшера неосознанный показатель тревоги был выше нормы в 56,8% случаев. При этом, усредненные показатели неосознанной тревоги по тесту Люшера по группе в целом незначительно превышали нормативные значения (усредненные значения были в пределах 3,5 баллов, при норме 2).

Таким образом, тревога как осознанная, так и неосознанная была высокой у большинства больных. Вместе с тем, страх у обследованных больных РС по тесту ИСАС был повышен лишь в отдельных случаях. Можно предположить, что он не характерен для больных РС, за исключением тех лиц, где он носил ситуативный характер.

Депрессии по шкале Зунга у подавляющего большинства больных не наблюдалось, лишь у небольшой части (15%) она имела легкую степень невротического характера.

Обобщенный показатель агрессии, вычисляемый по специальной формуле (общая агрессия) находился в пределах нормативных значений. Общая агрессия (усредненное значение $14,2 \pm 4,7$) по тесту Басса-Дарки, была повышена лишь в 18% случаев. Наряду с этим, в структуре агрессивных явлений в 82% случаях отмечалось повышение не менее одного из показателей какого-либо вида агрессии (физической, вербальной, косвенной, чувства вины, обиды, подозрительности, негативизма, раздражительности), которые выявляются данным тестом. Наиболее часто встречалось повышение чувства вины в 50,3%, вербальной агрессии – в 40,1%, раздражительности – в 32,9% случаев.

Показатель склонности к открытому агрессивному поведению (скрытая агрессия) по проективной методике Hand test в 52% случаев был выше единицы и находился в пределах от 1 до 8 баллов. Усредненный показатель склонности к открытой агрессии (неосознанная агрессия) по Hand test оказались выше нормы ($n=1,5$, при норме от -1 до +1). При этом, он имел широкий диапазон значений, что свидетельствовало о выраженной вариабельности неосознаваемой агрессии. Такое повышение неосознаваемой агрессии сопровождалось увеличением категорий ответов агрессивного и директивного характера, что свидетельствовало о низкой коммуникативности и трудностях социальной адаптации.

Таким образом, наблюдалась диссоциация между осознанной и неосознанной агрессией. Усредненные показатели осознанной общей агрессии по тесту Басса-Дарки находились в пределах нормативных значений, вместе с тем показатели неосознанной (скрытой) агрессии по Hand test у большинства больных были выше нормы.

В спектре эмоциональных нарушений у большинства больных РС, несмотря на выраженную вариабельность показателей, были выявлены высокий уровень осознанной и неосознанной тревоги, повышенная склонность к открытой (неосознанной) агрессии при нормативных значениях общей (осознанной) агрессии.

По тесту СМИЛ у 74,8% больных наблюдалось повышение данных по 2 шкале (депрессии). Усредненный профиль личности по СМИЛ был завышен и имел выраженное пикообразное повышение показателей шкал невротической триады (1, 2 и 3) и 8 шкалы.

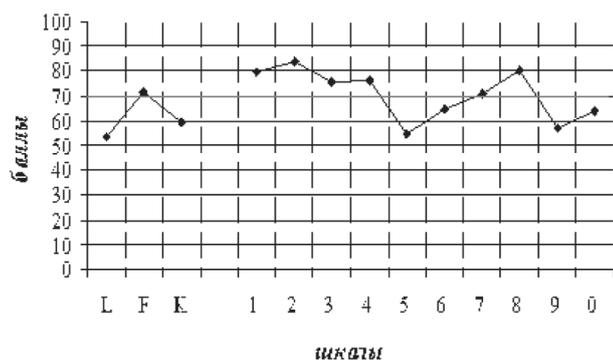


Рис. 1. усредненный профиль личности по СМИЛ

Примечание: Оценочные шкалы: L – шкала лжи, F – аггравации и симуляции, K – шкала коррекции; Основные шкалы: 1 – ипохондрии, 2 – депрессии, 3 – истерии, 4 – психопатии, 5 – женственности - мужественности, 6 – паранойи, 7 – психастении, 8 – аутизма, 9 – гипомании, 0 – социальной интроверсии.

Особенности усредненного профиля СМИЛ свидетельствуют о том, что актуальное психическое состояние больных РС характеризовалось психической напряженностью, озабоченностью своим состоянием, пессимистическими тенденциями и некоторой отрешенностью от окружающей действительности. Все это говорит о дезадаптивных явлениях личности. В общем профиле СМИЛ выделяется психологическая депрессивность.

Между показателями шкал СМИЛ и общими суммарными показателями эмоционального состояния (тревоги и агрессии) был проведен корреляционный анализ.

