

В.Г. БУДЗА, В.Ю. АНТОХИН

**НЕВРОЗЫ ПОЗДНЕГО
ВОЗРАСТА**

УДК 616.85:616-053.9

ББК 56.145.81:57.4

Б90

Рецензенты:

Карвасарский Б.Д., руководитель отделения неврозов и психотерапии ФБГУ «Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева», главный специалист-эксперт по психотерапии Росздравнадзора МЗ и СР РФ, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ;

Любов Е.Б., руководитель отдела суицидологии ФБГУ «Московский НИИ психиатрии» МЗ и СР РФ доктор медицинских наук, профессор.

Б90 Будза, В.Г. Неврозы позднего возраста/ В.Г.Будза, Е.Ю.Антохин. – Оренбург: Изд-во ОрГМА, 2011 г. – 284 с.

ISBN 978-5-91924-026-6

Монография посвящена клинико-психопатологическим особенностям неврозов позднего возраста в современных макросоциальных условиях. Представлены данные исследования патогормирующих и патопротекторных факторов в сравнительно-возрастном (больные неврозами до 45 лет и после 45 лет) и гендерном аспектах при неврозах, обозначены пути их диагностики, а также подходы к терапии.

Монография ориентирована на врачей-психиатров, психотерапевтов, психологов.

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. РАЗВИТИЕ УЧЕНИЯ О НЕВРОЗАХ. СОВРЕМЕННОЕ ПОНИМАНИЕ ПРОБЛЕМЫ.....	6
1.1. Биопсихосоциальная модель невротических расстройств (неврозов)....	6
1.2. Психогенез и психопатологическая структура неврозов позднего возраста.....	29
ГЛАВА 2. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАБЛЮДЕНИЙ И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	43
ГЛАВА 3. КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЗОВ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА.....	52
3.1. Психогенные факторы неврозов позднего возраста.....	52
3.2. Психопатология истерического невроза в позднем возрасте... ..	66
3.3. Клинические особенности невращения в позднем возрасте... ..	103
3.4. Семиотика обсессивно-фобического невроза в позднем возрасте..	119
ГЛАВА 4. СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ, МЕХАНИЗМЫ ЭГО-ЗАЩИТЫ И КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ ПРИ НЕВРОЗАХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА	130
4.1. Патоформирующая роль личности в этиологии неврозов позднего возраста.....	130
4.2. Патопротекторная функция механизмов Эго - защиты при неврозах позднего возраста.....	139
4.3. Особенности копинг-поведения при неврозах позднего возраста	151
ГЛАВА 5. НЕКОТОРЫЕ МЕТОДЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ПРИ НЕВРОЗАХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА	176
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	210
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	230
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	250

ВВЕДЕНИЕ

Увеличение числа пожилых людей и геронтологической патологии, значимый удельный вес в которой составляют невротические расстройства, определённые трудности диагностики их в возрасте инволюции создают предпосылки для дальнейшего изучения этиопатогенетических факторов, способствующих становлению и развитию данного вида психопатологии.

Большинство отечественных и зарубежных авторов связывают рост в последние 15-20 лет пограничных и, в частности, невротических расстройств с влиянием на личность таких макросоциальных факторов, как резкие перемены в социально-экономической и духовной жизни общества, общественном сознании, образе жизни миллионов людей. Эти перемены сопровождаются разрушением привычного (особенно у пожилых людей) жизненного стереотипа, системы ценностных ориентаций, идеалов, устоявшегося мировоззрения (Александровский Ю.А., 1996, 2000; Положий Б.С., 1996; Зозуля Т.В., Грачёва Т.В., 2001; Mayer K.U., 1996; Schulz P., Steimer T., 2000; Guenon R., 2001).

Отмечается, что популяционные исследования в области малой и пограничной геронтопсихиатрии намного опередили собственно клиническое изучение непсихотических расстройств у лиц позднего возраста (Сергеев И.И., 1984; Тибилова А.У., 1986; Михайлова Н.М., 1998; Полищук Ю.И., 1998, 2000; Hoffman L., 1982; Heuft G., 2000; Alexopoulos G.S., 2001).

До настоящего времени не сложилось определённого взгляда на механизмы возникновения неврозов в возрасте инволюции. Диагностируются невротические состояния в позднем возрасте довольно ограниченно, так как период старения протекает на фоне сосудистых, эндокринных нарушений (Мясищев В.Н., 1960; Авербух Е.С., Телешевская М.Э., 1976; Штернберг Э.Я., 1977; Михайлова Н.М., 1998; Смулевич А.Б., 2003; Freeman E.W., 2002; Gur R.E., Gur R.C., 2002).

Современные подходы к проблеме пограничных психических расстройств требуют более глубинного изучения патогенетических факторов, таких как механизмы психологической защиты и копинг-поведение при

неврозах позднего возраста, которые остаются неизученными, тем более, что их роль определяется не только протекторной, но и патопротекторной функциями.

Системно-структурированное исследование патогормирующих и патопротекторных факторов, обуславливающих закономерности развития и клинические особенности неврозов позднего возраста, способствует усовершенствованию дифференциальной диагностики и эффективной психотерапии. Изучение и решение этих проблем определяют выраженную актуальность, значимость и современность данной работы.

ГЛАВА 1.

РАЗВИТИЕ УЧЕНИЯ О НЕВРОЗАХ. СОВРЕМЕННОЕ ПОНИМАНИЕ ПРОБЛЕМЫ

1.1. Биопсихосоциальная модель невротических расстройств (неврозов)

Взгляды на невротические расстройства (неврозы) с момента их обозначения изобилуют разнообразными принципиально отличными тенденциями в понимании их сущности.

Fernel в 1540 г. (цит. по Каннабих Ю.В., 1929) утверждал, что «нервность» зависит от неких «паров» (vapores), поднимающихся от видоизменённого в своём составе семени или менструальной крови и своим присутствием влияющих на общее самочувствие. Теория «паров» и «атаксии» в той или иной модификации господствовала при объяснении невротических расстройств до конца XVIII в. (Александровский Ю.А., 1991, 2000).

Понятие «невроз» было введено в 1776 г. W. Cullen (цит. по Т.И. Юдин, 1935) в «Медицинском руководстве», и обозначало «те поражения чувств и движений, которые зависят не от местного поражения самого органа, а от более общего страдания, от которого зависят все вообще движения...». Соответственно пониманию регуляции «...всех вообще движений...» нервной системой, W. Cullen и дал данным «страданиям» название «неврозы» (цит. по Т.И. Юдин, 1935).

Эволюция учения о неврозах включала биогенетическое, психогенетическое и социогенетическое направления, отражающие различные взгляды исследователей на происхождение и механизмы, на значение объективного и субъективного, а также на терапию этих заболеваний (Ташлыков В.А., 1986).

Биогенетическое направление, акцентирующее внимание на роли «органической почвы» при неврозах, основывалось на том, что субъективные жалобы всегда находят обоснование в органических нарушениях и любое

функциональное расстройство происходит в результате нарушений в субстрате, которые можно будет обнаружить при дальнейшем совершенствовании техники исследования (Raimond F., 1896, цит. по А.Л.Эпштейн, 1927). Психической травме, переживаниям больного придавалось несущественное значение. В дальнейшем в этом направлении стали распространёнными представления о ведущей роли в генезе невроза конституционального предрасположения (Эпштейн А.Л., 1927).

На этапе неудовлетворённости концепциями «органических» и конституциональных факторов происхождения неврозов получило развитие патофизиологическое их понимание, основанное на работах И.П. Павлова. Согласно И.П.Павлову (1951), невроз – это патологическое состояние высшей нервной деятельности, вызванное воздействием перенапряжения раздражительного, тормозного процессов в результате неблагоприятных влияний на психику трудных жизненных обстоятельств и потрясений, т.е. невроз – это срыв высшей нервной деятельности вследствие перенапряжения раздражительного или тормозного процессов или их подвижности (Давиденков С.Н., 1963). На основе учения И.П.Павлова, а также работ J. B. Watson (1925), E. L. Thorndike (1932), B.F. Skinner (1953, 1969, 1971) возникло бихевиористское направление (Карвасарский Б.Д., 1999, 2002), по мнению представителей которого, неврозы – это выученные, неправильные и неприспособленные формы поведения – «нет невроза, лежащего в основе симптома, а есть только сам симптом» (Eysenck H.J., Rachman S., 1967; Wolpe J., 1958, 1973, 1980). Причины и поддерживающие условия симптомов или отклонений поведения следует искать в конкретных обстоятельствах конкретного же случая (Schulte D., 1996).

Возникновение психогенетического направления в трактовке невроза основывалось на признании ведущей роли психических факторов в его происхождении. Это, в первую очередь, относится к психоаналитическим концепциям, где большое значение в патогенезе неврозов придавалось конфликту между инстинктивными бессознательными тенденциями человека

и социальными требованиями среды. Существом невроза по З. Фрейду (1923) являлся конфликт между стремлением к удовлетворению сексуального влечения и отказом от него со стороны «супер-Эго» или «цензуры Я». При неразрешимости конфликта он вытесняется в сферу бессознательного - «Оно». Если защитные механизмы личности оказываются неэффективным средством противодействия неврозу, то благодаря энергии либидо вытесненный комплекс приобретает силу и воплощается в невротических синдромах, замещающих удовлетворение («символическое») либидо. Таким образом, неврозы – психогенные расстройства, имеющие символическое выражение психического конфликта, причины которого нужно искать в истории детства субъекта; симптомы представляют собой компромиссные образования между желанием и защитой (Laplanshe J., Pontalis J.B., 1973). В психоанализе считается, что отдельные формы неврозов являются следствием нереализованных задач развития. Возникающий впоследствии стиль взаимодействия «Я» с инстинктивными побуждениями и требованиями внешнего мира определяется специфической для фазы развития сексуальностью. Оральный, анальный или генитальный характер оформляется как типичная структура личности, соответствующая истории инстинкта в данных психосексуальных фазах. В случае каких-либо неудач закрепляется невротическая структура характера или появляется диспозиция к какому-то более позднему невротическому расстройству. Упрощённо говоря, травматический опыт в оральной фазе делает человека уязвимым к шизофрении и депрессивным расстройствам, в анальной фазе – к навязчивым расстройствам, а в генитальной фазе – к истерическим расстройствам.

В классической теории психоанализа различаются следующие типы неврозов (Томэ Х., Кэхеле Х., 1996; Карвасарский Б.Д., 2000):

1. Психоневроз, который обусловлен причинами, относящимися к прошлому, и объясним только в терминах личности и истории жизни. Существует 3 типа психоневрозов: это - истерическая конверсия,

истерический страх (фобия) и невроз навязчивых состояний. Симптомы этих неврозов можно интерпретировать как конфликт между Эго и Ид.

2. Актуальный невроз обусловлен причинами, относящимися к настоящему, и объясним в терминах сексуальных привычек пациента. Он является физиологическим последствием нарушений в половом функционировании. 3. Фрейд разграничил две формы: неврастению как результат половых излишеств и невроз тревоги как результат отсутствия облегчения от полового возбуждения.

3. Нарциссический невроз, при котором пациент не способен к образованию переноса на психоаналитика в процессе психоанализа чувств, испытываемых им к другим людям в раннем детстве. З.Фрейд приравнивал данный вид невроза к психозам (цит. по Х. Томэ, Х. Кэхеле, 1996).

4. Невроз характера – в этом случае симптомы являются чертами характера.

5. Травматический невроз, который вызывается потрясением (находится в близких дефинициях с современной концепцией посттравматического стрессового расстройства).

6. Трансферентный невроз («искусственный невроз») - возникает в ходе психоанализа в результате включения механизмов переноса, что приводит к «повторным» переживаниям пациентом ситуаций, которые привели к развитию патологических симптомов.

В современных концепциях, придерживающихся психоаналитической модели, ориентируются на дифференцирование функций «Я» (Loch W., 1977; Kernberg O.F., 1988; McWilliams N., 1994; Mertens W., 1996) и на теоретическое осмысление развития в аспекте мотивации – перспективы. Особенное значение имеют новые взгляды на эмоциональное развитие, полученные на основе исследований отношений привязанности, в результате чего узкие представления о психосексуальном развитии сменились расширенной теорией эмоционального развития. В основе этих новых концепций лежит развитие человеческих базовых потребностей и

нарциссические потребности (Hoffmann S.O., Hochapfel G., 1995). Исследования гипотез, касающихся эдипова комплекса (Greve W., Roos J., 1996) заставляют сомневаться, что судьба ранней детской сексуальности является решающим и дифференциальным фактором для последующего развития расстройств. Более важными представляются длительные нарушения интеракции и стрессовые переживания, связанные с разлукой: благодаря им формируются такие схемы и внутренние репрезентации себя, близких и окружающего мира, которые повышают уязвимость к расстройствам или напрямую вызывают их (Stern D.N., 1995). Хотя конкретные выводы о возникновении невроза и развитии определённых способов поведения, согласно психоанализу, не нашли серьёзного подтверждения, тем не менее, основной его постулат о том, что опыт раннего детства может иметь протекторное воздействие или способствовать развитию невроза – во многом соответствует современным знаниям. С одной стороны, в нескольких долговременных исследованиях был доказан ряд несомненных биографических факторов риска для возникновения невротических расстройств (Egle U.T., Hoffmann S.O., Joraschky P., 1997; Пеппе М., Бауманн У., 2002), но, с другой стороны, эти работы показали, что в настоящее время в вопросе о комплексном взаимодействии между патоформирующими, патопротекторными факторами или между биологическими (в том числе генетическими), психическими и социальными факторами в генезе невроза ещё слишком много неясного, чтобы можно было сделать чёткие прогностические замечания по поводу данного заболевания.

Развитие психоаналитической теории привело к зарождению социогенетического направления с базисной концепцией «гуманистического (культурального) психоанализа». Её основой являются взгляды Е.Fromm (1959, 1964, 1993, 1998), который выделял две основные потребности в развитии жизнедеятельности человека: это потребность в самовыражении, при удовлетворении которой возможно сохранение самоидентичности и

внутренней свободы, и потребность в избегании свободы, так как последняя порождает чувство одиночества и ведёт к отчуждению.

Развивая свои идеи, E.Fromm отмечал, что разделение переживаний на сознательные и бессознательные обусловлено не врожденными влечениями, а специфической селекцией адекватных и неадекватных существующему социальному устройству особенностей характера. В процессе такой селекции из широкого спектра человеческих возможностей выбираются лишь желательные, социально одобряемые формы поведения. E. Fromm полагал, что бессознательное — это почти всецело продукт социума, а появление бессознательного именно в этом его качестве обусловлено страхом изоляции, которая может возникнуть при выражении подлинных (но запрещенных конкретным социумом) чувств и желаний индивида. Следовательно, невроз нужно рассматривать как способ редукции конфликта, избавления от чувства ответственности.

Создатель интерперсональной теории H. S. Sullivan (1953, 1973, 1999) считал, что причиной невроза является нарушение межличностных отношений, особенно между матерью и ребёнком. Неудовлетворённая потребность в безопасности ведёт к возникновению страха, который является основной психической энергией, а динамика личности выражается постоянным стремлением к снижению напряжения, вызванного страхом. Невроз - результат формирования иррациональных механизмов снижения страха.

Существует точка зрения, вытекающая из позитивной психотерапии N. Peseschkian (1978, 1993), основанной на синтезе психоанализа и концепции отношений, согласно которой каждый человек обладает двумя способностями: способностью к познанию и способностью к любви. Подавляемые и односторонне проявляющиеся способности становятся возможным источником конфликтов и нарушений, как в личностной сфере, так и в межличностных отношениях, что может привести к неврозу и психосоматическим заболеваниям.

Неврозы, по представлениям экзистенциалистов, это особые формы

отчуждённого существования человека. V.E. Frankl (1956, 1961, 1962, 1972, 1973, 1990, 2001) выдвинул в качестве основной потребности человека потребность в смысле жизни, а невозможность её удовлетворения определил как экзистенциальную фрустрацию. С. В. Rogers (1951, 1959) в своей оригинальной теории понимал человека как неповторимую личность, стремящуюся к самореализации и преодолевающую отрицательное влияние общества. Крайним выражением взглядов этого направления являются позиции «антипсихиатрии». Мнение, что социальные условия являются не только причинами индивидуальных расстройств, но сами изначально по своему содержанию являются патологическими, высказывалось представителями семейной терапии (Hoffmann L., 1982). Патология заключена в социальной системе (семье), в интеракции, коммуникации и отношениях членов системы между собой. Отклонения у отдельных лиц – только следствие или выражение этого социального, не индивидуального «базисного нарушения».

Таким образом, приведенные концепции в определённой степени рассматривали невротические расстройства односторонне, считая базисной в генезе невроза, либо органическую, либо психологическую, либо социальную составляющую.

В современном понимании зарубежной психиатрии неврозы являются психогенными, преимущественно обусловленными влиянием окружающего мира заболеваниями, вызывающими нарушения психического и/или телесного и/или личностного плана (Heuft G., 2000). Психоаналитическая трактовка видит в неврозах недостаточную переработку неосознанных, по своему генезу инфантильных, конфликтов и травм. Теория условных рефлексов подчёркивает генетическое значение средовых факторов, вызывающих неудачные, слишком слабые рефлексы. Экзистенциально-гуманистические концепции определяют неврозы как «данность», определённый тип существования в окружающем мире в результате нереализованной потребности в обретении смысла жизни, самоактуализации.

Взгляды на неврозы в советской, а в дальнейшем российской психиатрии отличались мультифакторным подходом.

В развитии неврологии в СССР определяющим являлось учение о высшей нервной деятельности И.П.Павлова (1951), но в отличие, например, от бихевиоризма психологическая и социальные составляющие во взглядах советской психиатрии на неврозы также являлись одними из основных факторов этиологии невроза. Именно отнесение невроза к психогенным заболеваниям всегда характеризовало советскую, а затем российскую неврологию, а с сегодняшних позиций определяет биопсихосоциальную модель невротического расстройства.

По мнению Е.С. Авербуха, М.Э.Телешевской (1976), неврозы – это нервно-психические состояния, обусловленные в основном переживаниями и аффективным напряжением человека в связи с травмирующими его обстоятельствами.

В качестве травмирующих (психотравмирующих) обстоятельств В.Я. Семке (1988) отдавал предпочтение микросоциальной ситуации и одним из патогенетических механизмов считал непреодолимую личностную потребность ликвидировать создавшееся положение.

Согласно взглядам А.Б. Смулевича (2000), невротические расстройства (неврозы) – это группа болезненных состояний, связанных с воздействием психотравмирующих факторов (события, требующие сложных альтернативных решений, ситуации, порождающие неопределённость положения, представляющие угрозу для будущего).

Одной из центральных в патогенетической концепции неврозов является проблема психологического конфликта. Само понятие конфликта пришло, как упоминалось выше, из психоанализа (Фрейд З., 1923). О конфликте, имеющем значение для развития невроза, упоминает М.О. Гуревич (1949), характеризующий конфликт «...как следствие невозможности астенизированного невропата разрешать противоречия и трудности».

В современной отечественной литературе этиопатогенез неврозов рассматривается, прежде всего, с точки зрения патогенетической концепции В.Н. Мясищева, сформулированной в 1960 г. на основе психологии отношений (Мясищев В.Н., 1960; Мишина Т.М., 1972; Мурзенко В.А., 1975; Мягер В.К., 1976; Карвасарский Б.Д., 1980, 1982, 1985, 2000; Исурина Г.Л., 1982; Ташлыков В.А., 1984; Александровский Ю.А. с соавт., 1991; Бабин С.М., 1996; Фунин Р.Е., 1998; Александровский Ю.А., 2000), в которой также звучит значимость внутриличностного конфликта в генезе невроза.

В соответствии со своей патогенетической концепцией, В.Н.Мясищев (1960) рассматривал невроз, как нарушение системы особо значимых отношений личности, имеющих выраженные эмоциональный и мотивационно-поведенческий компоненты. Одним из самых главных типов нарушений системы отношений больных неврозами и является внутриличностный конфликт. Сущностью невротического конфликта является выраженная противоречивость значимых отношений, и она становится патогенной и приобретает характер невротического конфликта лишь в том случае, если этот конфликт не может быть конструктивно разрешен из-за недостаточного его осознания (Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1996). Таким образом, невроз, по определению В.Н. Мясищева, психогенное заболевание, в основе которого лежит неудачно, нерационально и непродуктивно разрешаемое личностью противоречие между нею и значимыми для неё сторонами действительности, вызывающее болезненно тягостные переживания с неумением найти рациональный и продуктивный выход, что влечёт за собой психическую и физиологическую дезорганизацию личности.

Ученик В.Н.Мясищева Б.Д. Карвасарский (1990, 2002) определяет невроз как «психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, возникающее в результате нарушения особенно значимых жизненных отношений человека, проявляющееся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений».

Значимость конфликта в генезе невроза обозначается и в ряде других определений: невроз - психогенное заболевание, возникающее на фоне особенностей личности и недостаточности психической защиты с формированием невротического конфликта, проявляющееся функциональными нарушениями в эмоциональной, вегетативной и соматической сферах (Айрапетянц М.Г., Вейн А.М., 1982); невроз – обусловленное фрустрацией нервно-психическое расстройство непсихотического регистра, в основе которого лежит аутопсихический конфликт (Войтенко Р.М., 2002).