Как видно из рисунка 2, корреляционный анализ между показателями шкал личностного опросника СМИЛ и эмоциональным состоянием по разным тестам выявил только положительные взаимосвязи. Показатель суммарной тревоги по тесту Тейлор оказался взаимосвязан с показателями всех шкал теста СМИЛ. Данные большинства шкал СМИЛ (1, 2, 3, 4, 7, 8) коррелировали также с показателями неосознаваемой тревоги по тесту Люшера, что свидетельствовало о выраженной внутриличностной напряженности.

Сопоставление данных СМИЛ и агрессии по тесту Басса-Дарки показало, что общая агрессия положительно коррелирует только с 9 шкалой (гипоманией). Вместе с тем, обращает на себя внимание отсутствие корреляционных взаимосвязей склонности к агрессии по Hand test с показателями шкал СМИЛ.

Кроме того, наблюдались положительные корреляции всех показателей шкал СМИЛ с депрессией по тесту Зунга.

Таким образом, корреляционный анализ данных эмоционального состояния с личностными показателями свидетельствуют о положительной взаимосвязи дезадаптивных явлений личности с осознанной и неосознанной тревогой (по тесту Тейлор и тесту Люшера), а также депрессией (по Зунгу), в то время как склонность к открытой агрессии (неосознанная агрессия) и общая (осознанная) агрессия такого рода взаимоотношений не имели. Это указывает на разные психологические

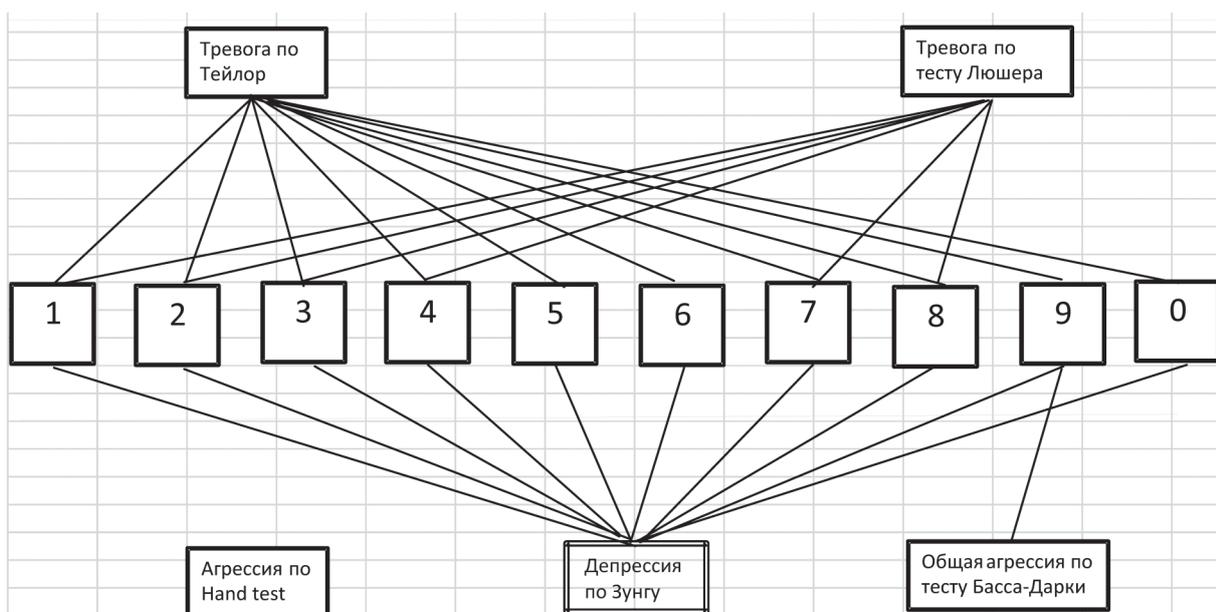


Рис. 2. Достоверные корреляционные взаимосвязи между общими суммарными показателями эмоционального состояния и личностных шкал СМИЛ

Примечание: -- все корреляционные связи положительные, достоверность $p \leq 0,05$.

**Достоверные корреляционные
взаимосвязи между показателями эмоционального состояния
и клинико-anamнестическими данными**

Психологические тесты	Показатели	EDSS	Длительность	Возраст
Тест Тейлор	Суммарная тревога	0,48	-	0,204
Тест Люшера	Тревога	0,38	0,28	-
Тест Зунга	Депрессия	0,48	-	0,22
Тест Басса-Дарки	Общая агрессия	-	-	-
Hand test	Склонность к агрессии	-	-	-

механизмы осознанных и неосознанных процессов с точки зрения согласованности их действия.

Для выявления взаимосвязей между клинико-anamнестическими данными и эмоциональными показателями был также проведен корреляционный анализ.

Выявлены (табл. 1) положительные взаимосвязи между осознанной тревогой (по тесту Тейлор), тяжестью заболевания (по EDSS) и возрастом больных. Обнаружены положительные корреляции между показателями неосознаваемой тревоги по тесту Люшера с тяжестью (по EDSS) и длительностью заболевания. Это подчеркивает значимость осознанной и неосознанной тревоги в общем развитии болезни.

Показатель депрессии по тесту Зунга положительно коррелирует с тяжестью заболевания и возрастом больных, что отражает нарастание пессимизма в процессе прогрессирования болезни.

Корреляционный анализ между показателем общей агрессии по тесту Басса-Дарки и клинико-anamнестическими данными (шкалы тяжести EDSS, длительностью заболевания и возрастом) не выявил достоверных значений. Достоверных взаимосвязей между показателем неосознаваемой агрессии по Hand test и основными параметрами болезни и социального статуса также выявлено не было.

Заключение

Данная работа посвящена изучению эмоциональных нарушений на осознанном и неосознанном уровне при РС. В научном плане такого рода проблемы обсуждаются редко. Как известно, наряду с осознанием многие психические процессы протекают на неосознанном уровне. Развитие представлений о природе неосознанного, особенностях его проявлений, механизмах и функциях при формировании поведения человека является необходимым условием созда-

ния целостной объективной картины психической жизни личности больного человека.

Особенности эмоциональной дисгармонии у больных РС на осознанном и неосознанном уровне были связаны с разной выраженностью эмоциональных нарушений и разной степенью взаимосвязей с клинико-anamнестическими данными. Наиболее выраженными и часто встречающимися у больных РС являлись осознанная и неосознанная тревога, неосознанная скрытая агрессия и пессимистичность (по СМИЛ), в то время как страх (по ИСАС) оказался не характерным для РС.

При этом, тревога как осознанная, так и неосознанная (по тесту Тейлор и тесту Люшера), депрессия (по Зунгу) имели прямую взаимосвязь с тяжестью заболевания и дезадаптацией личности больных, несмотря на исходно разную степень выраженности. В то же время, осознанная и неосознанная агрессия (по тесту Басса-Дарки и Hand test) прямых взаимосвязей с клинико-anamнестическими параметрами не имела. Корреляционные связи между отдельными эмоциональными показателями психологических тестов и личностными данными (по СМИЛ) со шкалой EDSS у больных РС свидетельствуют о прямых взаимосвязях эмоциональных нарушений с ухудшением состояния здоровья и эмоционально-личностной дезадаптацией.

Следовательно, разные виды осознанных и неосознанных эмоциональных процессов по-разному взаимосвязаны с личностной дезадаптацией и параметрами болезни, что создает трудности для диагностики, коррекции и психотерапии.

Вместе с тем, в наших более ранних работах сопоставление психологических показателей и функционального состояния головного мозга (по данным ПЭТ) показало, что реализация нарушений осознанных и неосознанных эмоциональных процессов у больных РС осуществля-

ются разными функциональными ансамблями корковых и подкорковых структур, где ведущее место занимают лобные доли и лимбико-ретикулярная система [7, 10]. Отдельно можно выделить лобные доли, которые играют большую роль в контролирующих, особенно тормозных механизмах эмоционально-личностной сферы.

Таким образом, эмоциональные нарушения при РС на осознанном и неосознанном уровне чрезвычайно важны для диагностики психологического статуса и определения структур-мишеней, необходимых в лечебных целях, психотерапии, коррекционных мероприятиях и для разработки реабилитационных программ, а также дают необходимую информацию о роли и важности осознанных и неосознанных эмоциональных процессов в развитии такого заболевания как РС и подчеркивают их значение в общем патогенезе развития болезни и личностной дезадаптации.