Обозначается три основных типа внутриличностных психологических конфликтов, соответствующих трём основным формам неврозов, выделяемых в российской психиатрии: истерический – при истерическом неврозе; психастенический - при обсессивно-фобическом неврозе; неврастенический – при неврастении. Отмечая особенности конфликта истерического типа, нетрудно убедиться в том, что чрезмерно завышенные претензии личности в сочетании с недооценкой реальных возможностей создают непреодолимое препятствие в реализации желаемых результатов во внешнем мире (Мишина Т.М., 1972; Случевский Ф.И., 1974; Мягер В.К., 1976; Семке В.Я., Аксёнов М.М., 1996). Истерический внутриличностный конфликт определяется, прежде всего, чрезмерно завышенными претензиями личности, всегда сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий или требований окружающих (Мясищев В.Н., 1960; Карвасарский Б.Д., 1990, 2002). Постоянная ориентация больных истерическим неврозом на успех без учёта реальных обстоятельств жизни создаёт характерный для них способ выхода из «трудных» для них ситуаций с преобладанием интернального контроля над средовым (Тарабрина Н.В., 1971; Курганский Н.А., 1989; Duke M.P., Fenhagen E., 1974).

Особенности конфликта психастенического типа связаны с противоречивыми внутренними тенденциями и потребностями, борьбой между

желанием и долгом, между моральными принципами и личностными привязанностями. Непосредственной причиной появления навязчивых страхов является предвосхищение психотравмирующей ситуации (Яковлева Е.К., 1958; Асатиани Н.М., 1967; Карандашева Э.А., 1974; Липгарт Н.К., 1978; Немчин Т.А., 1983). Субъективное прогнозирование угрозы становится для них источником психического напряжения и тревоги, фабулизация которой снижает уровень неопределённости и выполняет функцию психологической защиты (Grincer R.R., Spiegel J. P, 1945; Ibor L., 1961).

Неврастенический тип внутриличностного конфликта формируется чаще всего в условиях, когда постоянно стимулируется нездоровое стремление к личному успеху без реального учёта сил и возможностей, чему способствуют высокие требования, предъявляемые возрастающим темпом и напряжением современной жизни. Чувство переутомления, недостатка энергии, меньшей продуктивности в работе, характерное для больных неврастенией (Малкова Л.Д., 1977; Родштат И.В., 1979; Александровский Ю.А., 2000; Войтенко Р.М., 2002), представляет собой результат расходования энергии на создание различных невротических механизмов. Вместе с тем, все астенические состояния при неврозах, и в первую очередь при неврастении, служат своеобразной защитой (протекторной/патопротекторной) от возможного вовлечения в ситуации, связанные с напряжением и тревогой (Sokolik Z., Malewski J., 1965).

Отсутствие единого взгляда на этиопатогенетические механизмы развития неврозов создаёт проблему их классификации. В российском издании МКБ – 10 (Классификация психических и поведенческих расстройств – СПб., 1994) понятие «невроз» оставлено не в качестве основополагающего смысла, а для облегчения идентификации тех психогенных нарушений, которые теперь обозначены как «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». Большинство отечественных авторов указывает на противоречивость идеологии, систематики и диагностических критериев невротических расстройств в соответствии с МКБ – 10 (Александровский Ю.А., 2000; Войтенко Р.М.,

2002; Карвасарский Б.Д., 2002; Сергеев И.И., 2003), и в предисловии к русскому изданию МКБ – 10 отмечается, что «МКБ – 10 предназначена, прежде всего, для статистических целей ... и она не должна подменять собой концептуальных классификаций, сохраняющих своё значение для психиатрической науки и практики» (цит. по С.Ю. Циркин, 1994, стр. 6).

В соответствии с отечественной классификацией выделяются три формы невротизма: невротизация, истерический невроз, обсессивно-фобический невроз (Портнов А.А., Федотов Д.Д., 1957; Матвеев В.Ф., 1975; Ушаков Г.К., 1978; Святощ А.М., 1982; Александровский Ю.А., 2000; Карвасарский Б.Д., 1980, 1990, 1999, 2000, 2002).

Особое значение при анализе психогенеза невротизма имеет изучение патогенеза (факторы уязвимости), способствующих становлению или повышающих риск возникновения расстройства, и протекторных факторов, защищающих или снижающих риск развития расстройства (Veith I., 1965; Laireiter A., Baumann U., 1988; Reiss D.R., Price R.H., 1996). Патогенез и протекторные факторы могут локализоваться внутри или вне самого индивида (изнутри - конституциональные особенности, извне - психогенные факторы); они могут относиться к разным плоскостям функционирования личности: биологической/соматической (генетический риск, сопутствующий соматический процесс, возрастные изменения, пол), психической (психологические особенности личности, структура механизмов психологической защиты), социальной (влияние макросоциальных и микросоциальных факторов, например, недостаточная социальная поддержка). Концептуально выделяют патогенез и протекторные факторы, однако, взаимные отношения между ними и внутри них до сих пор остаются неясными (Перре М., Бауманн У., 2002).

Н.О. Veiel, U. Baumann (1992) среди протекторных выделяют факторы, выполняющие функцию не только предохраняющую или защищающую от развития невроза (протекторная роль), но и способствующую поддержанию уже развившегося невротического расстройства, тем самым превращаясь в

свою полную противоположность (патопротекторная роль). Двухполюсная дифференциация одного и того же фактора (протекторная/патопротекторная) в структуре адаптационных механизмов человека наиболее показательна на примере механизмов психологической защиты (МПЗ) и копинг-механизмов.

Концепция психологической защиты впервые была сформирована в рамках психоанализа для определения глубинных психических процессов, направленных на ослабление или устранение внутриличностного конфликта и подразумевала защиту «Я» от угрозы «Оно» (Фрейд З., 1923). Согласно З.Фрейду, защитные механизмы являются врождёнными и запускаются в экстремальной ситуации, выполняя функцию снятия внутреннего конфликта. З.Фрейд создал прототип всех механизмов защиты – вытеснение – и соотнёс его со спецификой пациента в его переживаниях и в симптоматике. Он относил психологическую защиту к вторичным психическим процессам, противопоставляя их в определённой степени первичным (воображение, сновидение, грезы). В последующем концепция психологической защиты развита дочерью З.Фрейда Анной Фрейд (Freud A., 1946). А. Фрейд внесла в базовую концепцию З.Фрейда определённые коррективы: а) акцентировалась роль механизмов защиты в разрешении внешних, т.е. социогенных конфликтов; б) механизмы защиты рассматривались как продукты развития и научения. В её понимании функцией механизмов защиты является предохранение «Я» от тревоги, обусловленной: а) ростом инстинктивного напряжения; б) угрозами «сверх-Я» или в) реальной опасностью. Е. Alexander (1980), К. Хорни (1993), реконструируют теорию механизмов психологической защиты без обращения к понятию «Оно» с его инстинктивными влечениями; на его место они ставят борющиеся между собой стремления к безопасности и удовлетворению, конфликт между которыми вызывает вытеснение. При этом К. Хорни использует МПЗ А.Фрейда, которые она классифицирует по рубрикам реактивных образований и проекций. Несмотря на то, что учение о психологической защите получило широкое распространение в качестве одного из инструментов при

рассмотрении вопросов психогенеза неврозов (Ташлыков В.А., 1992; Таукенова Л.М., 1996; Носков Г.Г., 2000; Fenichel O., 1945; Horney K., 1950; Jakubik A., 1979, 1982), до сих пор не существует систематизированных знаний об этих глубинно-личностных свойствах. Ряд авторов (Савенко Ю.С., 1974; Вассерман Л.И. с соавт., 1999; McWilliams N., 1994; Томэ Х., Кэхеле Х., 1996) вообще говорят о том, что психологическая защита - наиболее противоречивый вопрос психоанализа, приводя следующие аргументы: отсутствие общепринятых определений и классификаций, единого мнения по поводу их количества, критериев разделения, дифференцированности на нормальные и патологические, понимания их роли в формировании расстройств личности и невротических симптомов. Цель психологической защиты – снижение эмоциональной напряжённости и предотвращение дезорганизации поведения, сознания и психики в целом. МПЗ обеспечивают регуляцию, направленность поведения, редуцируют тревогу и эмоциональное напряжение (Березин Ф.Б., 1988; Вассерман Л.И. с соавт., 1999). В этом участвуют все психические функции личности, но каждый раз в качестве МПЗ выступает преимущественно одна из них и берёт на себя основную часть работы по преодолению негативных переживаний. По мнению многих авторов (Савенко Ю.С., 1974; Ташлыков В.А., 1992; Таукенова Л.М., 1996; Вассерман Л.И. с соавт., 1999; Носков Г.Г., 2000; McWilliams N., 1994; Томэ Х., Кэхеле Х., 1996), защитные механизмы имеют следующие общие свойства: они действуют в ситуации конфликта, фрустрации, психотравмы, стресса; их действие осуществляется в подсознании, индивид не осознаёт, что с ним происходит; они отрицают, искажают или фальсифицируют действительность, что в конечном итоге не только не способствует рациональному разрешению психотравмирующей ситуации, но и усугубляет её (патопротекторная роль психологической защиты).

Единой классификации МПЗ не существует, хотя имеется множество попыток их группировки по различным основаниям.

Л.И. Вассерман с соавт. (1999), N. McWilliams (1994), по уровню зрелости разделяют МПЗ на первичные протективные – отрицание,

регрессия, реактивное образование, первичные формы вытеснения; вторичные дефензивные (высшего порядка) – рационализация, интеллектуализация, проекция, компенсация, замещение. Первичные МПЗ считаются более примитивными, не допускают поступления конфликтной и травмирующей личностной информации в сознание и, тем самым, чаще становятся патопротекторными. Дефензивные МПЗ более зрелые, они частично допускают травмирующую информацию в сознание, но интерпретируют её «безболезненным» для себя образом (большая протективность в сравнении с первичными МПЗ). Имеются также различные интерпретативные подходы к функции МПЗ и связанные с этим классификации (Villiant J., 1971; Grzegolowska H.J., 1976; Fitzgerald R.V., 1992; McWilliams N., 1994).

Психоэволюционная теория эмоций Роберта Плутчика, структурная теория личности Генри Келлермана (Plutchik R., Kellerman H., Conte H., 1979; Plutchik R., 1980) и теории дискретных эмоций (Izard, C.E., 1979; Tomkins S., 1982; Temoshok L., van Dyke C., Zegans L.S., 1983; Scherer K.R., 1984) предлагают специфическую сеть взаимосвязей между различными уровнями личности: уровнем эмоций, защитой и диспозицией (наследственной предрасположенности к психическим заболеваниям). В теории Г. Келлермана пересекаются психоаналитические и социобиологические концепции, которые отражают взаимосвязь защитных механизмов и эмоций. Согласно этой теории отдельные МПЗ предназначены для регуляции определённых эмоций. Существуют восемь основных механизмов защиты, которые взаимодействуют с восемью основными эмоциями и проявляют как качества полярности, так и схожести. МПЗ другого типа участвуют, главным образом, в формировании черт характера (так называемые идентификационные защиты). Основные диагностические типы образованы характерными для них стилями защиты, личность может пользоваться любой комбинацией МПЗ, все защиты в своей основе имеют механизм вытеснения, который первоначально возник для преодоления тревоги и чувства страха. R. Plutchik

et al. (1979) при изучении связи между эмоциями и диагностическими диспозициями исходили из того, что базовый (основной) диагноз, называемый диспозицией, является унаследованным и каждая из личностных диспозиций связана как с определённой эмоцией, так и с определённым защитным механизмом (приложение 1). Вместе они образуют систему, структурированную таким образом, что соседние секторы её обозначают сходные диспозиции (например, мания и истерия), а противоположные – противоположные (например, мания и депрессивная). Выделены следующие виды диспозиций с соответствующими эмоциями и типами психологической защиты: 1) диспозиция мании: преобладающая эмоция – радость, тип защиты – реактивные образования; 2) диспозиция истерии: эмоции принятия, тип защиты – отрицание; 3) агрессивная диспозиция: основная эмоция – гнев (раздражение), основная защита – замещение; 4) диспозиция психопатии: эмоция – удивление, защита – регрессия; 5) депрессивная диспозиция: эмоция – печаль, защита – компенсация; 6) параноидальная диспозиция: эмоция – отвращение, защита – проекция; 7) пассивная диспозиция: эмоция – страх, защита – подавление (вытеснение); 8) обсессивная диспозиция: эмоция – ожидание, защита – рационализация.

Попытки переосмыслить с позиций «материалистической» психологии и методологического аппарата основные теоретические представления психоанализа и, в частности, концепцию психологической защиты в нашей стране начались с 60-70 гг. XX столетия (Бассин Ф.В., 1969). В области проблемы психологической защиты отечественными авторами выдвигается ряд терминов, обозначающих понятие МПЗ: защитные процессы, защитные механизмы, невротическая психологическая защита и психотическая защита (Воловик В.М., Вид В.Д., 1975; Ротенберг В.С., 1986; Бассин Ф.В., Бурлакова Н.К., Волков В.Н., 1988; Журбин В.И., 1990; Ташлыков В.А., 1992; Воробьёв В.М., Коновалова Н.Л., 1996; Безносюк Е.В., Соколова Е.Д., 1997; Грановская Р.М., 1997). Серьёзный вклад в понимание этого вопроса внёс Д.Н. Узнадзе (1966), разработавший теорию системы установок. По Д.Н. Узнадзе, существующие

вне сферы сознания установки играют роль в выборе поведения. Наличие подвижных, быстро приспосабливаемых к меняющимся условиям среды установок является фактором, противодействующим возникновению невроза или способствующим успешному разрешению невротического конфликта. Противоположное влияние оказывают ригидные установки.

По определению Ф. Б. Березина (1988), психологическая защита – это процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности, которая позволяет индивидууму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели при сохранении психического и физического здоровья. В свете психологии отношений В.Н.Мясищева (Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1997) механизмы психологической защиты понимаются как система адаптивных, как правило, неосознаваемых реакций личности, направленных на защитное изменение значимости дезадаптивных компонентов отношений – когнитивного, эмоционального, поведенческого с целью ослабления их психотравмирующего воздействия на больного.

Л.М. Таукиеновой (1996) выявлены различия в структуре и выраженности МПЗ у больных неврозами и здоровых людей разной национальности (больных неврозами в возрасте от 41 до 50 лет 22 человека: 8 мужчин и 14 женщин): кабардинцев и русских. Достоверные расхождения у больных неврозами разных национальностей получены по двум МПЗ: «отрицание» (средние показатели существенно выше у кабардинцев) и «замещение» (средние показатели преобладают у русских). Также ею установлены половые особенности МПЗ у больных: мужчины обеих национальностей достоверно меньше использовали «компенсацию», чем женщины, а у женщин-кабардинок, по сравнению с мужчинами кабардинцами, значительно выше средний показатель «реактивных образований». Исследование структуры МПЗ здоровых людей выявило, что кабардинцы достоверно больше, чем русские, пользуются «отрицанием»,

«проекцией», «реактивными образованиями», т.е. наименее адаптивными МПЗ.

Л.И. Вассерман с соавт. (1999) отмечают, что больные неврозами меньше, чем здоровые, используют «отрицание» и больше «замещение», «проекцию», «вытеснение». Таким образом, выделяются два полюса: «интеллектуализация» и «отрицание», присущие относительно адаптированным людям, и «вытеснение», «замещение», «проекция» у больных неврозами. При этом дезадаптированность характеризуется не столько отсутствием высоких оценок по «интеллектуализации» и «отрицанию», сколько сверхнапряжённым использованием механизмов другого полюса.

В.А. Агарков (2002) исследовал структуру МПЗ по психодиагностической системе Плутчика-Келлермана в их взаимосвязи с «диссоциацией» у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством, определив диссоциацию, как особый МПЗ, действие которого направлено на совладание с интенсивными негативными переживаниями, вызванными воздействием экстремальных внешних факторов. Он установил, что диссоциация не связана с такими МПЗ, как вытеснение, отрицание, реактивная формация и интеллектуализация.

Е. Б. Мизинова, Е. А. Колотильщикова (2004) пришли к выводу, что в процессе групповой психотерапии происходит незначительная редукция всех МПЗ, но в большей степени отрицания, а преодоление МПЗ приводит к более высокому уровню функционирования личности.

Дальнейшее развитие концепции психологической защиты привело к введению в структуру адаптационных механизмов личности понятия «копинг». Впервые термин «coping» был использован L. V. Murphy в 1962 году в исследованиях способов преодоления детьми требований, выдвигаемых кризисами развития (Murphy L.V., 1974).

Одна из базисных концепций копинга – транзакционная теория стресса R.S. Lazarus (1966, 1991). Согласно этой теории, понятие «копинг», или

преодоление стресса, рассматривается как деятельность личности по поддержанию или сохранению баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими эти требования. Стрессовые эмоции направлены мобилизуют человека, изменяя его готовность к действию для определённых адаптивных реакций (копинг - совладание). R.S. Lazarus, R. Launier (1981) рассматривают стрессовую реакцию как результат отношений между особенностями выдвинутого требования и имеющимися в распоряжении человека ресурсами.

Некоторые исследователи (Holahan C.J., Moos R.H., Schaefer J.A., 1996) сводят различные классы копинга в две главные категории: приближение и избегание, выделяя для обоих классов когнитивные и поведенческие варианты. Дальнейшие разработки с расширением когнитивно-феноменологических перспектив (Perrez M., Reicherts M., 1992) привели к следующему заключению: преодоление стресса – это процесс, в котором индивидуумом совершаются попытки: а) изменить или ликвидировать проблему; б) уменьшить её интенсивность, изменив точку зрения на неё; в) облегчить её воздействие, отвлечение на что-либо.

Значительный вклад в изучение копинг-поведения у соматических больных внес E.Heim (1988). Соматическая болезнь обусловлена не только биологическими факторами, но также окружающей средой и социальными условиями. Весь этот комплекс факторов подвергается носителем болезни познавательной оценке, а это значит, что субъектом оценивается значение и определяются обусловленные этой оценкой задачи по приспособлению организма. В соответствии с этим копинг-процессы приводят к успешному (протекторная роль) или неуспешному (патопротекторная роль) разрешению кризиса. В клинических исследованиях учитывались три основных параметра: 1) стрессоры, с которыми надлежит справиться, большей частью как независимые переменные; 2) опосредующий процесс преодоления или приспособления как промежуточные переменные; 3) результативные выводы или достигнутая степень адаптации большей частью как личностно или

ситуативно связанные переменные. Фактически эти три параметра взаимозависимы и должны пониматься в аспекте циркулярного процесса.

Е.Нейм (1988), изучая копинг-процессы у онкологических больных, определяет копинг следующим образом: «Преодоление болезни можно обозначить как стремление уменьшить уже существующее или ожидаемое влияние со стороны болезни интрапсихически (эмоционально-когнитивно) или выровнять это состояние путем целенаправленных действий, или переработать его». Е.Нейм (1988) предпринял попытку перевести формы совладания, описанные разными исследователями, в систему нейтральных понятий и выделил 26 форм копинг-поведения. В качестве аналитических критериев выступала длительность выживания и длительность безрецидивных периодов. Учитывая, что копинг является целостным механизмом, который включает когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты, в исследовательских целях следует говорить о преимущественно когнитивном, эмоциональном, поведенческом копинге (или копинг-стратегиях, копинг-механизмах). Были выделены желательные (протекторные) и нежелательные (патопротекторные) виды преодоления болезни. Как протекторное хорошо зарекомендовало себя активное поведение, требуемое как для диагностического процесса, так и для терапевтических целей с точки зрения врача. Такое поведение положительно оценивается окружающими, в особенности семьей, которую пациент воспринимает как источник помощи. Активность пациентов способствует преодолению болезни путем когнитивного проблемного анализа, их эмоциональные отношения оптимистичны и надежны. Результат (длительность выживания) у таких больных удивительно постоянен, а болезнь не прогрессирует. Патопротекторным копинг-поведением является пассивное поведение, которое представляет собой, с одной стороны, покорную установку на болезнь, а с другой - пассивное кооперирование с медицинским персоналом. С этим часто связано диссимулирование не только самой болезни как таковой, но и ее исхода, что может усугубляться

фаталистическими взглядами, подавлением соответствующих эмоций и социальным отчуждением. Неблагоприятными считаются также сопротивление, ярость, самообвинение.

Возможные другие формы копинг-поведения, как в отношении их качества, так и вклада в преодоление болезни труднее поддаются оценке. Стоическое принятие ситуации рассматривается в одних случаях как адаптивное или протекторное, в других - как фаталистическая покорность или неадаптивное и патопротекторное. Также амбивалентной является оценка диссимуляции, отречения, которые имеют неодинаковый вес в разных фазах болезни.

По E.Heim, различное копинг-поведение оказывает влияние на первоначальное или более позднее сотрудничество в лечении. Промедление в начале лечения или игнорирование критических симптомов могут способствовать ухудшению течения болезни. Различное копинг-поведение не является причиной, а скорее следствием, и связано с соматическим процессом. Неблагоприятное течение болезни улавливается пациентом с помощью осознаваемых или даже полностью неосознаваемых сигналов, которые вынуждают его к соответствующему пассивно-покорному поведению. Желательное или нежелательное копинг-поведение воздействует непосредственно на основной соматический процесс.

В.А. Ташлыковым (1992) было показано, что в начале формирования невроза больные используют механизмы совладания, которые по мере развития невроза уступают место механизмам психологической защиты.

Р.К. Назыров (1993) при обследовании больных неврозами обнаружил, что копинг-поведение характеризуется использованием менее адаптивных механизмов в поведенческой сфере, отсутствием специфического копинг-поведения в когнитивной сфере и частым использованием неадаптивных видов копинг-поведения в эмоциональной сфере.

Е.И.Чехлатый (1994), Е.Б. Мизинова, Е.А. Колотильщикова (2004) пришли к выводу, что в процессе групповой психотерапии у больных

неврозами увеличивается частота использования относительно адаптивных форм копинг-поведения за счёт уменьшения дезадаптивных.

Н.В. Веселова (1994), сравнивая группы больных неврозами, здоровых лиц и лиц, обратившихся за консультативной помощью, выявила, что дифференцирующее значение имели копинг-механизмы в эмоциональной сфере.

Л.М. Таукенова (1996) установила, что больные неврозами достоверно меньше, чем здоровые люди, используют адаптивные формы копинг-поведения, причём наибольшие различия имеются между больными разных национальностей (русских и кабардинцев) в поведенческой сфере.

А.П. Фёдоров (1996) при сопоставлении психологических механизмов адаптации в трёх сферах функционирования личности (поведенческой, когнитивной и эмоциональной) у больных с затяжными неврозами выявил наиболее глубокие изменения в эмоциональной сфере, где преобладали неконструктивные варианты копинг-поведения. В качестве существенных факторов стабилизации неконструктивных видов копинг-механизмов может выступать разобщение вербального и невербального уровней обработки информации, формирование системы ригидных личностных установок.

А.М. Ялов (1996) установил негативную роль регрессии, реактивных образований и алекситимии в формировании базисных копинг-стратегий при неврозах.

В широкомасштабном исследовании (350 больных неврозами, 60 лиц консультативной группы и 812 здоровых лиц различных возрастов), проведённом в СПб. НИИ им. В.М.Бехтерева (Карвасарский Б.Д. с соавт., 1999), а также в последующих исследованиях копинг-механизмов (Насанович Н.Н., 2002; Слабинский В.Ю., 2002; Зуйкова Н.В., 2004) получил подтверждение тот факт, что больные неврозами пассивны в разрешении конфликтов и трудностей и используют частое неадаптивное поведение по сравнению со здоровыми.

Исследование Г.Г. Носкова (2000) выявляет преобладание неконструктивных вариантов копинга, особенно в эмоциональной сфере, у больных с затяжным неврозом и невротическим развитием.

Таким образом, копинг-поведение определяется как когнитивные, эмоциональные и поведенческие стратегии, используемые личностью для преодоления стрессовых ситуаций (в качестве которых выступает и болезнь) и ситуаций эмоционального напряжения (Карвасарский с соавт., 1999).

Для различения МПЗ и механизмов совладания предложена следующая схема анализа (Вассерман Л.И. с соавт., 1999):

1) МПЗ не приспособлены к требованиям ситуации и являются ригидными; техники копинга являются пластичными и приспособлены к ситуации.

2) МПЗ стремятся к возможно более быстрому уменьшению возникающего эмоционального напряжения; при использовании копинга человек нередко сам приносит себе мучения (антигедонистический характер).

3) МПЗ «близоруки», создают возможность только разового снижения напряжения (принцип действия – «здесь» и «сейчас»), тогда как механизмы совладания рассчитаны на перспективу.

4) МПЗ приводят к искажению восприятия действительности и самого себя; копинг связан с реалистическим восприятием, а также способствует осознанному отношению к себе и окружающему.

Таким образом, всё многообразие МПЗ близко к понятию совладания, но разъединяют их отличия по параметрам «активности (конструктивности) – пассивности (неконструктивности)». Как МПЗ, так и копинг-механизмы составляют единую структуру личностной адаптации перед стрессовыми воздействиями, поэтому их совместное исследование более чётко отражает психологические протекторные и патопротекторные системы организма.

Дискуссии в отношении этиопатогенеза невротических расстройств показывают продуктивность не противопоставления, а взаимного влияния биологических, психологических и социальных факторов. Именно

рассмотрение невроза с биопсихосоциальных позиций способствует более целенаправленной разработке психотерапевтических, медикаментозных и психосоциальных мероприятий, направленных на преодоление расстройства.

1.2. Психогенез и психопатологическая структура неврозов позднего возраста

Поздний возраст начинается с позиций клинической геронтопсихиатрической классификации после 45 лет и распадается на три периода: первый – 45-60 лет – климактерический, или пострепродуктивный, или поздний зрелый, второй – 60-70 лет – пресенильный, или пожилой, и третий – 70 лет и выше – сенильный, или старческий (Рахальский Ю.Е., 1970; Будза В.Г., 1973, 1990; Авербух Е.С., Телешевская М.Э., 1976; Чеботарёв Д.Ф., 1978; Гаврилова С.И., 1984; Сергеев И.И., 1984; Смулевич Н.А., 1989; Бабин С.М., 1996; Кибрик Н.Д., Ягубов М.И., Решетняк Ю.А., 1998; Михайлова Н.М., 1998; Скударь К.Е., 2001; Баранская И.В., 2003; Сиранчиев М.А., 2003; Cameron N., 1956; Heuft G., 2000; Starzomska M., 2002; Wiles R., Jarrett N., Payne S., Field D., 2002). Ряд исследователей также вводит понятие «вторая половина жизни», определяя возрастной период после 40 лет, по своему содержанию близкое к позднему зрелому возрасту (Конечный Р., Боухал М., 1974; Минеев А.Н., 1976; Kohler Ch., 1968; Wells R.G., Wells M.C., 1990; Lawrence M., Maguire M., 1997).

Данные демографических исследований показывают увеличение в популяции поздневозрастных групп населения, а вместе с этим и геронтологической патологии (Михайлова Н.М., 1996; Гурович И.Я., 2001; Зозуля Т.В., Грачёва Т.В., 2001; Калын Я.Б., 2001; Comley M., 1996; Baumann U., Perez M., 1998, 2002; Lehr U., 1998, 2000), среди которой значимый удельный вес составляют невротические расстройства (Полищук Ю.И. с соавт., 1995; Михайлова Н.М., 1998; Полищук Ю.И. с соавт., 1999; Зозуля Т.В., Грачёва Т.В., 2001; Баранская И.В., 2003, Сиранчиев М.А., 2003; Heuft G. et al., 1997).

В настоящее время старение рассматривается как фаза жизни, протекание которой многофакторно обусловлено прошлым, настоящим и ориентацией на будущее и которая проявляет себя как биологическая, финансово-экономическая, эпохальная и экологическая составляющие (Карвасарский Б.Д., 1999, 2002; Lehr U., 1997, 1998; Baumann U., Perrez M., 1998).

В многочисленных работах, относящихся к психоаналитическому направлению фигурирует модель «полукруга». З. Фрейд полагал (цит. по M. Lawrence, M. Maguire, 1997), что во время старения индивиду свойственна такая же структура личности, как и в детстве, и рассматривал старение не как процесс изменений, а как данность. С.Г. Jung (1978) символически различал в течение жизни восходящую и нисходящую ветвь, сравнивая жизненный цикл с движением солнца. В традиционной западной психиатрической литературе такие понятия, как «инволюционная депрессия» основаны на представлениях о постепенной регрессии стареющих людей до прегенитального уровня. Потеря генитального примата в старости представляет собой особую (отягощённую предрассудками) форму общей регрессии. В качестве альтернативы так называемая чикагская школа говорит о «половом сдвиге»: мужчины в старости больше живут своими желаниями зависимости, а женщины – своими агрессивными сторонами (Hildebrand H.P., 1982).

Попытка традиционной психоаналитической теории соотнести описанные в моделях психологии развития психосексуальные ступени его со специфической типологией конфликтов может рассматриваться сегодня как устаревший подход (Neuft G., 2000).

Наряду с клинически обоснованным предположением, что неразрешённые конфликты детства и юности могут способствовать развитию неврозов и в старости, теории жизненного цикла рассматривают жизнь как реализацию взаимосвязанных важнейших задач развития или как развёртывание во времени ключевых экзистенциальных тем (таких как

любовь, сексуальность, работа, смерть, одиночество, изоляция, свобода) (Erikson E.G., 1950; Colarusso C.A., Nemiroff R.A., 1981; Yalom I.D., 1996, 1999). Концепция E.G. Erikson (1950) является одной из немногих психодинамических моделей развития, охватывающих всё течение жизни. Картину жизненного «полукруга» он заменяет моделью лестницы с восемью ступенями. Образ лестницы символизирует восходящее развитие. Связанное с этим представление о достижении более высокого уровня отражается в понятиях до восьмой ступени, «старости», которая представляет собой пожинание плодов семи предыдущих ступеней и на которой достигается стадия «целостности личности». Недостаток или утрата этой целостности личности сопровождаются чувствами отчаяния и страха смерти. Приобретаемая с достижением восьмой ступени основная добродетель обозначается как «мудрость». Неоспоримо значение этой концепции для понимания динамики меняющихся психосоциальных кризисов развития на протяжении всей жизни. Эта модель также показывает, что груз своевременно не решённых задач развития может дополнительно осложнять психосоциальные кризисы в последующем. Несмотря на достаточно хорошую структурированность, модель E.G. Erikson не объясняет мотивы, побуждающие взрослого человека, перешагнувшего поздневозрастной рубеж, совершать действия, приводящие к развитию-актуализации внутриличностного конфликта и манифестации невроза.

Исследования K.U. Mayer et al. (1996) указывают на смещение по мере старения субъективного восприятия человека в соматический процесс старения, который понимается как организатор развития во второй половине жизни. С этой точки зрения, если человек среднего возраста воспринимает своё тело как естественным образом функционирующее, то у стареющих людей эта естественная данность подвергается всё большим испытаниям, и, следовательно, в старости неотвратимо повседневное активное переживание телесных изменений. Процесс старения, таким образом, имеет дело с биологией в двойном смысле этого слова: во-первых, он обусловлен

биологически и, во-вторых, он нуждается в переработке на уровне самооценки. Кроме того, зарубежные авторы (Перре М., Бауманн У., 2002; Хойфт Г., Крузе А., Радебольд Г., 2003) вводят понятие «социального старения», используя образ пожилого человека, сложившийся в обществе, как определённый «эталон» и оценивают возможности его участия в общественной жизни, социальный статус (доход, сбережения, уровень образования, продолжительность профессиональной деятельности и её характер, качество жилья), доступность медико-социальных служб, общественные условия (законодательное регулирование по проблемам старости).

Тот факт, что болезнь затрагивает все стороны человеческого существования, объясняет также постоянно упоминаемые в медицинских и психиатрических исследованиях различия между объективным, т.е. оценённым врачом, и субъективным, т.е. оценённым самим пациентом, состоянием здоровья. Эти различия, которые обнаруживаются как у «молодых», так и у «старых» стариков (Perrig-Chiello P., 1996; Lehr U., 1997) связаны с многочисленными общими условиями и факторами, среди которых центральное место занимают, прежде всего, отношение к жизни («удовлетворённость жизнью»), степень физической, психической, когнитивной и социальной активности, а также степень социальной интеграции и субъективная оценка социальных отношений. Чувство, что ты нужен другим людям (Lehr U., Thomaе H., 2000), считающееся в геронтологии условием удовлетворённости в старости, имеет несомненную важность.

С позиций современной зарубежной трактовки невроза исходным моментом развития болезни становятся переломные ситуации в биографии (начало профессиональной жизни, брак, рождение ребёнка и т. д.). Существовавший до того невротический конфликт актуализируется так, что приводит к симптоматике и без лечения имеет тенденцию к хронизации.

Н. Radebold, R. Schweizer (1996) описали устойчивый невротический конфликт, который становится симптоматическим лишь в позднем возрасте. Вариантом устойчивого невротического конфликта является рецидивирующий

невротический конфликт (Heuft G., 2000), при этом отмечаются трудности дифференцирования рецидивирующего конфликта (который может также указывать на расстройство личности и проявляться в ранние возрастные периоды) и устойчивого невротического конфликта. Также Г.Хойфт с соавт. (2003) выделяют группу пациентов, симптоматика у которых основана не на застарелых неврозах, а на фактическом конфликте, и группу пациентов, у которых возникновение симптомов происходит через реактивацию прежней травматизации, которую они связывают с очень тяжёлыми переживаниями, угнетающими и наносящими вред психике каждого человека. В сравнении с известными последствиями травматизации особенность реактивации травмы состоит в том, что вначале типичное посттравматическое стрессовое расстройство не наблюдается. Симптоматика часто проявляется лишь спустя десятилетия латентного периода, когда толчок её развитию дают, связанные с процессом телесного старения, чувства надвигающейся беспомощности и зависимости.

Концепция фактического конфликта основана на данных наблюдения поздневозрастного контингента, симптоматика которого при исследовании биографии не показывает никаких патогенных, постоянно повторяющихся конфликтных ситуаций и восходит к концепции фактических, или актуальных, неврозов S. Freud (1917). В отличие от невротического конфликта при психоневрозах, то есть бессознательного конфликта между побуждениями «Оно», стремящегося к разрядке, и защитой «Я», предотвращающей непосредственную разрядку или доступ к сознанию (Freud S., 1917), при актуальном неврозе пациент частично или полностью осознаёт движущие мотивы переживания внешних и внутренних фактических конфликтов. Патогенный элемент определяется не качеством осознания конфликта, а степенью его принципиальной субъективной или объективной неразрешимости. Принципиальное значение имеет то, что относительное превышение возможностей психического «Я» из-за реальных внешних трудностей ведёт к декомпенсации. Отмечается дискуссионность

применимости концепции фактического конфликта к более молодому возрасту (Heuft G., 2000).

С когнитивно-бихевиористской точки зрения до сих пор не имеется модели развития невротизма в позднем возрасте, но по этому направлению имеются данные о том, что первые проявления депрессивных заболеваний в старости связаны с хронической соматической болезнью или неблагоприятными жизненными обстоятельствами (Roth J.P., 1993). Путём реконструкции приобретённого опыта когнитивно – бихевиористские теории также как и психодинамические концепции включают историческое измерение в понимании индивида (Zarbock G., 1996).

Наиболее близки к проблемам, с которыми сталкивается человек по мере старения, взгляды представителей экзистенциального направления. Здесь рассматриваются проблемы смерти, жизни, смысла жизни, страха перед свободой, изоляцией, одиночеством (Франкл В., 1990, 2001; Ялом И., 1999). Исследования экзистенциальной проблематики, в частности тревоги смерти (Пухальская Б.М., 1996; Ялом И., 1999) выявили положительную корреляцию между тревогой смерти и приближением к смерти в позднем возрасте. У женщин сильнее всего проявляется опасение перед одиночеством, болезнью, смертью и будущим и увеличивается число ситуаций, вызывающих страх. Мужчины проявили страх перед смертью, опасения за детей и будущее, страх перед чужой и собственной агрессией, перед собственной беспомощностью, судьбой и совершёнными ошибками. Отмечается, что мужчины менее интенсивно переживают страх перед одиночеством, что объясняется их более выгодным семейным положением (большинство из обследуемых были женаты). Видимое отсутствие страхов у мужчин рассматривается как результат усиления защитных механизмов или как доказательство того, что до пожилого возраста доживают особенно уравновешенные мужчины. Исследование защитных механизмов у здорового позднего возрастного контингента (Пухальская Б.М., 1996) позволило предположить, что многие формы поведения, традиционно приписываемые

пожилым людям, а именно: усиленные, резкие реакции, склонность к размышлениям, постепенный уход в себя, замкнутость, пониженное настроение, а также осторожность и склонность к критике окружения – можно трактовать и объяснять как способы собственной борьбы с опасениями и беспокойством, то есть как поведение, мотивированное внутренней напряжённостью. Защитные механизмы достаточно близки друг другу у обоих полов. Только слёзы и молитва характерны в основном для женщин. А. Кемпински (1975) отмечает, что пожилые женщины склонны к более выраженной тревожности, чем мужчины, и связывает это как с худшим их социальным и семейным положением, так и с тем, что мужчины успешнее справляются со своими страхами. Зарубежные исследователи (Пухальская Б.М., 1996; Mayer K.U., Baltes P.V., 1996; Parkes C.M., 2002) объясняют более выраженные проявления невротических расстройств у женщин следующими причинами: вдовство и связанное с утратой мужа снижение чувства безопасности, фактическое или эмоциональное отделение от детей, угасание женственности и красоты, одиночество, которое непросто заполнить реальным содержанием.

М. Перре, У. Бауманн (2002), Г. Хойфт с соавт. (2003) отмечают, что, хотя депрессивные заболевания в старости не так уж редки, они не относятся к «типичным» спутникам старости. Наиболее частые депрессивные реакции, по их данным, проявляются в связи с отчётливо ощущаемыми типичными возрастными изменениями: боязнь потери самостоятельности, недостаточная социальная поддержка, одиночество, социальная изоляция, утрата влияния и уважения, например, после ухода на пенсию, утрата привычных социальных связей и перемены жилищных условий. Проявление страхов в позднем возрасте сводится к общему страху перед жизнью, или экзистенциальному страху, страху, возникающему после разлук и потерь (депрессивный страх), страху беспомощности и зависимости (развитие агорафобии), вследствие болезни и соматического старения (нозофобии, страх деменции). Конверсионные расстройства в виде нарушений, прежде всего моторики и

чувствительности порой впервые проявляются лишь в позднем возрасте, но соматоформные расстройства с их полисимптоматическими феноменами и настойчивым поиском соматических причин болезни в сравнении с конверсионными нарушениями в позднем возрасте встречаются в несколько раз чаще.

В рамках геронтологических исследований протекторных факторов (прежде всего копинг-поведения) обсуждаются две модели:

1) Модель двух процессов преодоления жизненных проблем (Brandstädter J., Rothermund H.K., 1998) изучает способность пожилых людей сохранять своё достоинство и хорошее самочувствие перед лицом все возрастающих рисков и утрат. Согласно данной модели это удаётся двумя путями: либо в соответствии с собственными представлениями изменяются обстоятельства (ассимилятивный способ) или в соответствии с обстоятельствами меняются собственные представления (аккомодативный способ).

2) Биографическая теория контролирующего поведения (Heckhausen J., Schulz R., 1995) отталкивается от потребности человека, благодаря своему поведению, добиваться определённых целей и тем самым осуществлять контроль над своим развитием и окружением. Первичный контроль предполагает такие типы поведения, благодаря которым индивидуум меняет своё окружение в соответствии со своими целями и потребностями. Вторичный контроль обозначает такие способы действия, которые дают индивидууму возможность приспособления к окружению. С возрастом первичный контроль ослабевает, а вторичный контроль приобретает все большее значение.

Отечественные исследования невротических расстройств позднего возраста можно разделить с учётом, прежде всего, психогенных воздействий на два периода: советский и постсоветский.

И. В. Давыдовский (1966) писал, что «...история жизни старого человека подчас важнее истории болезни, важнее для самого понимания этой болезни, а, следовательно, её преодоления». Для невротологии советского

периода был характерен акцент на таких патогенезирующих факторах, как особенности психологии «увядающего» индивида с его биологическим (сомато-эндокринным) регрессом и микросоциальными трудностями.

М.М. Фель (1962), Н.Б. Цветкова (1967), касаясь неврозов в пожилом возрасте, также придают актуальное значение соматическим расстройствам, и отмечают их упорный и затяжной характер. В клинических проявлениях преобладали аффективные, вегетативные расстройства, ипохондрические жалобы, компоненты астении, тревоги, депрессии.

В.Н. Мясищев, Е. К. Яковлева (1963) на основании изучения 100 больных от 45 до 73 лет пришли к выводу, что не существует особых форм неврозов инволюционного периода. Невротические состояния в инволюционном периоде характеризуются следующими особенностями: 1) от 45 до 55 лет они связаны с психо-вегетативной лабильностью климактерического периода; 2) имеются ситуативно-реактивные декомпенсации при соматической недостаточности (55-65 лет); 3) при сенильном психическом регрессе (65 – 73 года) имеют место аффективные декомпенсации.

Э.Я. Штернберг (1968) признаёт возможность развития в старости ложных компенсаторных механизмов (как особенности возрастной личности), напоминающих истерическую «сверхкомпенсацию»: нежелание считаться с возрастом, показная молодость в поведении и внешности.

Е.С. Авербух, М.Э. Телешевская (1976) отмечают только относительное значение смысловой стороны психотравмирующей ситуации при неврозах позднего возраста. Главенствующее место в развитии невроза, по их мнению, принадлежало внезапным, чаще всего экстремальным ситуациям, сопровождавшимся страхом или сильным испугом, которые совпадали с общей направленностью переживаний стареющего человека, у которого проблема смерти начинает занимать более значительное место, и главная психогения в позднем возрасте связана с переживаниями смерти. Изучив 340 пациентов (преобладали больные 45-65 лет), они выявили

следующие разновидности психотравмирующих факторов: болезнь или смерть близких, семейные конфликты, влияние неприятных ощущений в теле, актуализация прошлых переживаний и воспоминаний, отрицательное влияние негативных «зрительных» впечатлений, воздействие оскорбительных слов, воспоминаний, действие устрашающих сновидений, ломка привычного стереотипа, влияние осознания старости и изменений, связанных с возрастом (страх болезней, смерти), конфликтные переживания на работе, сексуальные травмы. Отмечается значимая роль нескольких следующих друг за другом переживаний с суммацией отрицательных эмоций и сочетанием преобладающей неврастенической симптоматики с тревожно-фобическими и ипохондрическими симптомами.

Анализ этими авторами основных клинических синдромов показал, что среди женщин 45-65 лет доминировали явления астении, сочетавшиеся с тревожно-фобическим, депрессивным и ипохондрическим синдромами. У мужчин 45-65 лет были представлены астенический, астено-тревожно-фобический, тревожно-депрессивный синдромы. Отмечается, что при неврозах позднего возраста жалобы постепенно становятся менее многочисленными, порой даже застывшими, более однотипными, срастаясь с общими компонентами астении, менее выражены висцеральные расстройства. В позднем возрасте преобладают страхи, связанные с изменённой самооценкой, немотивированные страхи, ипохондрическая интерпретация имеющихся неприятных ощущений и конкретные страхи, повседневно создаваемые из различных мелких жизненных затруднений.

И.И. Сергеев (1977, 1984) отметил, что для психогенных заболеваний с началом в позднем возрасте, большую часть которых составляют депрессивные неврозы и депрессивные реактивные психозы, характерны следующие клинические особенности, усиливающиеся по мере увеличения возраста их начала: небольшая глубина, рудиментарность, парциальность проявлений, их упрощённость, стереотипность, наличие в структуре астенического и ипохондрического радикалов, бедность интеллектуального

содержания, звучание типичных психологических трудностей возрастного характера, частое моносимптоматическое клиническое оформление.