Литература

1. Алексеева Т.Т., Бойко А.Н., Гусев Е.И. Спектр нейропсихологических нарушений при рассеянном склерозе // Журнал невропатологии и психиатрии. – 2000. – Т. 100. – № 11. – С. 15-20.
2. Батаршев А.В. Тестирование. Основной инструментальный практического психолога: Учебное пособие. – 2-изд-е. – М.: «Дело». – 2001. – 240 с.
3. Курбатова, Т.Н. Проективная методика исследования личности «Hand test». – СПб.: Импонтон. – 2001. – 57 с.
4. Немчин Т.А. Состояния нервно-психического напряжения. – Л., Изд-во ЛГУ. – 1983. – 166 с.
5. Рагозинская В.Г. Эмоциональные состояния и их нейрофизиологические корреляты у больных с психосоматическими заболеваниями: автореф. дис. канд. психол. н. – СПб. – 2010. – 24 с.
6. Резникова Т.Н., Терентьева И.Ю., Селиверстова Н.А., Хоменко Ю.Г. О значении психологического исследования для диагностики и лечения больных рассеянным склерозом // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 2007. – Т. 107. – № 7. – С. 36-42.
7. Резникова Т.Н., Селиверстова Н.А., Катаева Г.В., Ароев Р.А., Ильвес А.Г., Кузнецова А.К. Функциональная активность структур головного мозга и склонность к агрессии у больных с длительно текущими заболеваниями ЦНС // Физиология человека. – 2015. – Т. 41 (1). – С. 35-42.
8. Резникова Т.Н., Селиверстова Н.А., Никифорова И.Г., Ароев Р.А. Психологические варианты эмоциональных нарушений у больных рассеянным склерозом // Вестник психотерапии. – 2012. – № 41 (46). – С. 99-109.
9. Резникова Т.Н., Семиволос В.И., Селиверстова Н.А. Осознанные и неосознанные компоненты «внутренней картины болезни» у больных рассеянным склерозом // Сибирский психологический журнал. – 2009. – № 33. – С. 51-56.
10. Резникова Т.Н., Терентьева И.Ю., Катаева Г.В., Семиволос В.И., Ильвес А.Г. Особенности метаболизма структур головного мозга при осознанной и неосознанной тревоге // Физиология человека. – 2008. – Т. 34. – № 5. – С. 1-8.
11. Смудевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М. – 2003. – 432 с.
12. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ). – СПб.: Речь. – 2002. – 217 с.
13. Тимофеев В.И., Филимонок Ю.И. Цветовой тест М. Люшера (стандартизированный вариант). – СПб. – 2000. – 48 с.
14. Щербатых Ю.В. Психология страха. Популярная энциклопедия. – М. – 2007. – 512 с.
15. Якимова В.И. Эмоциональные нарушения в клинике и лечении рассеянного склероза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск. – 2005. – 22 с.
16. Caine E.D., Schwid S.R. Multiple sclerosis, depression and the risk of suicide // Neurology. – 2002. – Vol. 59. – P. 662-663.
17. Kurtzke J.F. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expand disability status scale (EDSS) // J.F. Kurtzke // Neurology. – 1983. – Vol. 33, № 12. – P. 1444-1452.
18. Patten S.B., Beck C.A., Williams J.V., et al. Major depression in multiple sclerosis: population-based perspective // Neurology. – 2003. – 61 (11). – P. 1524-1527.

Н.А. Селиверстова

Тел.: 8-921-321-16-18

E-mail: seliv_nat@mail.ru

Т.Н. Резникова, Н.А. Селиверстова. О значении осознанных и неосознанных эмоциональных процессов при рассеянном склерозе // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета. – 2017. – Т. 9. – № 3. – С. 53-58.

**ABOUT VALUE OF CONSCIOUS AND UNCONSCIOUS
EMOTIONAL PROCESSES AT MULTIPLE SCLEROSIS***T.N. Reznikova, N.A. Seliverstova*

N.P. Bechtereva Institute of the human brain, St. Petersburg, Russia

Research of conscious and unconscious emotional processes at 167 patients with multiple sclerosis in a condition of remission was conducted. The conscious and unconscious alarm (according to tests Taylor and Lusher), conscious and unconscious aggression (according to Bass-Darky test and Hand test) in comparison to indicators of personal scales on the Standardized multidimensional personal questionnaire and the clinical and anamnestic of data was studied. At most of patients the high level of conscious and unconscious anxiety, the increased unconscious aggression at standard values of the general conscious aggression is revealed. The correlation analysis between indicators of emotional processes of the personality and clinical and anamnestic data revealed reliable interrelation of conscious and unconscious alarm, and also a depression (according to the test of Zung) with the phenomena of personal disadaptation and disease severity while conscious and unconscious aggression (on the general indicators) such relationship was no that is important for psychological diagnostics and rehabilitation.

Keywords: conscious and unconscious emotions, personality, multiple sclerosis.

Authors

N.A. Seliverstova

Тел.: 8-921-321-16-18

E-mail: seliv_nat@mail.ru

T.N. Reznikova, N.A. Seliverstova. About value of conscious and unconscious emotional processes at multiple sclerosis // Herald of the Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov. – 2017. – Т. 9. – № 3. – P. 53-58.