По данным В.Я. Семке (1988) для истерических невротических состояний позднего возраста характерно тесное переплетение психогенного и соматогенного звеньев. В их генезе ведущее значение имели стойкие эмоциональные нарушения, развивавшиеся в связи с неблагоприятными микросоциальными факторами: ухудшением взаимоотношений в семье, на производстве, напряжёнными отношениями с соседями, изменением привычного жизненного стереотипа, сексуальными конфликтами, переживанием утраты прежней привлекательности. Более часто отмечались функциональные неврологические и соматические расстройства в виде больших и малых истерических припадков, параличей, парезов, приступов дрожи, нарушений чувствительности и функций органов чувств и речи, весьма частым был функциональный блефароспазм. Основным механизмом истерического невроза были «бегство в болезнь», нозофилия, «условная приятность» симптома, вытеснение и аффективная логика мышления. Чаше, чем в молодом возрасте, встречалась истерическая депрессивная симптоматика как результат влияния индивидуальных социально-психологических моментов периода увядания. Истерический невроз в позднем возрасте приобретал общие специфические особенности клинической динамики, которые определялись сложным взаимодействием социально-психологических моментов периода увядания, эндокринно-вегетативных, соматогенных и церебрально - органических изменений. Различный удельный вес каждого из них на отдельных этапах позднего периода объяснял разнообразие клинической характеристики и прогноза истерического невроза.

Смена социально-экономической ориентации в нашей стране с последующим многолетним кризисом не могла не оказать существенного влияния на этиопатогенез и клинические проявления невротических расстройств.

Большинство проведённых за последнее десятилетие исследований в нашей стране, рассматривая неврозы с позиций биопсихосоциальной модели, указывает на увеличение заболеваемости ими среди населения и связывает этот факт со стрессами социальных изменений, под которыми подразумевается дистресс, обусловленный радикальными и крупномасштабными (макросоциальными) переменами в жизни общества (Положий Б.С., 1993, 1996; Александровский Ю.А., 1996, 2000; Носков Г.Г., 2000; Guenon R., 2001). Эти перемены внесли в патогенез неврозов множество психогенных факторов, которые, являясь для большинства населения новыми, не характерными для социальных норм воспитания и научения в процессе становления личности в социалистическом обществе, привели к психологическому феномену кризиса идентичности (Положий Б.С., 1996; Носков Г.Г., 2000). В наибольшей степени макросоциальные изменения затронули население позднего возраста, что также отмечается в исследованиях, проведённых не только в России (Полищук Ю.И., 1998; Максимова С.Г., 2000; Гаврилова С.И., Калын Я.Б., 2002), но и за рубежом, в странах Восточной и Центральной Европы (Пухальская Б.М., 1996; Хинчлифф П., Холл С., 2002).

Ю.И. Полищук (1998, 2000), проведя исследование 250 лиц пожилого возраста (от 55 до 74 лет), выявил невротические расстройства у 73% обследуемых. В 22% случаев они были определены как социально-стрессовые психические нарушения в форме затяжных субдепрессивных, дистимических, тревожных, фобических, соматоформных расстройств с нарушениями сна, вегетативно-сосудистыми расстройствами. Отмечена смысловая насыщенность психогений в противоположность данным Е. С. Авербух и М. Э. Телешевской (1976): тяжёлое материальное положение пенсионеров с угрозой их дальнейшего обнищания, крушение прежних идеалов и духовных ценностей, наступление бездуховности, пошлости, цинизма, деградации национальной культуры, роста безработицы и угрозы безработицы для детей и внуков, роста цен на лекарства и медицинские услуги, роста преступности и криминализации общества с переживанием личной незащищённости и

ненужности. Эти же данные согласуются и с результатами других исследований (Михайлова Н.М., 1996, 1998; Максимова С.Г., 2000; Калын Я.Б., 2001; Гаврилова С.И., Калын Я.Б., 2002). Тем не менее, на настоящий момент не проводилось исследований по конкретным типам психогений позднего возраста, которые не могут не отразиться на особенностях клинических проявлений неврозов. Исследования же в нашей стране механизмов психологической защиты и копинг-поведения в современных социально-экономических условиях при неврозах позднего возраста являются практически единичными.

С.М. Бабин (1996), изучив 70 больных неврозами пожилого возраста и их супругов при наличии семейно-сексуальной дисгармонии, установил три характерных типа семейных взаимоотношений – «псевдосотрудничество», «изоляция», «доминирование». На основе анализа ролевой структуры семьи, парных сочетаний индивидуальных психологических защит партнёров и специфического стиля семейных отношений установлено четыре варианта супружеских защитно - приспособительных механизмов: «мир – болен, мы – здоровы», «ты – болен, я – здорова», «заговор хитрецов» и «меркантильные партнёры», определение которых, способствует дифференцированному психотерапевтическому подходу к семье больного неврозами. Отсутствие согласованных и взаимодополняющих индивидуальных психологических защит, объединённых специфическим стилем семейных отношений, приводит к невозможности сформировать супружеский защитно-приспособительный механизм, что, в свою очередь, обуславливает нестабильность семьи.

И.В. Баранская (2003) обследовала 60 пациентов с патологическими реакциями горя в позднем возрасте. Основными факторами, способствующими их развитию, являются преморбидные личностные особенности в виде психастенических, эмоционально-лабильных, статотимических акцентуированных типов, черт сензитивности, ригидности, а также симбиотический характер взаимоотношений. Одним из активных

способов совладания с психотравмирующей ситуацией, связанной с утратой близких в позднем возрасте, наряду с уходом в работу, занятостью, опорой на социальные связи, является обращение к религиозной вере.

Таким образом, несмотря на разработанные общепринципиальные подходы к патогенным факторам невротических состояний – биологических, психологических и социальных – значимость их удельного веса в этиологии неврозов остаётся недостаточно определённой. Особенно актуально это положение в сравнительно – возрастном аспекте и для периодов общественных кризисов, когда социопсихологическая составляющая коренным образом отличается от периода стабильности общественной жизни. Кроме того, современный подход к системе психологической адаптации/деадаптации (включая психобиологический – возрастной, психосоциальный – индивидуальная переработка и защита от негативных социальных воздействий) делает необходимым детальное исследование «глубинных» механизмов её – типов психологических защит и совладания со стрессом, которые могут играть полярную роль (протекторную и патопротекторную) в становлении и течении невротических расстройств.

В связи с этими обстоятельствами целью настоящей работы являлось определение у больных позднего возраста типологии невротических расстройств, зависимость их клиники и течения от патогенных особенностей биологических факторов (пола, возраста), преморбидной структуры личности, разновидностей психогений, патопротекторной роли механизмов психологической защиты, копинг-поведения в современных макросоциальных условиях.

ГЛАВА 2.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАБЛЮДЕНИЙ И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследован 201 пациент с невротическим расстройством.

Основную группу составил 121 пациент позднего возраста (средний возраст 51,7 лет), в их числе 45 (37,2%) мужчин и 76 (62,8%) женщин. Контрольная группа включала 80 пациентов в возрасте от 18 до 44 лет (средний возраст 34,7 лет), из них 33 (41,3%) мужчины и 47(58,7%) женщин. По половому составу группы сопоставимы (таблица 1). Из таблицы 1 следует, что в основной группе преобладающая часть пациентов относится к позднему зрелому возрасту (45-60) лет.

Таблица 1

Характеристика исследуемого контингента по возрасту

возраст (лет)	основная группа						контрольная группа					
	общ.		м		ж		общ.		м		ж	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
18-34	-	-	-	-	-	-	42	52,5	19	57,6	23	48,9
35-44	-	-	-	-	-	-	38	47,5	14	42,4	24	51,1
45-60	115	95,0	44	97,8	71	93,4	-	-	-	-	-	-
60-70	6	5,0	1	2,2	5	6,6	-	-	-	-	-	-
<i>всего</i>	<i>121</i>	<i>100</i>	<i>45</i>	<i>100</i>	<i>76</i>	<i>100</i>	<i>80</i>	<i>100</i>	<i>33</i>	<i>100</i>	<i>47</i>	<i>100</i>

По уровню образования (таблица 2) как в основной, так и в контрольной группе несколько преобладают пациенты со средним образованием (соответственно 64,5 % и 51,3%), практически с равным распределением по полу. Только в контрольной группе присутствуют пациенты (13,7%) с незаконченным высшим образованием (все студенты). По содержанию образования в обеих возрастных группах имеется половой диморфизм: преобладание у мужчин технической направленности образования, а у женщин гуманитарной. Вместе с тем, существенные различия с учётом пола имеются по среднему общему образованию (8-11 классов): в основной группе женщин со средним общим образованием больше, чем в контрольной группе, а мужчины со средним общим образованием присутствуют лишь в контрольной группе.

Характеристика исследуемого контингента по уровню образования

образование	основная группа						контрольная группа					
	общ.		м		ж		общ.		м		ж	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
высшее	43	35,5	19	42,2	24	31,6	28	35,0	9	27,3	19	40,4
высшее техническое	24	19,8	16	35,6	8	10,5	9	11,3	5	15,2	4	8,5
высшее гуманитарное	19	15,7	3	6,7	16	21,1	19	23,7	4	12,1	15	31,9
среднее	78	64,5	26	57,8	52	68,4	41	51,3	17	51,5	24	51,1
среднее общее	21	17,4	-	-	21	27,6	8	10,0	4	12,1	4	8,5
среднее техническое	48	39,7	26	57,8	22	29,0	23	28,8	12	36,4	11	23,4
среднее гуманитарное	9	7,4	-	-	9	11,8	10	12,5	1	3,0	9	19,2
высшее незаконченное	-	-	-	-	-	-	11	13,7	7	21,2	4	8,5
<i>Всего</i>	<i>121</i>	<i>100</i>	<i>45</i>	<i>100</i>	<i>76</i>	<i>100</i>	<i>80</i>	<i>100</i>	<i>33</i>	<i>100</i>	<i>47</i>	<i>100</i>

По семейному положению не выявлено существенных различий в зависимости от возраста и в контрольной группе в зависимости от пола, но в позднем возрасте становится достоверно выше ($p < 0,05$) женатых мужчин и незамужних женщин, чем среди лиц моложе 45 лет (таблица 3).

Таблица 3

Семейное положение исследуемого контингента

семейное положение	основная группа						контрольная группа					
	общ.		м		ж		общ.		м		ж	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
холост	36	29,7	7	15,6	29	38,2	30	37,5	12	36,4	18	38,3
в браке	87	70,3	40	84,4	47	61,8	50	62,5	21	63,6	29	61,7
<i>всего</i>	<i>121</i>	<i>100</i>	<i>47</i>	<i>100</i>	<i>76</i>	<i>100</i>	<i>80</i>	<i>100</i>	<i>33</i>	<i>100</i>	<i>47</i>	<i>100</i>

Примечание: **0,0** – достоверное различие по полу в основной группе.

Квалификация психических расстройств осуществлялась по состоянию на момент обследования с помощью классического подхода диагностики невроза: существование связи между клинической картиной невроза, особенностями системы отношений и патогенной конфликтной ситуации

больного, специфичности клинических проявлений, состоящей в доминировании эмоционально-аффективных и соматовегетативных расстройств при отсутствии психотических симптомов (Карвасарский Б.Д., 1990, 2002). При этом учитывались признаки невротического расстройства по МКБ – 10. Кроме того, диагностика формы невроза основывалась на определении первичного внутриличностного конфликта: неврастенического – неврастения, истерического – истерический невроз, обсессивно-психастенического – обсессивно-фобический невроз (Мясищев В.Н, 1960; Карвасарский Б.Д., 1990). Внутриличностный невротический конфликт констатировался при выраженной противоречивости значимых отношений, которая неразрешима из-за недостаточного осознания (Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1996). Объективизация клинической картины проводилась с использованием симптоматического опросника SCL – 90 – R (Тарабрина Н.В. с соавт., 2001; Derogatis L.R. et al., 1977)

Формы неврозов (таблица 4) представлены тремя классическими нозологиями: неврастения (по МКБ - 10 – F 48.0), обсессивно-фобический невроз (по МКБ –10 включала пациентов с тревожно-фобическими расстройствами – F 40, обсессивно-компульсивными расстройствами – F 42), истерический невроз (по МКБ – 10 - пациенты с другими тревожными расстройствами – F 41, с реакциями на тяжёлый стресс и нарушениями адаптации – F 43, конверсионными расстройствами – F 44, соматоформными расстройствами – F 45).

Отданное предпочтение классической систематике неврозов обусловлено её исторической стойкостью, что отнюдь не является пресловутым консерватизмом, а с нашей точки зрения отражает их (неврозов) нозологическую сущность и клиническую оправданность, противопоставляемую позитивисткой позиции узкого эмпиризма, представленного в части разделов МКБ – 10. Разделение на ряд синдромов (симптоматических проявлений – особенно истерического невроза) в МКБ - 10 лишает возможности интегративного, системного подхода в изучении как

клинических, так и этиопатогенетических проблем пограничных состояний – неврозов. Ведь суть науки в систематической интеграции данных, а не только в регистрации фактов (Якубик А., 1979).

Таблица 4

Распределение больных (мужчин и женщин) основной и контрольной групп по формам неврозов

Нозология	основная группа (n=121)						контрольная группа (n=80)					
	общ.		м		ж		общ.		м		ж	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
неврастения	47	38,8	19	42,2	28	36,9	19	23,8	9	27,3	10	21,3
истерический невроз	62	51,3	23	51,1	39	51,3	47	58,7	19	57,5	28	59,6
обсессивно-фобический невроз	12	9,9	3	6,7	9	11,8	14	17,5	5	15,2	9	19,1
<i>Всего</i>	<i>121</i>	<i>100</i>	<i>45</i>	<i>100</i>	<i>76</i>	<i>100</i>	<i>80</i>	<i>100</i>	<i>33</i>	<i>100</i>	<i>47</i>	<i>100</i>

Примечание: **0,0** – достоверное различие соответствующих показателей в группах.

У больных контрольной группы наиболее часто (58,7%) диагностировался истерический невроз с практически равной частотой у мужчин (57,5%), и у женщин (59,6%). Далее по частоте следует неврастения - 23,8% (27,3% мужчин и 21,3% женщин) и обсессивно-фобический невроз - 17,5% (15,2% мужчин и 19,1% женщин).

В основной группе формы неврозов по частоте диагностики распределены в аналогичной последовательности. Тем не менее, здесь отмечается возрастание частоты случаев диагностики неврастении и снижение частоты диагностики истерического и, в особенности, обсессивно-фобического неврозов. Так истерический невроз встречался у 51,3% пациентов (51,1% мужчин и 51,3% женщин); неврастения у 38,8% ($p < 0,05$ в сравнении с контрольной группой): у 42,2% мужчин и у 36,9% женщин; обсессивно-фобический невроз у 9,9% пациентов ($p < 0,05$ в сравнении с контрольной группой): у 6,7% мужчин ($p < 0,05$ в сравнении с мужчинами контрольной группы), и у 11,8% женщин.

Согласно МКБ – 10 (таблица 5), в контрольной группе ведущими являлись расстройства адаптации (F 43) – 26,2%, (27,7% женщин и 24,3 %

мужчин). Далее следуют: неврастения (F 48.0) - 23,8% (21,3% женщин и 27,3% мужчин); соматоформные расстройства (F 45) - 18,7% (17,0% женщин и 21,2% мужчин); тревожно-фобические расстройства – агорафобия – (F 40) – 15,0% (17,0% женщин и 12,1% мужчин); другие тревожные расстройства (F 41) – 7,5% (6,4% женщин и 9,1% мужчин); диссоциативные (конверсионные) расстройства (F 44) - 6,3% (8,5 % женщин и 3,0% мужчин); менее всего пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством (F 42) – 2,5% (2,1% женщин и 3,0% мужчин).

Таблица 5

**Распределение больных основной и контрольной групп по
диагностическим рубрикам согласно МКБ – 10**

Рубрика МКБ-10	основная группа (n=121)						контрольная группа (n=80)					
	общ.		м		ж		общ.		м		ж	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
F 40 тревожно-фобические расстройства	11	9,1	3	6,7	8	10,5	12	15,0	4	12,1	8	17,0
F 41 другие тревожные расстройства	4	3,3	3	6,7	1	1,3	6	7,5	3	9,1	3	6,4
F42 обсессивно-компульсивное расстройство	1	0,8	0	0	1	1,3	2	2,5	1	3,0	1	2,1
F43 расстройства адаптации	26	21,5	5	11,1	21	27,6	21	26,2	8	24,3	13	27,7
F44 диссоциативные расстройства	6	5,0	0	0	6	7,9	5	6,3	1	3,0	4	8,5
F45 соматоформные расстройства	26	21,5	15	33,3	11	14,5	15	18,7	7	21,2	8	17,0
F48 другие невротические расстройства	47	38,8	19	42,2	28	36,9	19	23,8	9	27,3	10	21,3
<i>Всего</i>	<i>121</i>	<i>100</i>	<i>45</i>	<i>100</i>	<i>76</i>	<i>100</i>	<i>80</i>	<i>100</i>	<i>33</i>	<i>100</i>	<i>47</i>	<i>100</i>

Примечание: **0,0** – достоверное различие соответствующих показателей внутри рубрики МКБ -10

В основной группе наиболее часто диагностировалась неврастения (F 48.0) – 38,8%, относящаяся к кластеру F 48 - «Другие невротические расстройства»: у 36,9% женщин и у 42,2% мужчин. Следующими, в равной степени, диагностированы расстройства адаптации (F 43) – 21,5% и соматоформные расстройства (F 45) – 21,5%. Статистически достоверные различия по полу выявлены в случаях соматоформных расстройств с большей частотой ($p < 0,05$) диагностики их среди мужчин - 33,3%, чем среди женщин - 14,5%. Расстройства адаптации диагностированы достоверно чаще ($p < 0,05$) у женщин по сравнению с мужчинами (соответственно 27,6% и 11,1%).

Для решения задач исследования применялись клинико-анамнестический, клинико-психопатологический и экспериментально-психологический методы.

С помощью клинико-анамнестического метода выяснялась зависимость становления невротических расстройств от преморбидных особенностей личности, путём целенаправленного опроса выяснялась наследственная отягощённость, перенесенные вредности, особенности личности, характер семейных и производственных отношений, система жизненных ценностей и отношение к произошедшим макросоциальным изменениям в стране.

Клинико-психопатологический метод включал в себя клиническое наблюдение, позволившее синтезировать представления о психопатологической картине невроза, личности больного и его жизненной ситуации. Также применялся симптоматический опросник SCL – 90 – R, разработанный L.R.Derogatis et al. (Derogatis L. R., Lipman R.S., Covi L., 1971; Derogatis L.R., Cleary P.A., 1977) широко используемый для изучения психического состояния и терапевтической динамики больных как в амбулаторной, так и стационарной практике (Бурминский Д.С., 2003; Падун М.А., 2003; Franke G.H., 1995). Как отмечают авторы опросника, шкала самооценки SCL - 90 - R пригодна для обследования больных с невротическим уровнем расстройств и ограниченно применима у больных с психозами. Данная методика весьма экономичный психодиагностический метод, позволяющий определять

большое количество показателей в динамике. Она также информативна в плане оценки симптоматического и синдромологического статусов пациента, что немаловажно при работе с поздневозрастным контингентом больных (подробнее см. приложение 2).

Экспериментально-психологическое исследование включало ряд методик.

1. Мнестико-интеллектуальная оценка испытуемых (запоминание 10 слов, «исключение 4-го лишнего»), оценка внимания, темпа протекания психических процессов по таблицам Шульте.

2. Методика для исследования копинг-поведения, предложенная Е. Нейм (1988) и адаптированная на Российской выборке в Санкт-Петербургском научно-исследовательском институте им В.М. Бехтерева (Карвасарский Б.Д. с соавт., 1999), которая (приложение 3) состоит из трёх шкал, содержащих утверждения, отражающие способы преодоления трудностей по трём плоскостям копинг-поведения: применительно к поведенческой сфере (8 вариантов поведенческих стратегий), когнитивной сфере (10 вариантов когнитивных стратегий), эмоциональной сфере (8 вариантов эмоциональных стратегий). По степени их адаптивных возможностей виды копинг-поведения распределены на три основные группы: адаптивные, относительно адаптивные и неадаптивные.

В инструкции испытуемым предлагалось выбрать те варианты копинг-поведения, с помощью которых ими разрешаются трудности. При обработке результатов обследования определялась частота выбора (в процентах) конкретного варианта в группе.

3. Методика «Психологическая диагностика индекса жизненного стиля (Life style index – LSI)» была описана R. Plutchik, H. Kellerman, H. Conte (1979) и адаптирована на Российской выборке в лаборатории клинической психологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института им. В.М. Бехтерева (Вассерман Л.И. с соавт., 1999). Опросник был разработан для оценки выраженности 8 основных механизмов психологической защиты (МПЗ) – отрицания, проекции, регрессии, компенсации, вытеснения,

замещения, интеллектуализации и реактивных образований. Вопросник состоит из 97 вопросов и составлен так, чтобы оценивать у испытуемого частоту использования в повседневной жизни того или иного защитного механизма и выявления, таким образом, определённой, свойственной ему структуры защитного реагирования (приложение 4).

4. Опросник Шмишека. Методика разработана Н. Schmieschek (1970) на основе концепции акцентуированных личностей К. Leonhard (1976). Успешно применяется в психодиагностике в России (Блейхер В.М., Крук И.В., 1986; Реан А.А., Лукин С.Е., 1993; Римская Р., Римский С., 1997), в том числе и при исследовании позднеговозрастного контингента (Скударь К.Е., 2001; Буйков В.А., 2003). С помощью опросника определяются 10 типов акцентуации личности: демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый, гипертимический, дистимический, тревожно-боязливый, циклотимический, аффективно-экзальтированный (лёгкость перехода от состояния восторга к состоянию печали), эмотивный (особая впечатлительность и чувствительность к внешним воздействиям с нередким поведенческим и эмоциональным регрессом) типы.

5. Методика написания психологической автобиографии, позволяющая с помощью совокупности приёмов получить данные психологического анамнеза, сведения о важнейших событиях, этапах жизненного пути личности, отношения к прожитому и особенностях антиципации (Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М., 1989). Данной методикой, в отличие от предыдущих, обследованы только пациенты основной группы (приложение 5).

Для статистической обработки полученных данных использовалась компьютерная программа Statistica 5.0 для Windows. Оценка проводилась с помощью параметрического t-критерия Стьюдента, непараметрического критерия U-Манна-Уитни (малые выборки, $n < 30$ - Лупандин В.И., 2002). Для выявления различий признаков, выраженных в процентном отношении, применялось угловое преобразование Фишера (критерий ϕ^*). Проводился

корреляционный анализ (r Спирмен). Статистически значимыми принимались результаты на уровне $p < 0,05$.

ГЛАВА 3.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЗОВ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

3.1. Психогенные факторы неврозов в позднем возрасте

В современной отечественной литературе этиопатогенез неврозов рассматривается, прежде всего, с точки зрения патогенетической концепции В.Н. Мясищева, сформулированной в 1960 г. на основе психологии отношений (см. главу 1 стр. 15).

Психотравмы (психогении) относятся к основным этиологическим факторам возникновения невроза (Мясищев В.Н., 1960; Карвасарский Б.Д., 1990).

Психогенные факторы, выявленные у обследуемых пациентов обеих групп, распределены нами на 5 разновидностей (типов). Следует отметить, что нередко у пациентов имело место сочетание нескольких психогений. Первую разновидность - составили семейно-бытовые факторы, включающие смерть и тяжёлые заболевания близких, материальные затруднения, личную неустроенность (отсутствие стабильной семейной среды – родительской, либо желаемой супружеской), нарушения взаимоотношений с родственниками (дети/родители, сестры/братья и т.п.), между супругами, включающие ссоры и измены, сексуальную дисгармонию и развод, как завершающий момент.

Вторая – производственные факторы – состоит из психотравм, воздействующих на пациентов на работе/учёбе. В неё входят напряжённый характер работы/учёбы, конфликты с сотрудниками и/или начальством, неудовлетворённость работой/учёбой, переход на новое место работы или новую должность с трудностями освоения их, угроза сокращения или потеря работы/учёбы.

Третья - объединяет факторы, имеющие отношения к соматическим заболеваниям (нозогении) (онкопатология, сердечно-сосудистая патология, заражение венерическим заболеванием), а также к старости, субъективно

воспринимаемой пациентами как угроза здоровью (страх перед «недугами старости» - геронтофобия). В эту же группу включена ятрогения, в том числе и как результат неудачной операции. Четвёртая разновидность представлена фактором вынужденной миграции. Пятая - включает в себя антропокриминогенные факторы: материальные потери (денег, недвижимости в результате краж, афер), нападения с целью грабежа, вымогательство денег, унижение собственного достоинства. Фактор «горячие точки» (участие в боевых операциях, в ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС не только непосредственно пациента, но и родственника пациента с невротическим расстройством) относится к этой же группе по их общности воздействия на человека с угрозой личной безопасности, здоровью и нередко жизни.

Распределение этих пяти разновидностей с рядом конкретных ситуаций представлено в таблице 6, сравнительная характеристика психогений с учётом пола в таблице 7. Как следует из приведенных результатов, соотношение, выделенных нами разновидностей психотравм, в основной и контрольной группах значительно отличается: если среди патогформирующих невротическое состояние психогений у «молодых» ведущими являются семейно-бытовые психотравмы (91,3%; $p < 0,01$), то у позднеговозрастных пациентов они выступают паритетными с производственными (ср.: 75,2% и 71,9% соответственно). Кроме того, в контрольной группе наибольший удельный вес в этой разновидности стрессогений занимают супружеские конфликты (60% - без половых различий, достоверно преобладая над таковыми в основной группе – 32,2%; $p < 0,05$), а в группе пожилых пациентов они уступают (хотя и незначительно) фактору тяжёлой болезни и утраты близких, особенно у женщин (ср.: 32,2% и 35,5% соответственно). Скорее всего, одной из значимых составляющих патогформирующего воздействия смерти в близком окружении для пожилых людей, наряду с травмой личного характера, являлась актуализация экзистенциальных переживаний в структуре невротического состояния (страх собственной смерти, страх одиночества).

Психогенные факторы у больных неврозами

Типы психогенных факторов	Контрольная группа (n = 80)						Основная группа (n = 121)					
	м	%	ж	%	абс.	%	м	%	ж	%	абс.	%
I. Семейно-бытовые:	29	87,9	44	93,6	73	91,3*	25	55,6	66	86,8	91	75,2*
- смерть и тяжёлые заболевания близких	5	15,2	8	17,0	13	16,3*	8	17,8	35	46,1	43	35,5*
- материальные трудности	5	15,2	4	8,5	9	11,3	7	15,6	10	13,2	17	14,0
- личная неустроенность	4	12,1	15	31,9	19	23,8	4	8,9	19	25,0	23	19,0
- нарушения взаимоотношений с родственниками	8	24,2	18	38,3	26	32,5	5	11,1	26	34,2	31	25,6
- нарушения взаимоотношений между супругами	23	60,6	28	59,6	51	60,0*	15	33,3	24	31,6	39	32,2*
а) ссоры и измены, сексуальная дисгармония	19	57,6	27	57,4	46	57,5*	15	33,3	24	31,6	39	32,2*
б) развод как завершающий момент	4	12,1	4	8,5	8	10,0*	2	4,4	1	1,3	2	2,5*
II. Производственные:	9	27,3	12	25,5	21	26,3*	40	88,9	47	61,8	87	71,9*
- напряжённый характер работы/учёбы	4	12,1	2	4,3	6	7,5*	20	44,4	24	31,8	44	36,4*
- конфликты с сотрудниками/начальством	3	9,1	3	6,4	6	7,5*	21	46,7	16	21,1	37	30,6*
- неудовлетворённость работой/учёбой	5	15,2	6	12,8	11	13,8*	27	60,0	27	35,5	54	44,6*
- переход на новое место работы/новую должность	1	3,0	2	4,3	2	2,5*	10	22,2	6	7,9	16	13,2*
- угроза сокращения/ потеря работы	3	9,1	5	10,6	8	10,0*	19	42,2	35	46,1	54	44,6*
III. Нозогенные (в том числе ятрогения, геронтофобия):	3	9,1	1	2,1	4	5,0*	12	26,7	37	48,7	49	40,5*
- угроза или диагностика онкозаболевания	---	---	1	2,1	1	1,3*	2	4,4	10	13,2	12	9,9*
- неудачная операция, ятрогения	---	---	1	2,1	1	1,3*	2	4,4	8	10,5	10	8,3*
- подозрение на инфаркт миокарда	3	9,1	---	---	3	3,8	8	17,8	3	3,9	11	9,1
- заражение венерическим заболеванием	---	---	1	2,1	1	1,3	---	---	---	---	---	---
- страх перед заболеванием / «недугами старости»	1	3,0	1	2,1	1	1,3*	3	6,7	30	39,5	33	27,3*
IV. Вынужденная миграция	-	-	1	2,1	1	1,3	3	6,7	3	3,9	6	5,0
V. Антропокrimиногенные:	7	21,2	1	2,1	8	10,0*	16	35,6	16	21,1	32	26,4*
- материальные потери	2	6,1	1	2,1	2	2,5*	7	15,6	5	6,6	12	9,9*
- нападения, вымогательство, унижение достоинства	4	12,1	1	2,1	5	6,3	3	6,7	10	13,2	13	10,7
- «горячие точки»	2	6,1	---	---	2	2,5	6	13,3	2	2,6	8	6,6

* - статистически достоверные различия соответствующих показателей между группами (p<0,05).

**Сравнительная характеристика психогенных факторов у больных
неврозами с учётом пола (% показатель)**

Типы психогенных факторов	мужчины		женщины	
	контр. группа (n=33)	основная группа (n=45)	контр. группа (n=47)	основная группа (n=76)
I. Семейно-бытовые:	87,9	<u>55,6*</u>	93,6	<u>86,8</u>
- смерть и тяжёлые заболевания близких	15,2	<u>17,8</u>	17,0	<u>46,1*</u>
- материальные трудности	15,2	15,6	8,5	13,2
- личная неустроенность	<u>12,1</u>	<u>8,9</u>	<u>31,9</u>	<u>25,0</u>
- нарушения взаимоотношений с родственниками	24,2	<u>11,1</u>	38,3	<u>34,2</u>
- нарушения взаимоотношений между супругами	60,6	33,3*	59,6	31,6*
а) ссоры и измены, сексуальная дисгармония	57,6	33,3*	57,4	31,6*
б) развод как завершающий момент	12,1	4,4	8,5	1,3*
II. Производственные:	27,3	<u>88,9*</u>	25,5	<u>61,8*</u>
- напряжённый характер работы/учёбы	12,1	<u>44,4*</u>	4,3	<u>31,8*</u>
- конфликты с сотрудниками/начальством	9,1	<u>46,7*</u>	6,4	<u>21,1*</u>
- неудовлетворённость работой/учёбой	15,2	<u>60,0*</u>	12,8	<u>35,5*</u>
- переход на новое место работы/новую должность	3,0	<u>22,2*</u>	4,3	<u>7,9</u>
- угроза сокращения/ потеря работы	9,1	<u>42,2*</u>	10,6	<u>46,1*</u>
III. Нозогенные (в том числе ятрогения, геронтофобия):	9,1	<u>26,7</u>	2,1	<u>48,7*</u>
- угроза или диагностика онкозаболевания	---	4,4	2,1	<u>13,2*</u>
- неудачная операция, ятрогения	---	4,4	2,1	10,5
- подозрение на инфаркт миокарда	9,1	<u>17,8</u>	---	<u>3,9</u>
- заражение венерическим заболеванием	---	---	2,1	---
- страх перед заболеванием / «недугами старости»	3,0	<u>6,7</u>	2,1	<u>39,5*</u>
IV. Вынужденная миграция	-	6,7	2,1	3,9
V. Антропокrimиногенные:	<u>21,2</u>	35,6	<u>2,1</u>	21,1*
- материальные потери	6,1	15,6	2,1	6,6*
- нападения, вымогательство, унижение достоинства	12,1	6,7	2,1	13,2*
- «горячие точки»	6,1	<u>13,3</u>	---	<u>2,6</u>

*– статистически достоверное различие к соответствующему показателю в контрольной группе ($p < 0,05$).

0,0 – статистически достоверное различие к соответствующему показателю по половой принадлежности внутри группы ($p < 0,05$)

Рассматривая остальные три разновидности психотравмирующих ситуаций в сравнительно-возрастном аспекте, можно отметить явное их превалирование у поздневозрастного контингента больных и в наибольшей степени нозогенных (ср.: 5% с преобладанием у мужчин в контрольной группе и 40,5% в основной, с преобладанием у женщин). Заслуживает особого интереса тот факт, что у изучаемых нами больных антропокриминогенные факторы (5 группа) более чем в 2 раза превышает таковые в контрольной группе. Это обстоятельство в полной мере отражает динамику жизненных явлений и, главным образом, выраженную ранимость («locus minoris») по отношению к этим ситуациям поздневозрастного контингента людей. К этой группе психогений (пятой) можно отнести, в определённой мере, и психотравмирующие явления вынужденной миграции в силу того, что в основе её находятся антропокриминогенные факторы. В этом случае ещё более возрастает патогенная роль подобного рода психотравм в развитии неврозов позднего возраста. Тем не менее, выделение в отдельный тип психогений вынужденной миграции продиктовано сочетанием в ней почти всего спектра психотравмирующих обстоятельств с выраженным социальным и семейным акцентом, согласно мнению И.Я. Гуровича с соавт. (2004), L.T. Arcel, G.T. Simunkovic (1998): материальные потери, утрата части родственных связей, бытовая неустроенность с нередким негативным отношением к вынужденным переселенцам коренных жителей, трудности трудоустройства с периодами длительной безработицы, приводящие к полному внутреннему опустошению с выраженной социальной дезадаптацией.

Подводя итог анализа предпочтительной роли тех или иных типов психогений для развития поздневозрастных неврозов (вне зависимости от пола), можно выделить основную их особенность – большая их связь с социально-производственной сферой (макросоциального уровня) и состоянием здоровья, и меньшая - с семейно-бытовыми обстоятельствами в противоположность контрольной группе.

Наряду с возрастом, второй основной биологический параметр – пол, также обнаруживал избирательную ранимость в рамках пяти выделенных нами разновидностей психогений. Мужчины основной группы оказались более уязвимыми при воздействии производственных (особенно обстоятельства неудовлетворённости работой – почти в два раза чаще, чем женщины - ср.: 60,0% и 35,5% соответственно; $p < 0,01$) и антропокриминогенных психотравмирующих обстоятельств, в то время как женщины – семейно-бытовых (прежде всего, смерти и тяжёлых заболеваний близких – более чем в 2,5 раза превышающий подобный у мужчин - ср.: 46,1% и 17,8% соответственно; $p < 0,01$) и нозогенных факторов (ср.: 48,7% и 26,7% соответственно; $p < 0,01$). Обращает на себя внимание тот факт, что ведущей нозогенией у мужчин была «подозрение на инфаркт миокарда», отражающая общепринятую точку зрения о преобладании частоты инфарктов у мужчин в позднем возрасте (ср.: 17,8% и 3,9% соответственно; $p < 0,01$), а у женщин наибольшую психотравмирующую роль играли страх оказаться больной и вообще перед недугами старости (ср.: 39,5% и 6,7% соответственно; $p < 0,01$). Требуется особое объяснение превалирование среди производственных психогений у мужчин основной группы «неудовлетворённости работой» (60,0%), поскольку в поздневозрастном периоде жизни, когда в большинстве своём, человек обретает определённую привязанность к своей работе (по крайней мере, должен обретать) данное явление парадоксально. Этот психогенный фактор, в полной мере, обусловлен социально-экономическими реформами последнего пятнадцатилетия: происходящие реорганизации предприятий с изменением требований и порядка взаимодействия с собственником при игнорировании мнения подавляющего большинства работающих вызывают протест, прежде всего, у мужчин. Далек не у всех пациентов протест трансформировался в открытый конфликт с администрацией («начальством»). Нередко протест принимал пассивную форму, принося недовольство, неудовлетворённость работой с напряжённым характером отношений между сотрудниками,

сочетающиеся и со скрытой (или открытой) угрозой сокращения. Именно эта (угроза сокращения/потеря работы) психотравмирующая ситуация преобладала (хотя и недостоверно) среди других производственных психогений у женской части пожилых пациентов, что указывает на жёсткий производственный прессинг поздневозрастного контингента женщин по сравнению с молодыми (ср. показатели по этому фактору: 46,1% основная группа и 10,6% - контрольная; $p < 0,01$). С нашей точки зрения, стрессогения «угроза сокращения/потеря работы», возникшая в современных производственных отношениях, с тенденцией к избавлению от поздневозрастного контингента без ориентировки на имеющиеся заслуги и официальный возрастной критерий, значительно более травматична, нежели психогенный фактор выхода на пенсию, на который часто указывают исследователи поздневозрастного контингента (Авербух Е.С. с соавт., 1976; Гаврилова С.И. с соавт., 2002), поскольку последний был ожидаемым критерием (нередко почётным) окончания трудовой деятельности. В наших исследованиях этот вид психогений отсутствовал не только в связи с более низковозрастной выборкой пожилых, но и с утратой, по-видимому, своего содержательного значения. Необходимо подчеркнуть, что только в производственной разновидности стрессогенных факторов каждый из них у поздневозрастных пациентов достоверно превалировал над таковыми контрольной группы (см. таблицу 6). Это свидетельствует не только о ведущем значении данных психотравмирующих обстоятельств (о чём уже было сказано), но и особой актуальности (смысловой) их. Мы уже говорили о конфликте новой структуры производства (и особенно с переходом его в частное пользование не всегда законным порядком) с прежними, хотя и в большей мере декларируемыми, собственниками (работниками предприятия). Пожилым (несмотря даже на их профессиональное мастерство) трудно было конкурировать с более молодыми энергичными, легко усваивающими новые требования, компьютерную технику, сотрудниками. Возникающая угроза сокращения, проблемы безработицы лишали стабильности социальный и семейный

статус, сопровождались утратой чувства защищённости государством полноправного члена общества, с индукцией тревожной неуверенности в завтрашнем дне. Типичным в этой ситуации являлось формирование невроза по механизму «ухода в болезнь», что в значительной степени снижало эмоциональную нагрузку на пациента со стороны его окружения (в том числе и членов семьи) и придавало ему новый псевдозащищённый статус – патопротекторный фактор невроза.

Антропокrimиногенный тип психогений, занимая вместе с типом «вынужденная миграция» более 1/3 стрессогенных ситуаций в основной группе больных (ср.: 11,3% в контрольной группе и 31,4 % в основной; $p < 0,01$), особенно контрастировал у женщин по сравнению с контрольной группой (21,1% в основной и 2,1% в контрольной группе; $p < 0,01$). В большинстве своём женщины изучаемого контингента страдали от нападений, вымогательств, унижений достоинства (ср.: 2,1% в контрольной группе и 13,2 % в основной). Данный факт может, с нашей точки зрения, свидетельствовать и об общепопуляционной тенденции: большей подверженности женского контингента, особенно в период социально-экономических кризисов, криминальной агрессии, но преимущество болезненного реагирования на неё является прерогативой позднего возраста. Интерес вызывают данные о психогении «горячие точки» (ограниченные военные действия), которая у женщин контрольной группы отсутствовала, в то время как в основной она звучала у 2,6% больных. Это может быть отнесено и к издержкам выборки больных, но и не исключает значительно меньшую толерантность пожилых женщин, чем молодых к потере близких (гибель сыновей, проходивших службу в «горячей точке»). Высказанное предположение находит своё подтверждение в показателях семейно-бытовой разновидности психотравм о роли в развитии невроза у основной группы смерти и тяжёлых заболеваний близких (ср.: 17,0% у женщин контрольной группы и 46,1% - основной; $p < 0,01$).

Возвращаясь к семейно-бытовым психогениям, которые составляют, как и производственные, более 2/3 стрессовых воздействий у больных позднего возраста, ведущий фактор утраты близких, достоверно преобладающий в основной группе по сравнению с контрольной (35,5% и 16,3% соответственно; $p < 0,05$), имел различную содержательность у мужчин и женщин позднеговозрастного периода: если у женщин психотравмирующей ситуацией являлась гибель сына, в семье которого после развода или смерти мужа она проживала (смерть мужа в этом случае почти не звучала), то у изучаемой группы мужчин стрессогенным обстоятельством служила смерть жены. Более того, в отличие от женщин, смерть супруги у мужчин приводила к формированию более тяжёлых и затяжных форм неврозов, что может указывать на меньший ресурс у них способов противодействия травме (механизмов компенсации утраты): если более быстрому выздоровлению женщин, утративших супруга, способствовало её стремление вернуться к воспитанию детей и внуков, то у мужчин такое стремление отсутствовало. В большинстве наблюдаемых нами случаев, имея тесную симбиотическую связь с супругой в силу преобладания зависимых черт личности, после её смерти мужчина занимал пассивную позицию с рентным отношением к другим членам семьи, что хронифицировало невротическое расстройство, а в дальнейшем приводило к выраженной социальной дезадаптации.

Исследования разновидностей и особенностей фабулы психогений позволило нам выявить определённые корреляционные связи между формами неврозов и отдельными психогенными факторами. Именно в основной группе больных они оказались наиболее чёткими, что, скорее всего, свидетельствует о большей специфичности и значимости тех или иных психотравм в генезе (актуализации) ведущего внутриличностного конфликта, определяющего, в конечном итоге, клиническую форму невротического расстройства. Здесь также имеются некоторые половые различия.

При истерическом неврозе у мужчин основной группы положительные значимые корреляции выявляются: внутри семейно-бытовых психотравм со

смертью, тяжёлыми заболеваниями близких и личной неустроенностью (соответственно: $r = 0,54$ и $0,51$), производственной разновидности – угрозой сокращения/потери работы ($r = 0,60$), с антропокриминогенным типом психогений вообще ($r = 0,55$) и наиболее всего из них – «горячие точки» ($r = 0,68$). Показательна отрицательная значимая корреляция в ряду производственных психотравм с фактором «конфликты с сотрудниками/начальством» ($r = -0,62$), которая подтверждает ранее высказанное мнение о нередком отсутствии активного протеста к работодателю и сотрудникам-конкурентам. Женщины основной группы больных истерическим неврозом обнаружили значимые положительные корреляции с нозогенными психотравмами ($r = 0,62$) и, в частности, с фактором «страх перед заболеванием/недугами старости» ($r = 0,55$). Страх перед грядущей немощностью, утратой женственности и сексуальной привлекательности являлись актуальными переживаниями у всех женщин позднего возраста с этой формой невроза.

В случаях неврастении, в противоположность истерическому неврозу, у мужчин позднего возраста обнаружили положительные корреляции с фактором «конфликты с сотрудниками/начальством» среди производственных психогений, что отражает сущность внутриличностного неврастенического конфликта между повышенной требовательностью к себе и невозможности реализовать свои способности при создавшихся на производстве условиях. Наименьшую патогформирующую роль играли нозогенные и антропокриминогенные психотравмы (отрицательные корреляционные связи, соответственно: $r = -0,61$ и $r = -0,54$). У женщин позднего возраста положительные корреляционные связи прослеживались с производственной стрессогенией ($r = 0,54$) и, прежде всего, неудовлетворённостью работы ($r = 0,61$), что отражает пассивный протест, актуализирующий внутриличностный конфликт, а также с антропокриминогенным фактором «материальные потери» ($r = 0,75$). Интересен тот факт, что обнаружена отрицательная связь с нозогенным

фактором «страх перед заболеванием/недугами старости ($r=-0,78$) свойственной в большей мере истерическому типу внутриличностного конфликта.

У мужчин основной группы с обсессивно-фобическим неврозом устанавливались положительные корреляционные связи среди семейно-бытовых психогений с нарушением взаимоотношений между супругами ($r=0,62$), ссорами, изменами, сексуальной дисгармонией ($r=0,62$); в производственной сфере – «напряжённый характер работы/учёбы» ($r=0,70$). Особенно были подвержены мужчины с этой формой невроза нозогенным психотравмам ($r=0,56$), главным образом – подозрению на инфаркт миокарда, когда в значительной степени ущемлялись их стремления, желания (актуальность внутриличностного конфликта), а среди антропокриминогенных психотравм – фактору «материальные потери» (наивысший показатель – $r=0,82$), который также лишает личность потенциальных возможностей (стремлений, желаний). Среди женщин с обсессивно-фобическим неврозом значимых корреляций с определёнными психогениями не выявлено.

Необходимо отметить, что отсутствие чётких положительных корреляционных связей с рядом, выделенных нами, психогений при конкретных формах неврозов и, в частности, у женщин в случаях обсессивно-фобических невротических расстройств подчёркивает, высказанное нами положение о преимущественной патогформирующей роли комплексных психогений у больных позднего возраста.

В качестве иллюстрации макросоциальных влияний на поздневозрастной контингент приводим характерную историю болезни.

Наблюдение № 1 Больная Д., 57 лет.

Анамнез: наследственность психопатологически не отягощена. Третья из четырёх детей («единственная любимая дочь»). Роды и беременность у матери без патологии. Раннее развитие без особенностей, в соответствии с возрастом. Проживала с семьёй в селе. Особенно была любима отцом, была к нему «очень привязана». Глубоко и длительно переживала его болезнь и в последующем смерть. В школу пошла с 8 лет, училась

посредственно, с трудом осваивала точные науки, предпочитала «любимые» предметы - биологию, историю. Среди сверстников к лидерству не стремилась, но старалась обратить на себя их внимание, всегда «желала быть в числе лучших», недостаточно хорошую успеваемость компенсировала активным участием в жизни школы: в художественной самодеятельности, спортивных мероприятиях. Охотно помогала сельчанам по хозяйству. После окончания 10 классов поступила в кооперативный техникум, затем 18 лет проработала товароведом в Райпо. С 1986 по 2004 год работала начальником автостанции п. Октябрьский. Замужем с 1968 года, от брака имеет двух детей. Муж умер от инфаркта миокарда в 1997 году. С 1990 года страдает мерцательной аритмией сердца, миокардиодистрофией, по этому поводу наблюдается кардиологом, неоднократно проходила стационарное лечение. С 1994 по 1996 гг., в силу обострения аритмии, была определена 3 группа инвалидности. Климактерические явления (вегетативные расстройства, «приливы» с невыраженной тревожностью, нарушениями засыпания) с 43 летнего возраста после аборта, в течение 2 лет. В этом же возрасте перенесла пневмонию. В 1999 году оперирована по поводу желчно-каменной болезни. С 55 летнего возраста на пенсии, но продолжала работать зав. автостанцией. Началом заболевания считает 10 марта 2004 года, когда, придя на работу, неожиданно узнала о том, что автостанция продана частному предпринимателю, который предложил ей написать заявление об увольнении. Тяжело переживала случившееся: снизилось настроение, возникло «ощущение тяжёлой потери, безысходности будущего», к концу дня нарастала тревожность, плохо спала, ела «в силу необходимости». В этот же день стала звонить начальству, выяснять законность данной ситуации. 11 марта была госпитализирована по «Скорой помощи» с подозрением на инфаркт миокарда. 10 дней находилась на стационарном обследовании и лечении, но диагноз инфаркта не подтвердился. Была проконсультирована психиатром, после выписки из стационара находилась у него на амбулаторном наблюдении, получала лечение соннапаксом, реланиумом, но улучшения не чувствовала. Присоединилась утомляемость, слабость в руках и ногах, постоянно вспоминала «ушедшие годы обустройства автостанции». Поступила по направлению психиатра ЦРБ.

Психический статус: Расположена к беседе. Охотно отвечает на вопросы. Выражение лица печальное, эмоциональные реакции подвижные, выразительные, при повествовании о ситуации увольнения на глазах выступают слёзы. Настроение снижено, фиксирована на обстоятельствах увольнения: «даже не предупредили, пришла на работу, как обычно и сказали писать заявление на увольнение. Я отдала обустройству автостанции 18 лет, она считалась лучшей в области, вся украшена цветами, даже

свадебные картежи фотографировались на её фоне... и теперь в один миг всё рухнуло». Мышление в замедленном темпе, присутствуют признаки инертности, тугоподвижности. Память на текущие и прошлые события не нарушена. Бредовых идей, суицидальных мыслей не высказывает, обманов восприятия не обнаруживает.

Соматический статус: Кожа, слизистые чистые. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс 70 ударов в мин., ритмичный. АД 120/75 мм рт.ст.. Живот мягкий при пальпации, слегка увеличен в объёме. Печень не увеличена. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Неврологический статус: Зрачки равные, глазодвижения в полном объёме, реагируют на свет. Лицо симметричное. Сухожильные рефлекс одинаковые с обеих сторон. В позе Ромберга устойчива, лёгкий тремор кистей вытянутых рук. Патологических рефлексов, менингеальных знаков не выявлено.

Заключения специалистов:

Терапевт: ИБС, стабильная стенокардия напряжения II ФК. Атеросклеротический кардиосклероз. Сно.

Невролог: начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения. Астено-депрессивный синдром.

Гинеколог: органической патологии нет.

Окулист: глазное дно – ангиопатия сетчатки

РЭГ – пульсовое кровенаполнение незначительно снижено во всех сосудистых бассейнах. Асимметрии нет. Кривая РЭГ атеросклеротического типа с признаками повышения тонуса, в основном микроциркуляторного русла. Венозный отток несколько затруднён во всех сосудистых бассейнах

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования: выявляется, обусловленная острым стрессогенным влиянием, выраженная актуализация истерического внутриличностного конфликта определяющегося, прежде всего, завышенными требованиями личности, с недооценкой или полным игнорированием (отрицанием) объективных реальных условий и требований окружающих. Психические процессы с тенденцией к замедленному темпу и гиперстенической истощаемости. В мыслительной деятельности лёгкие затруднения категоризации решений с преобладанием опоры на функциональные связи, но с доступностью выполнения абстрактно-логических операций в условиях направляющей и организующей помощи. В системе личности акцентуированные черты демонстративно-гиперкомпенсаторного типа с низкоцеленаправленной системой Эго-защиты (ведущие психологические защиты – отрицание, вытеснение, регрессия, реактивные образования) и дезадаптивным

копингом в когнитивной сфере (растерянность). Мнестических расстройств не выявлено.

Заключение: таким образом, исходя из данных анамнеза, клинико-патогенетического анализа имеется острое психогенное воздействие с чёткой связью психогении с личностью пациентки (явная акцентуация характера по истерическому типу) с неспособностью личности в данных конкретных условиях самостоятельно разрешить её. Возникновение и течение расстройства связаны с патогенной ситуацией и переживаниями личности: наблюдается определённое соответствие между динамикой состояния больной и изменениями психотравмирующей ситуации. Клинические проявления расстройства (тревожно-депрессивные с соматоформными) по своему содержанию связаны с психотравмирующей ситуацией и переживаниями личности, с основными наиболее сильными и глубокими ее стремлениями. Констатируемые неврологом начальные сосудистые нарушения можно отнести к патопластическим, облегчающим возникновение расстройства, именно, после 45 лет. Обозначен внутрличностный конфликт по истерическому типу.

Диагноз можно сформулировать следующим образом: истерический невроз с тревожно-депрессивными, соматоформными расстройствами у акцентуированной по истерическому типу личности.

Таким образом, несмотря на отсутствие возможности выделить статистически значимый ведущий тип психогений, формирующий неврозы у пациентов позднего возраста, в отличие от контрольной группы, чётко прослеживается их особенная направленность – преимущественная связь с социально-производственной сферой макросоциального уровня, а также состоянием здоровья и меньшая - с семейно-бытовыми обстоятельствами, в противоположность контрольной группе. Другими словами, в этом возрастном периоде отмечается преобладание мультифакторности психогений с изменением их содержательной стороны: среди семейно-бытовых факторов смещение акцентов в сторону смерти и тяжёлых заболеваний близких, в том числе в результате воздействия антропокриминогенных факторов; в нозогенных - нарастание угрозы выявления тяжёлых хронических заболеваний с высокопотенциальным летальным исходом и страхом перед «недугами старости». Патоформирующее влияние психогений в поздневозрастной группе

пациентов имело половые различия: большая уязвимость мужчин к производственным и антропокриминогенным стрессогениям, а женщин – к семейно-бытовым и нозогенным. Тем не менее, следует отметить существенное влияние на развитие невроза в позднем возрасте, в отличие от молодых пациентов, как у мужчин (в большей степени), так и у женщин, производственных факторов. Они, в первую очередь, отражают патогенное влияние макросоциальных изменений, происходящих в нашей стране в последние 10-15 лет. Именно в этой группе появился новый мощный стрессогенный фактор «угроза сокращения или потеря работы», порождающий, помимо напряженного характера работы с конкуренцией за рабочие места, неуверенность перед будущим, усиливающий страх перед «недугами старости», страх серьезных материальных трудностей после потери работы или выхода на пенсию. Макросоциальные изменения, произошедшие за относительно короткий временной период, затронули все сферы социального функционирования, в первую очередь позднего возрастного контингента, воспитанного на постулате «благополучной старости» со стабильной социальной защитой, и часть из них привели к невозможности полноценной социальной адаптации в современных условиях с развитием невротического расстройства.

3.2. Психопатология истерического невроза в позднем возрасте

Истерический невроз, по данным нашего исследования, как и у молодых, является ведущим в группе пациентов позднего возраста (ср.: 51,3% от всех форм неврозов позднего возраста и 58,7% среди молодых пациентов). Помимо клинической оценки расстройств, диагноз истерического невроза основывался на выявлении истерического внутриличностного конфликта, который определяется чрезмерно завышенными претензиями личности, сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий или требований

окружающих. Его отличает существование завышенных требований к обществу при заниженных требованиях к себе. В МКБ – 10 данная форма невроза отсутствует, а истерические синдромы находятся в различных рубриках международной классификации: другие тревожные расстройства – F 41 (прежде всего тревожная истерия F 41.8), соматоформные расстройства F 45 (соматоформная истерия - Березанцев Ю.А., 2001), конверсионные расстройства F 44 (конверсионная истерия). Следует отдельно остановиться на довольно большом удельном весе депрессивных расстройств в рамках истерического невроза с соответствующим в их патогенезе ведущим истерическим внутриличностным конфликтом («психогенные истерические депрессии» - Семке В.Я., 1988; «истеро-депрессивный тип патологической реакции горя в позднем возрасте» - Баранская И.В., 2003; «истерические депрессии» - Смулевич А.Б., 2003). При формальной оценке по критериям МКБ – 10 депрессивные расстройства в рамках истерического невроза соотносились с рубрикой F 43 - «Реакция на тяжёлый стресс и нарушения адаптации».

Синдромальный профиль больных истерическим неврозом основной и контрольной групп представлен на рисунке 1.

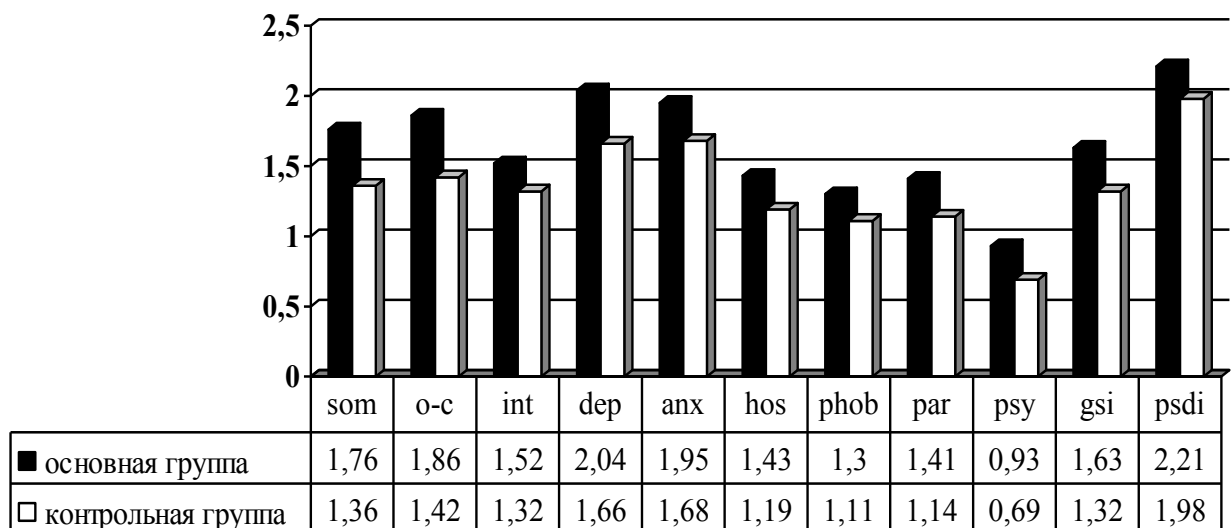


РИС. 1. Синдромальный профиль больных истерическим неврозом
(данные опросника SCL – 90 – R).

Синдромальные профили, как следует из рис.1, основной и контрольной групп имеют практически одинаковую конфигурацию, что свидетельствует об общности клинических взаимоотношений синдромов истерического невроза в различные возрастные периоды и соответствует данным исследований неврозов позднего возраста как прошлых лет (Авербух Е.С., Телешевская М.Э., 1976), так и современных (Смулевич А.Б., 2003). Вместе с тем, по величине показателей синдромальный профиль основной группы, по отношению к контрольной, расположен выше и отражает значимо большую интенсивность и напряжённость клинических проявлений истерического невроза в позднем возрасте, что подтверждается статистически достоверными различиями индекса тяжести симптомов (GSI): основная группа 1,63 – контрольная группа 1,32 ($p < 0,05$); индекса наличного симптоматического дистресса (PSDI): основная группа 2,21 – контрольная группа 1,98 ($p < 0,05$).

Степень выраженности клинических проявлений была достоверно выше по сравнению с контрольной группой в случаях депрессивных расстройств ($p < 0,05$), обсессивно-компульсивных ($p < 0,01$), соматизированных расстройств ($p < 0,05$). Более интенсивно в позднем возрасте проявляются тревожные расстройства по сравнению с контрольной группой, хотя данные шкал не достоверны (ср.: 1,95 и 1,68 соответственно).

Рассматривая особенности психопатологической структуры истерических проявлений по полу в сравнении с контрольной группой наибольшие различия выявлены у мужчин позднего возраста (рис.2, таб.8).

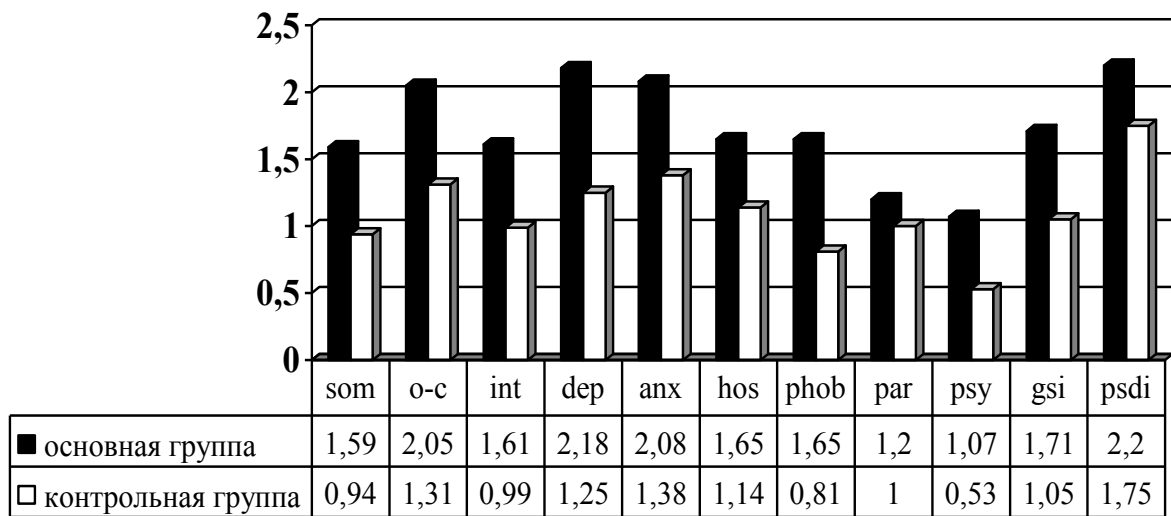


РИС.2. Синдромальный профиль мужчин больных истерическим неврозом (данные опросника SCL-90-R).

В отличие от мужчин контрольной группы у мужчин основной при истерическом неврозе особую значимость приобретают ярко выраженные проявления различных видов истерической депрессии и в первую очередь тревожной. Ведущими её проявлениями согласно шкалам опросника (с достоверно более высокими показателями по сравнению с контрольной группой) являлись (таб.8): «чрезмерное беспокойство по разным поводам» ($p < 0,01$), «чувство одиночества» ($p < 0,01$), «ощущение собственной никчёмности» ($p < 0,01$), «потеря сексуального влечения/удовольствия» ($p < 0,01$), «упадок сил и заторможенность» ($p < 0,05$), «нервировавшие сексуальные мысли» ($p < 0,05$). Больные испытывали чувство безнадежности в будущем ($p < 0,05$) с выраженной эмоциональной лабильностью и переживаниями «безвыходности» ($p < 0,05$). Истерическая депрессия в позднем возрасте у мужчин отличалась эгоцентрической направленностью, нередко с гиперболизированной подачей переживаний. Это подтверждается более высокими показателями по шкале ощущения собственной никчёмности (направленность на «Эго») по сравнению с показателями безнадежности

будущего (направленность во вне). Необходимо заметить, что в контрольной группе соотношение между этими показателями обратное. Показатели тревожности у мужчин позднего возраста также значительно превышали соответствующие показатели по полу в контрольной группе: ожидание невзгод ($p < 0,01$), беспокойство с неусидчивостью ($p < 0,01$), приступы ужаса/паники ($p < 0,01$).

В структуре истерического невроза у мужчин основной группы, по сравнению с контрольной, отличалось достоверное превалирование выраженности обсессивно-компульсивных расстройств, которые, чаще всего, сочетались с тревожно-депрессивными состояниями в ситуациях связанных либо с переживаниями утраты близких, либо увольнения с работы, участием в «горячих точках». Больные испытывали повторяющиеся неприятные, неотвязные мысли ($p < 0,05$) о произошедших психотравмирующих событиях, в случаях посттравматического стрессового расстройства, с внезапным вторжением в сознание отрицательных воспоминаний, образных представлений, повторных кошмарных сновидений (феномен «флэш бэк») и бессонницей по утрам ($p < 0,01$). Более свойственными мужчинам основной группы были и навязчивые сомнения в виде необходимости делать всё очень медленно, чтобы не допустить ошибки ($p < 0,01$) с потребностью повторять и перепроверять свои действия ($p < 0,01$). Степень переживаний проблем с памятью, относящейся по опроснику к обсессивно-компульсивным расстройствам также преобладала у больных мужчин позднего возраста ($p < 0,05$). Органического снижения памяти психологическое обследование у них не обнаруживало, что позволяет отнести эти «проблемы» к аффектогенному воздействию на мнестические функции.

В дифференциально-диагностическом плане невротических расстройств от органических, с нашей точки зрения, немаловажное значение имеет шкала опросника «враждебность». Показатели её, хотя и в целом не были достоверно выше у пожилых пациентов, отдельные параметры, однако, значительно (с достоверностью) превышали таковые у «молодых»: в

частности, легко возникающая досада или раздражение ($p < 0,05$), трудно сдерживаемые вспышки гнева ($p < 0,05$). В беседе, наблюдении за больными выяснялось, что эти аффективные проявления носили демонстративный характер, а не эксплозивный торпидный, свойственный органическим расстройствам. Типично для таких больных аффективно-патетическое преподнесение этих жалоб: «...настолько всё тяжело переживается, а кругом полное безразличие к тем мучениям, которые испытываешь...единственный выход – разнести всё вокруг и тогда хоть что-то сдвинется с места». В рамках истерического невроза у мужчин данное обстоятельство свидетельствовало о более выраженных деструктивно – агрессивных тенденциях у пожилых пациентов по сравнению с молодыми.

Более яркие проявления регрессивного поведения у больных мужчин основной группы по сравнению с контрольной констатировалось при вторичной истерической агорафобии, формирующейся, главным образом, при затяжном течении невроза и превалирующими (над молодыми пациентами) показателями шкалы «межличностной сензитивности». Ведущими симптомами первой были: необходимость избегать некоторых мест или действий ($p < 0,01$), чувство одиночества ($p < 0,01$), страх в открытых местах или на улице ($p < 0,01$), покинуть дом в одиночестве ($p < 0,05$), при езде в автобусах, поездах ($p < 0,01$); второй – душевная ранимость ($p < 0,01$), чрезмерная застенчивость в общении ($p < 0,05$), особенно с женщинами ($p < 0,05$), отдельные самоуничижительные заявления эпатажного характера ($p < 0,05$). В обоих случаях эти болезненные переживания были, в той или иной мере, с точки зрения пациентов, обусловлены «недостаточным вниманием общества к их проблемам», что отражает, в сущности, истерический внутриличностный конфликт. Симптомы соматизации с преобладанием их выраженности у позднеговозрастного контингента больных ($p < 0,05$) также отражали большую актуализацию внутриличностного конфликта у пожилых пациентов по сравнению с молодыми.

В противовес мужчинам у женщин основной группы больных достоверных синдромальных различий с контрольной группой не было ни по одной шкале опросника (рис. 3).

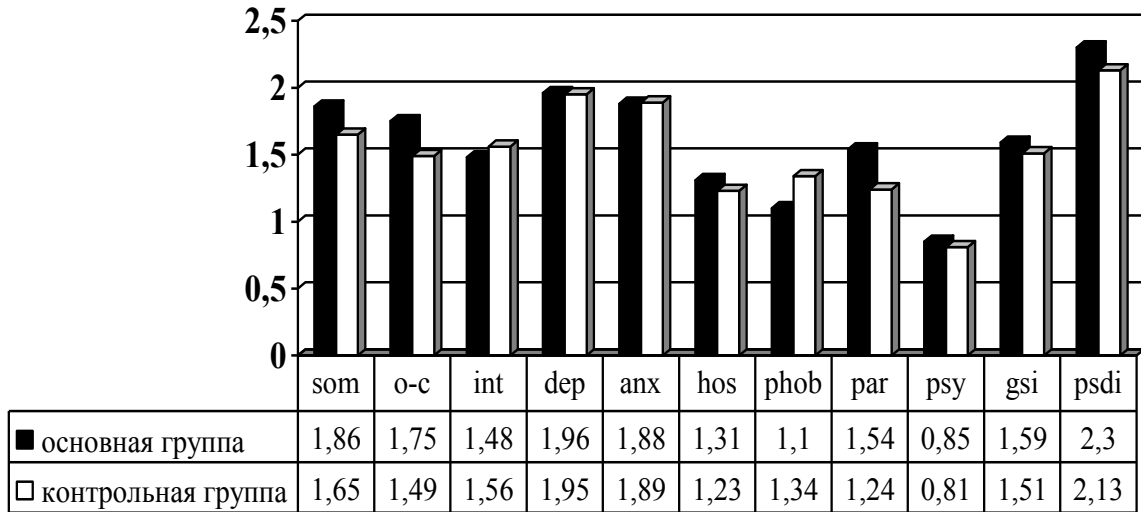


РИС.3. Синдромальный профиль женщин больных истерическим неврозом (данные опросника SCL-90-R).

Тем не менее, некоторые клинические проявления истерического невроза носили у женщин основной группы явно возрастную окраску. В частности, свойственные истерическому неврозу, вне зависимости от возраста, яркость, нарочитость, демонстративность, театральность тревожно-депрессивной симптоматики сопровождалась жалобами на «увядание», «утрату привлекательности». У больных женщин позднего возраста, в отличие от контрольной группы, в переживаниях постоянно звучал страх перед грядущей немощностью с невозможностью ухода за собой, утратой женственности и сексуальной привлекательности. Актуальность таких переживаний проявлялась и в поведении больных с признаками регресса в клинической симптоматике (регрессивное инфантильное поведение), с попытками компенсировать/гиперкомпенсировать «внешнее увядание» увлечением биодобавками, различными кремами, косметическими

«масками», посещением салонов и парикмахерских на этапе выздоровления, нередко с явной сменой прежнего имиджа (в более «молодую» сторону).

Внешние проявления истерической депрессии носили характер некоторой нарочитости, театральности, прослеживалось стремление пациенток вызвать сочувствие окружающих, при этом их помощь «драматично» отвергалась. Объективно тоскливый аффект не достигал той глубины и выраженности психотической депрессии, нередко сочетался с раздражительностью, требовательностью, претенциозностью. Указания на ангедонию, безрадостность, бессмысленность будущей жизни носили явно преувеличенный, эпатажный характер. Наряду с истинными идеями самообвинения (в случаях смерти близких) встречались самоупрёки, отличающиеся нарочитостью, незрелостью. При этом присутствовали и тенденции винить окружающих с высказываниями жалости к себе, «незаслуженности обрушившегося горя». Также, в случаях смерти близких, в клинической картине были выражены яркие, образные представления о мысленном общении с умершим, создавался некий «культ» с «выделением отдельного места в квартире», где находились фотографии и вещи умершего с регулярным «общением», верой «в его вторую жизнь». Нередко, особенно ближе к ночи, больные «ощущали» присутствие «духа» умершего, что также обосновывалось «его беспокойством» за дальнейшую жизнь больной: «...он как бы оберегает меня» (эти симптомы многие исследователи относят к диссоциативным расстройствам - Никишова М.Б., 2001). В тех случаях, где психогенным фактором выступала измена или уход из семьи мужа, женщины даже при декларации выраженных депрессивных расстройств стремились к поддержанию внешней привлекательности, иногда чрезмерно использовали косметику, броско и ярко одевались, нередко предпочитая спортивный или молодёжный стиль одежды. Депрессивные расстройства в периоде острого невроза имели тенденции к субпсихотическому уровню с наличием отдельных витальных признаков, прежде всего снижения аппетита и потери веса, нарушений засыпания с поверхностным, тревожным сном с частыми

пробуждениями, сновидениями, отражающими психогенную ситуацию с катастрофически-пессимистическими переживаниями будущей «одинокой старости». Тем не менее, аппетит сохранял «избирательность» - больные предпочитали есть то, что «нравилось». Кроме того, потеря веса даже создавала позитивный аспект «улучшения фигуры, внешней привлекательности». Суточный ритм носил астенический характер с нарастанием тревожных и экзистенциальных переживаний ближе к вечеру и перед сном.

Вегетативные расстройства наиболее ярко проявляли себя в рамках соматоформных дисфункций, при этом клиническая картина была представлена «приступами» с наличием отдельных конверсионных расстройств: онемением конечностей с непродолжительной потерей чувствительности, звучным демонстративным дыханием, сопровождающимся затруднениями вдоха с ощущениями «комка в горле», выраженными колебаниями артериального давления с тенденцией развития гипотонических предобморочных состояний, диффузным потоотделением.

Несмотря на отсутствие достоверных возрастных различий в частоте и выраженности конверсионных расстройств, у женщин основной группы отмечался явный содержательный диморфизм этих проявлений, обусловленный возрастом. У всех шести пожилых женщин с конверсионными симптомами основным психопатологическим расстройством были стойкие окулярные тики, в то время как в контрольной группе – астазия, абазия различной степени выраженности. С нашей точки зрения, в генезе окулярных тиков позднего возраста значительную роль играет актуализация у больных экзистенциального страха смерти: почти у 70% женщин это расстройство возникло после смерти близких. Можно предположить, что окулярно-тикозные нарушения с одной стороны символически отражают симбиотическую идентификацию пациентки с умершим (сомкнутые глаза), а с другой – десенсибилизируют страх собственной смерти. Именно для этой группы женщин были характерны

относительно кратковременные приступы астазии-абазии на высоте невротических переживаний (во время посещения кладбища «несколько раз отнимались ноги...на руках несли домой...»), а также (у части из них) «классический» истерический приступ (истерическая дуга) с развитием стойких окулярных тиков впоследствии.

Биологическая роль пола в клинике истерического невроза достоверно проявлялась и внутри основной группы пациентов (см. рис. 4, таб. 8). Так истерическая депрессивная симптоматика у мужчин сопровождалась более выраженными расстройствами сексуального влечения/удовольствия ($p<0,05$), а у женщин преобладали слезливость ($p<0,05$), субпсихотические витальные расстройства – плохой аппетит ($p<0,01$), нарушения сна ($p<0,05$). Со стороны обсессивно-компульсивных нарушений мужчины демонстрировали большую степень навязчивых сомнений с необходимостью делать всё очень медленно, перепроверяя, чтобы не допустить ошибки ($p<0,05$), проблем с памятью ($p<0,05$), а в структуре межличностной сензитивности преобладала у мужчин по сравнению с женщинами чрезмерная застенчивость в общении ($p<0,05$).

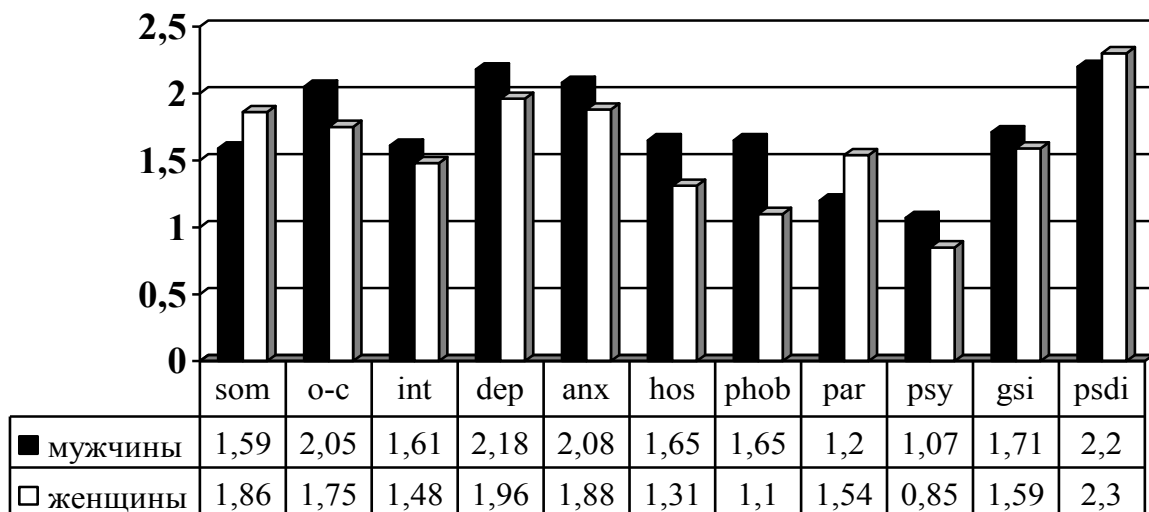


РИС. 4. Синдромальный профиль больных истерическим неврозом основной группы (данные опросника SCL-90-R).

Проявление враждебности (эпатажно-шантажной) также отмечались чаще среди больных мужчин позднего возраста: импульсы крушить, причинять телесные повреждения или вред кому-либо ($p < 0,05$). В свою очередь женщины достоверно чаще демонстрировали соматоформные расстройства, предъявляя жалобы на боли в пояснице ($p < 0,05$), приступы жара и озноба ($p < 0,05$), комок в горле ($p < 0,05$).

Далее приводим наблюдения больных истерическим неврозом.

Наблюдение № 2. Д-на Л.П. 64 года

Анамнез: Поступает впервые, наследственность психопатологически не отягощена, родилась семимесячной в г.Аишабаде, старшая из 7 детей. Раннее развитие происходило в соответствии с возрастом. Во время отечественной войны в 1942 г. переехала с родителями в Оренбургскую область. В школу пошла с 7 лет, училась удовлетворительно, точные науки были трудны для усвоения, лучшая успеваемость была по литературе, русскому языку, истории. В классе была общительной, имела много подруг, которые уважительно относились к её советам. Во время ответов на уроке всегда испытывала волнение, терялась, когда учителя относились «слишком строго», «не могла собраться с мыслями». После окончания 10 классов в 1955 году пыталась поступить в педагогический институт на филологический факультет, но после неудачи на первом экзамене близкой подруги, несмотря на более удачный свой результат, забрала вместе с ней документы и с группой других близких подруг поступила в училище в г.Новотроицке, после окончания которого через год получила специальность геодезиста, по распределению работала 1,5 года в Челябинской области. Поступила на обучение заочно в Орский педагогический институт, одновременно работая в родном селе учителем начальных классов. В 1962 году после замужества переехала в г.Оренбург, работала учителем в школе, к этому времени закончила педагогический институт. Работала учителем до мая 2001 года. С 2001 года вышла на пенсию.

В 1962 вышла замуж. Через год в 1963 г. родила дочь. Муж с первого года совместной жизни стал злоупотреблять алкогольными напитками, в состоянии алкогольного опьянения был агрессивен. В 1972 году родила сына. Летом 1973 года дочь в возрасте 10 лет трагически погибла, после этого «около 10 лет не могла прийти в себя». Первый год после гибели дочери отношения с мужем стали ещё более напряжёнными, пациентка обращалась в ПНД, принимала антидепрессанты, проводились сеансы гипноза. В 1975 году после неоднократных ссор с мужем развелась с ним. Проживала с сыном. В 1992 году сын женился, обследуемая жила с ним и его женой, помогала в ведении хозяйства,

занималась воспитанием внука, который родился в 1993 году.

В начале февраля 2001 года у пациентки пропал сын: «...ушёл из дома на работу и не вернулся». Розыск ни к чему не привёл. На протяжении месяца никаких известий о сыне не было. Пациентка продолжала работать. В то же время стала нарастать тревожность, более выраженная к вечеру, нарушился сон, постоянно возникали мысли о возможном несчастье с сыном, успокаивала себя мыслью о том, что он «... просто куда-то уехал и забыл предупредить». В середине марта при таянии снега был обнаружен его обезображенный труп (убийство с целью ограбления). «Стойко перенесла» процедуру опознания тела, похороны и поминки: «даже не было ни слезинки». Затем, «как-то мгновенно возникло чувство пустоты, безысходности». С этого времени снизилось настроение, пропал аппетит, практически постоянно плакала, «не находила себе места», в то же время при поддержке друзей, родственников, пыталась активизировать себя работой в школе и на приусадебном участке. В мае 2001 г. уволилась с работы: «поняла, что работать не смогу, не было никаких сил...смотрела на учеников и постоянно думала только о сыне», старалась больше времени уделять вниманию внуку. Но, тем не менее, состояние не улучшалось, постоянно вспоминала погибшего сына, нередко воспоминания о нём сменялись яркими представлениями «картины расправы над ним, его мучениями». Нередко просыпалась среди ночи «вся в поту» с чувством, что «он зовёт и просит помощи», остро ощущала потерю смысла жизни. Состояние усугубилось уходом к другому мужчине снохи вместе с внуком, в связи с чем, возникла дополнительная тревога за благополучие внука, при этом обвиняла сноху в противодействии встреч и общению пациентки с ним. По совету родственников обратилась за консультацией и лечением в ПНД. После месячного приёма amitriptyline, состояние несколько улучшилось: нормализовался аппетит, стала больше спать. Однако, вместе с тем, усилилась слабость, жаловалась на головокружение, быструю утомляемость. Была госпитализирована в отделение невротозов и психотерапии.

Психический статус: Охотно вступает в беседу. Ориентировка полностью сохранена. В беседе активна, старается захватить инициативу: в жалобах, рассказе о своих несчастьях довольно выражена драматизация. Основные жалобы на плохое настроение, слабость, головокружения и постоянные мысли о потере сына, своём одиночестве. На фоне эмоциональной лабильности преобладает сниженное настроение. На значимых событиях (смерть дочери и более актуальные обстоятельства гибели сына) на глазах появляются слёзы, самостоятельно быстро успокаивается. Делится переживаниями по поводу существующих отношений со снохой, при этом преобладают внешне обвинительные реакции в её адрес: «...ещё и девяти дней не прошло, а она уже начала

развлекаться, я сначала этого не замечала, так как была в плохом состоянии, соседи открыли глаза». Высказывает беспокойство за судьбу внука, просит пойти ей навстречу и разрешить «ненадолго ходить домой к внуку...заниматься с ним; он до сих пор переживает смерть отца». Мышление слегка в замедленном темпе, несколько обстоятельное, инертное, сохранна способность к оперированию категориальными понятиями, выполнению абстрактных операций, заметных нарушений памяти не выявляется. Суицидальные мысли отрицает «считаю это грехом», бреда галлюцинаций не обнаруживает.

Соматический статус: Кожа, слизистые чистые. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс 64 удара в мин. ритмичный АД 90/65 мм рт.ст.. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена. Стул и мочеиспускание не нарушены..

Неврологический статус: Зрачки равные, глазодвижения в полном объёме, реагируют на свет. Лицо симметричное. Сухожильные рефлексы одинаковые с двух сторон. В позе Ромберга устойчива, лёгкий тремор кистей вытянутых рук. Патологических рефлексов, менингеальных знаков не выявлено.

Заключение специалистов:

конс. терапевта: хронический холецистопанкреатит, хр. гастрит, хр. пиелонефрит, ремиссия. ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз аорты. СНО, гипертоническая болезнь 2 ст.

конс. невролога: хр. атеросклеротическая дисциркуляторная энцефалопатия 1 ст, кохлео-вестибулярный синдром.

конс. гинеколога: органической патологии нет

конс. окулиста: без патологии

РЭГ: пульсовое кровенаполнение достаточное во всех бассейнах, симметричное. Несколько повышен тонус в сосудах мелкого калибра. Венозный отток не нарушен.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования: выявляется нарушение невротического паттерна с наличием депрессивно-тревожного реагирования на ситуацию утраты близкого. Психические процессы с лёгкой склонностью к замедленности темпа, с отдельными признаками инертности, тугоподвижности и невыраженной гиперстенической истощаемости. Мышление с сохранностью способностей к образованию категориальных понятий, выполнению абстрактно-логических операций, при некоторой тенденции к конкретно-функциональным построениям в усложнённых заданиях. Показатели памяти в нормативных пределах. В структуре личности (демонстративный тип акцентуации характера с эмотивным

темпераментом) - стремление привлечь внимание к своим проблемам, с гиперболизацией имеющихся нарушений и тенденцией их соматизации, что также обусловлено нереализованной выраженной аффилиативной потребностью, а также патопротекторной низко дифференцированной структурой Эго-защиты (ведущие МПЗ - реактивные образования, проекция, подавление, регрессия) и дезадаптивными копинг-механизмами в поведенческой (отступление), когнитивной (растерянность) и эмоциональной (покорность) сферах.

Заключение: клиническая картина представлена сниженным настроением, двигательной и ассоциативной заторможенностью, нарушениями сна, аппетита, ощущениями слабости, повышенной утомляемости, головокружением. Основная симптоматика укладывается в невротический симптомокомплекс с астено-депрессивными и сосудистыми (вегето-сосудистыми) проявлениями. Заболевание возникло у личности акцентуированной по истерическому типу после значимой психотравмирующей ситуации, которая в дальнейшем несколько усугубилась последующими конфликтами с семьёй (женой) сына. Довольно чётко прослеживается связь её самочувствия с актуальной психотравмой в сторону его улучшения или ухудшения. Обозначен внутриличностный психологический конфликт по истерическому типу, определяющийся, прежде всего завышенными требованиями личности к окружающим, с недооценкой или полным игнорированием (отрицанием) объективных реальных условий. Таким образом, можно говорить о ведущей психогенной причине настоящего невротического статуса у данной больной; атеросклеротические изменения, констатируемые неврологом, играют роль «почвы».

Диагноз: истерический невроз у личности с истерической акцентуацией, депрессивный синдром с тенденцией к соматизации болезненных расстройств.

Наблюдение № 3. М-н Г.П. 50 лет

Анамнез: поступает впервые. Мать и сестра наблюдаются у невролога по поводу сосудистого заболевания. Родился в семье служащих, младшим из 2-х детей. Семья жила в Казахстане. Отец являлся инвалидом 2 гр. после огнестрельного ранения в голову во время Отечественной войны. Дети были «приучены» ухаживать за больным отцом, помогать ему, воспитывались в ситуации гипернормативности. В школу пошел с 7 лет, закончил 8 классов, учился посредственно, предпочитал гуманитарные науки, в свободное время много читал, сильно переживал из-за своей внешности, так как был «толстым мальчиком» и носил очки. По характеру был спокойным, дисциплинированным, впечатлительным, педантичным, мягким. До 14 летнего возраста часто подвергался обидам со стороны сверстников, поэтому старался походить в поведении на них: рано

испробовал курить, участвовал в драках, чем постепенно завоевал авторитет. После школы закончил железнодорожный техникум. Служил в армии в 1974-76гг. связистом, где сумел завоевать авторитет исполнительностью, организаторскими способностями, стойко переносил трудности службы, получил звание сержанта. После армии поступил в мединститут. Женился на 1 курсе, в 21 год, на одногруппнице. Это была первая девушка, с которой он предпочитал проводить досуг, она же явилась инициатором брака. Чтобы содержать семью бросил институт. Имеет 2-х детей, со старшим, мальчиком, отношения были всегда более близки, считал, что ему не хватало любви матери. В начале работал на стройках в различных должностях среднего уровня, после заочного окончания политехнического института преподавал в техникуме связи. Развелся с женой после 10 лет совместной жизни по её инициативе. Развод сильно и длительно переживал, винил себя в недостаточной способности к семейной жизни. Десятилетний сын остался жить с отцом по собственному желанию, дочь осталась с матерью. Пациент охладел к дочери, которой тогда исполнилось 3 года, так как «она воспитывалась другим мужчиной по другим принципам». С тех пор и до настоящего времени старается избегать каких-либо контактов с бывшей женой и дочерью. Испытывал чувство стыда из-за того, что его «бросили», боялся, что его будут обсуждать соседи и сослуживцы. По этой причине сразу же после развода поменял место жительства и перешел на другую работу - инструктором по технике безопасности в строительной организации и до настоящего времени старается избегать близких отношений с женщинами. Много времени уделял воспитанию сына. Так, например, чтобы заинтересовать его спортом, сам записался в секцию «каратэ», где достиг определенных положительных результатов и стал водить сына с собой на занятия. Из соматических заболеваний - гепатит В, хронический бронхит, хронический пиелонефрит, хронический колит, хронический холецистит, перелом лучевой кости правой руки, в 1988 разрыв ахиллового сухожилия левой ноги, с 1988 - язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

В связи с обострившимися национальными отношениями в Казахстане, был вынужден в возрасте 45 лет, в 1999 году, переехать с сыном и родителями в г.Оренбург. В результате переезда резко ухудшились жилищные условия, был вынужден продать «за бесценок благоустроенную квартиру» и купил старое неблагоустроенное строение малой площади на окраине Оренбурга - по типу «землянки». Сына же поселил с родителями (отец как инвалид и участник Великой Отечественной войны вскоре получил однокомнатную квартиру). В Оренбурге в течение года пациент не мог найти работу. Его тяготила полная материальная зависимость от родителей. После трудоустройства

преподавателем в аграрный колледж получал малую зарплату, однако «прилежным трудолюбием» добился должности заведующего отделением. Новая должность принесла значительно большую нагрузку при несравненно малом улучшении материального благополучия. Постоянно опасался, что не справится со своими обязанностями, вынужден был часто перепроверять свою работу, документы, был обеспокоен тем грузом ответственности, которая была возложена на него, принимал «близко к сердцу» неприятности на работе. Личная жизнь, также не приносила удовлетворения - узкий круг общения, отсутствие сексуального партнера, низкий материальный уровень, часто возникающие конфликты с сыном «из-за взглядов на жизнь» и материальных проблем, заставляли себя чувствовать «беспомощным, беспринципным, ничтожным неудачником». На фоне таких неблагоприятных обстоятельств с 2000 года стали возникать сильные головные боли, снизилась работоспособность, ухудшилась, с точки зрения пациента, память, внимание, стали беспокоить выраженная утомляемость, раздражительность.

Смерть отца в 2000 г. еще больше ухудшила состояние - чувствовал себя виновным в том, что мало уделял ему внимания, не «оберегал» его. Отец умер внезапно в тот день, когда он сопровождал его в инстанцию для окончательного решения вопроса о предоставлении ему (отцу) большей по площади квартиры, как ветерану войны. Смерть отца привела к невозможности решения этого вопроса. С этого времени головные боли стали «постоянными», что препятствовало полноценной работоспособности. Особенно интенсивные головные боли возникали на работе. Неоднократно обследовался амбулаторно и стационарно. Вернулся к работе на должность преподавателя, но со своими обязанностями не справлялся, усилилась забывчивость, утомляемость. Снова был вынужден взять больничный лист. Проводимая терапия состояния не улучшала. Был направлен в отделение неврозов и психотерапии ОКПБ№1 для обследования и лечения.

Психический статус: К общению не стремится. Во время беседы предъявляет многочисленные жалобы: упорные головные боли, слабость, вялость, быструю утомляемость, снижение работоспособности: «чуть-чуть поработаю и как будто пелена перед глазами, всё плывёт...». Особо подчеркивает невозможность справляться с работой, объясняя это снижением памяти, трудностями сосредоточения внимания. Физической (соматической) неполноценностью и ущербностью объясняет собственную несостоятельность, как в профессиональной, так и личной жизни. Ригидно отстаивает мысли о собственной беспомощности, отмечая любые положительные перспективы и возможности изменения настоящего положения вещей. Периодически даёт отказные реакции, особенно при затрагивании значимых тем: «... я перестал вас понимать», при

этом обхватывает голову руками, изображая боль и напряжение. Ухудшение здоровья соотносит со временем переезда из Казахстана, который привёл к значительному ухудшению материального благополучия, неопределённости социального статуса, несмотря на относительную стабилизацию этих обстоятельств в последнее время (получил работу, хотя и здесь отмечается некоторая неудовлетворённость: «...всё равно не то, что было прежде»). Отмечает также сниженный фон настроения, постоянно проводит связь изменения в состоянии здоровья с переездом: «произошло крушение всей жизни, нужно приспособливаться, бороться за выживание, а возраст уже не тот, нет никакой материальной базы... жильё подвального типа...а была благоустроенная квартира...» Постепенно тема финансовой и вторичной социальной несостоятельности выходит на первый план. При ретроспекции своей жизни фиксирует внимание только на отрицательных фактах, переоценивая их перспективную значимость. Драматично старается «объективизировать» своё болезненное состояние «роком», привлекая, с его точки зрения, сведения о «наследственных болезнях» в семье. Заявляет, что уже больше 10 лет «живёт в долг», т.к., якобы, продолжительность своей жизни ограничивал 40 годами. Обесценивает собственные достижения и успехи, в том числе в социальной сфере, которые противоречат «концепции неудачника». Фактически обвиняет себя в смерти отца, в неудачах семейной жизни, отношений с сыном.

Себя характеризует общительным, тревожным, мнительным, педантичным и требовательным, особенно в отношении к себе, отмечает трудности при общении с противоположным полом, при этом ссылается на «неудачную личную жизнь...проблемы с женой...» после развода с которой «поставил крест на женщинах». Во время повествования пациентом о трагической смерти отца возник приступ интенсивной головной боли, пациент попросил прервать беседу и затем после выхода из кабинета у него возникла рвота («едва добежал до туалета»).

За время пребывания в отделении несколько улучшилось настроение, уменьшилась тревога, нормализовался сон. Сохранились жалобы на головные боли, хотя частота «приступов» уменьшилась. Несмотря на проводимое психотерапевтическое лечение, продолжал ригидно настаивать на своей несостоятельности как физической, так и социальной, не допуская возможности положительной динамики его состояния.

Неврологический статус: Лёгкий экзофтальм с 2-х сторон, больше справа. Нистагмоид. Ослаблена конвергенция, лёгкая асимметрия носогубных складок. Рефлексы равные, симметричные. Чувствительность не нарушена. Тазовых нарушений нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно.

Соматический статус: повышенного питания, кожный покров обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены ритмичные. Пульс 82 уд/мин, АД 130/90 мм рт.ст.. Живот увеличен в объёме за счёт подкожно-жировой клетчатки, печень по краю реберной дуги. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон

Заключения специалистов:

конс. терапевта: Гипоталамический с-м, с нарушением углеводного и липидного обмена. Ожирение 3 ст. Вегетососудистая дистония по гипертоническому типу. Хронический персистирующий гепатит, хронический холецистит, ремиссия. Язвенная болезнь. Язва луковицы 12-перстной кишки. Ремиссия.

конс. невролога: с-м вегетососудистой дистонии по гипертоническому типу с упорной цефалгией.

конс. окулиста: ОУ глазное дно – диск зрительного нерва с чёткими контурами, миопический конус, сосуды сужены. Миопия средней степени обоих глаз.

РЭГ: снижено пульсовое кровенаполнения сосудов с повышением артериального тонуса. Лёгкая физиологическая асимметрия кровенаполнения, венозный отток умеренно нарушен.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования: выявляется психогенно-невротический симптомокомплекс с клиническими проявлениями соматизированных тревожных расстройств и ипохондризацией, обусловленный затяжным истерическим внутриличностным конфликтом между высоким уровнем притязаний и невозможностью их реализации с игнорированием реальных обстоятельств. Мнестико-интеллектуальных расстройств не выявлено. Психические процессы несколько неравномерны с наличием невыраженных признаков истоцаемости по гиперстеническому типу. В структуре личности дисгармоничное сочетание акцентуированных педантично-тревожных черт характера и эмотивного темперамента. Достаточно выраженной социальной дезадаптации способствует низко дифференцированная патопротекторная структура Эго-защиты (ведущие МПЗ – отрицание, регрессия, реактивные образования, проекция), а также дезадаптивная структура копинг-механизмов в поведенческой (отступление), когнитивной (растерянность) и эмоциональной (покорность) сферах.

Заключение: Клиническая картина определяется множественными жалобами соматического характера с акцентом на вялость, утомляемость, с невозможностью выполнения любого вида деятельности. Данная симптоматика развивается в течение 3-х лет после значимой комплексной психотравмирующей ситуации (вынужденная

миграция, потеря работы, ухудшение материально-бытовых условий, смерть отца) у преморбидно дисгармоничной личности с психастеническими и демонстративно-гиперкомпенсаторными чертами характера и внутриличностным конфликтом между высоким уровнем притязаний преимущественно в материально-социальной сфере и их воплощения в реальность (истерический внутриличностный конфликт). Объективно не подтверждаются мнестико-интеллектуальные нарушения, жалобы на которые предъявляет пациент, а подчёркивание соматического неблагополучия является защитной реакцией позволяющей отрицать собственную роль в развитии существующей ситуации.

Диагноз: затяжной истерический невроз с выраженным ипохондрическим синдромом у преморбидно акцентуированной дисгармоничной (истеро-психастеническое сочетание) личности.

Наблюдение № 4. Д-ва Л.А. 48 лет

Анамнез: отец злоупотреблял алкоголем, повесился в состоянии алкогольного опьянения в возрасте 41 года, младший брат также злоупотреблял алкоголем, умер в возрасте 42 лет от рака желудка. Мать страдает гипертонической болезнью, проживает в сельской местности. Обследуемая родилась 7-месячной от первой беременности, в первых родах старшей из трёх детей. Раннее развитие в соответствии с возрастом: ходить начала с 10 мес., первые слова с 1 года. Росла активным подвижным ребёнком. До школы воспитывалась дома, росла с младшим братом (разница в возрасте 1,5 года), с которым в дальнейшем всегда сохраняла тесные доверительные отношения. В 6 летнем возрасте после испуга собакой вместе с братом до 18 летнего возраста заикалась. В школу пошла с 7 лет, несмотря на заикание, училась хорошо, так как при выраженном нарушении речи, которое всегда наблюдалось при волнении, учителя давали задания письменно. Из предметов любила математику, физику, историю, физкультуру, пение, рисование. Охотно принимала участие в художественной самодеятельности: хорошо пела в хоре, занималась народными танцами, спортом, всегда старалась быть лидером не только в школе, но и на улице. Могла постоять за себя, заступалась за брата, когда «дразнили заикой», при этом легко завязывала новые знакомства, особенно среди мальчиков. Взаимоотношения в родительской семье характеризует не всегда позитивно. Считает, что ближе всего была к матери. С отцом, из-за его алкоголизации и строгости в общении держалась настороженно, тем не менее, отмечает, что была у него любимицей. Планировала после окончания школы поступить в авиационный институт, но по решению отца (удаленное место учёбы и финансовые трудности), окончив 8 классов, поступила в медучилище в районном центре. В мед.училище училась хорошо, жила в

общезжитии, также как и в школе активно занималась общественной деятельностью. После окончания училища в 1975 году по распределению была направлена в ЦРБ Оренбургской области. С первого дня пребывания на новом месте перестала заикаться («любимая учительница математики говорила мне всегда, что лет в 17-18 у меня заикание пройдёт»). Работала процедурной медсестрой в терапевтическом отделении, где также была на хорошем счету, выпускала стенгазеты, санбюллетени: «фотография висела на доске почёта». В этом же году познакомилась с будущим мужем, который младше по возрасту на два года. Через год знакомства вышла за него замуж, родила в 1977 году сына. Муж был призван в армию. Полгода жила со свекровью, но из-за её алкоголизации и конфликтности, с ребёнком вернулась к матери в родное село. После окончания службы мужа с ним и сыном переехала в Оренбург, где проживала с 1979 по 1984 годы, работала мед.сестрой. В 1984 году родила дочь. Муж получил квартиру в посёлке и с 1984 года после переезда пациентка работает в поликлинике по настоящее время медсестрой физиотерапевтического кабинета.

До сих пор считает, что является причиной смерти отца. Накануне его суицида приезжала в гости к родителям, перед возвращением в районный центр в общезжитие отец попросил её задержаться на день, так как хотел поговорить с ней, «как он сказал на важную тему». Обследуемая не придавала значение его словам, так как он был в алкогольном опьянении и после того, как он уснул, собрала вещи и уехала. На следующий день во время занятий ей сообщили о его смерти.

Сын пациентки имеет три условных судимости, некоторое время употреблял наркотики, в 17 лет подвергся нападению, был жестоко избит, находился в реанимации, в 18 летнем возрасте перенёс клиническую смерть из-за передозировки, в возрасте 20 лет пытался покончить с собой, выбросившись с 5 этажа. В настоящее время наркотические вещества не употребляет.

Тяжело переживала смерть брата в августе 2000 года, который умер неожиданно в возрасте 42 лет от рака желудка (злоупотреблял алкоголем). Вместе с мамой и сестрой была на кремации тела, и перевозила его прах на родину. В последующем отмечала частые воспоминания о нём в течение года, но проблем с настроением не наблюдалось. С мужем взаимоотношения характеризует позитивно, отмечая, тем не менее, что он на фоне проблем с сыном последние 5 лет стал часто алкоголизироваться. В мае 2001 года муж перенёс клещевой энцефалит, находился в реанимационном отделении. В июне 2002 года во время поездки к младшей сестре на похороны её мужа (он утонул в возрасте 36 лет в алкогольном опьянении) пациентка получила известие о том, что дочь попала в аварию, находится в реанимации с переломом костей таза. Через две недели после

возвращения с похорон брата, на фоне проблем со здоровьем дочери, муж вновь попадает в реанимационное отделение инфекционной больницы с диагнозом геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. В этот период пациентка при ходьбе ощущала кратковременное снижение контроля над правой ногой («она отнималась»): «носила между мужем и дочерью по двум больницам». С этого же времени стала бояться смерти мужа, одиночества, материальных трудностей, так как муж основной кормилец семьи. После последней выписки из инфекционной больницы с августа 2002 года муж регулярно употребляет алкогольные напитки, в ответ же на просьбы пациентки «поберечься» постоянно стал говорить о своей скорой смерти, якобы приготовил в гараже доски для гроба, при этом нередко «в шутку» проводил параллели со случаями смерти в его возрасте, в том числе близких обследуемой (отца, брата и мужа младшей сестры, сам одного возраста с братом обследуемой). Последние 2 года пациентка отмечает, что в состоянии алкогольного опьянения у мужа появилась агрессивность, стал менее управляемым, вспыльчивым, вследствие чего, в том числе и из-за алкоголизации возникают проблемы на работе.

С начала 2003 у обследуемой впервые появились непродолжительные ощущения пелены перед глазами, с постоянным желанием «протереть глаза», затем присоединились ощущения песка, стягивания мышц вокруг глаза. Старалась не обращать на это внимание, продолжала работать. К лету 2004 года неприятные ощущения в области глаз стали более частыми и продолжительными. В июне 2004 обратилась к окулисту, где ей был выставлен диагноз «кератоконъюнктивита», проводилась антибиотикотерапия до декабря 2004 в том числе в МНТК г.Оренбурга, но лечение не привело к избавлению от моргания, а неприятные ощущения жжения и стягивания, песка, пелены в глазах стали возникать практически ежедневно. Кроме того, из-за проблем в оформлении льготной пенсии в августе 2004 по совету своего главного врача, была вынуждена подать в суд на поликлинику, из-за чего возникли напряжённые отношения с начальником отдела кадров. С этого же момента отмечает появление тревожности, периодической головной боли, стойкое повышение артериального давления с максимальными показателями до 160/110 мм рт.ст. В декабре 2004 обращалась к знахарке, которая посоветовала проконсультироваться у невролога, а также проверить щитовидную железу. Новогодние праздники чувствовала себя хорошо, затем вновь возникли неприятные ощущения в глазах, промывала их святой водой, но без эффекта. В середине января 2005 года обратилась к неврологу, получала реланиум, тем не менее, состояние не улучшалось. С 14 по 28 февраля находилась на лечении в неврологическом отделении железнодорожной больницы. После консультации зав.

неврологическим отделением было рекомендовано «экстренное» томографическое исследование, чтобы отвести «серьёзную патологию» (опухоль или сосудистые нарушения). В это же время после консультации эндокринолога был диагностирован узловой зоб с рекомендацией консультации у хирурга по вопросу оперативного вмешательства. Но так как, отмечает сама пациентка, «опухоль была важнее», она поехала в г. Челябинск на томографическое исследование (проезд как работнику ОАО «Железные дороги» был бесплатным и исследование в окружной больнице в Челябинске также было бесплатным). В Челябинск, несмотря на практически постоянно закрытый глаз, ездила одна. В день приезда в больницу ей была проведена ЯМР-томография. Выявлены признаки незначительно выраженной смешанной симметричной гидроцефалии, единичный микроочаг (4 мм) демиелинизации белого вещества антеробазальных отделов правой лобной доли. После возвращения в Оренбург не получила чёткого ответа от врачей по поводу её страдания: «мнения разделились: один сказал, что вот и нашли причину спазма, другой сказал, что это не влияет и вся причина в гипертонии, а третий, что всё от климакса» (Климактерические явления с 2001 года, в настоящий момент отмечает «лёгкие приливы» и прекращение менструаций). Была выписана с диагнозом хр. дисциркуляторная энцефалопатия 1 ст. (гипертоническая, дисгормональная). С-м венозных и ликвородинамических нарушений. Упорная цефалгия. С-м рассеянной неврологической симптоматики. Стойкий церебральный синдром с неврозоподобными нарушениями. После выписки работала в течение 15 дней с практически постоянно закрытым правым глазом. Затем вновь обратилась к неврологу, проводилось лечение финлипсином, амитриптилином, сосудистыми, ноотропными препаратами, но без явного улучшения. Весной 2005 года на сына было заведено уголовное дело по факту мошенничества, возникла реальная угроза его заключения. На этом фоне состояние ещё более ухудшилось: усилилась тревожность, эмотивность, нередко не спала ночью, «плакала в подушку». Смыкание век периодически становилось симметричным. Практически одна занималась организацией адвокатской помощи, сопровождала сына на судебные заседания, где также усиливался блефароспазм, стала ходить в тёмных очках, перестала пользоваться косметикой. Была направлена на консультацию в психотерапевтическую поликлинику, а затем в отделение невротических и психотерапевтических заболеваний, где впервые находилась на лечении с 30.03. по 14.05.2005 года.

При поступлении охотно вступала в беседу, была многоречива, обращала внимание некоторой приподнятостью настроения, пыталась в беседе шутить над «своими болячками». В самом начале беседы веко правого глаза было закрыто, в процессе же её веко полностью приподнялось и в течение оставшегося времени глаз оставался

открытым. При обращении на данный факт со стороны врача пациентка отреагировала удивлением: «... сама не понимаю, как он открылся». Жалоб активно не предъявляла, но отмечала, что последний год повышается давление, появились проблемы с памятью, головная боль, стала более чувствительной к обидам, что проявляется плаксивостью, либо раздражительностью. Тем не менее, в беседе явных расстройств памяти не обнаруживала, расстройств мышления также не выявлялось. На фоне проводимой психотерапии стала отмечать тревожность, колебания настроения без явной суточной динамики, актуализировались переживания, связанные со смертью близких (отца, брата). Отмечалась также чёткая связь ухудшения состояния с алкоголизацией мужа, с проблемами дочери (за время пребывания матери в отделении она сделала первый аборт и рассталась с парнем, который обещал на ней жениться), посещением судебных заседаний сына.

В процессе лечения спериданом до 4 мг/сут., эфевелонем до 150 мг/сут., ноотропной, сосудистой терапии, групповой холотропной, индивидуальной личностно-ориентированной психотерапии, экзистенциальной с элементами гештальта психотерапии полностью прошёл блефароспазм, выровнялось настроение, нормализовалось артериальное давление, прошли головные боли. Была выписана трудоспособной, вышла на работу.

После выписки отмечала, что в помещении и при работе в огороде глаза были открыты полностью, но на улице «немного зажмуривались». С июля 2005 года на фоне завершения судебного процесса над сыном (получил условный срок, но подал апелляцию в вышестоящую инстанцию), а также усилением напряжённости с начальником отдела кадров поликлиники из-за судебного процесса по поводу пенсии, вновь стал возникать блефароспазм (в том числе и в помещении – на работе и дома), который приобрёл большую симметричность. Самостоятельно принимала эфевелон и кавинтон, на фоне чего отмечала улучшение, в частности ездила в гости к матери и даже в солнечную погоду чувствовала себя хорошо. Накануне отъезда домой посетила могилу отца и по возвращении блефароспазм возобновился. 10.08.2005 года обратилась в поликлинику к психотерапевту, получала лечение анафранилом, но без особой динамики. 1.09.2005 года вновь госпитализирована в отделение невротозов и психотерапии нашей больницы.

Психический статус: Охотно вступает в беседу. Полностью ориентирована во времени, месте, собственной личности. С самого начала беседы захватывает инициативу, мимика живая, выразительная, пластичная. Настроение несколько снижено. При изложении данных анамнеза на значимых ситуациях (смерть отца, болезнь мужа, проблемы с детьми) появляется лёгкая эмоциональная лабильность, в то же время

легко переключает внимание на настоящее состояние, при этом нередко пытается шутить, замечая, что «всегда по характеру оптимистка» и надеется на лучшее. Обращает внимание врача на множество проблем за последние 6 лет: «...мне даже близкие подруги говорят, как я ещё держусь». Предъявляет жалобы на периодическое закрывание глаз, больше и чаще правого, повышение артериального давления, периодические головные боли. Возникающую тревогу и сниженное настроение в утренние часы чётко связывает с блефароспазмом: «...утром никак не могу долго открыть глаза, даже мысленно себе внушаю, чтобы открылись», «настроение плохое, когда глаза тяжело открываются, сразу же начинаются нехорошие мысли, что стану инвалидом, не вылечусь, как будто червячок сидит и не даёт уйти от этих мыслей». В начале беседы оба глаза прищурены, затем некоторое время открыты, при этом пациентка сразу же переключается на данные проявления и несколько демонстративно, обращает внимание врача: «...вот смотрите, опять открылись, как ни в чём не бывало, не понимаю, что со мной происходит». При замечании врача о том, почему она не пользуется макияжем, оправдывается боязнью попадания туши в глаза при частом моргании, в то же время позитивно принимает просьбу вновь начать пользоваться косметикой: «...с завтрашнего дня буду краситься». Так же довольно чётко говорит об ухудшении состояния во время нахождения вне отделения, особенно, когда возвращается домой: «как приезжаю домой и муж пьяный так глаза и закрываются, когда он трезвый он хороший, работающий, а когда выпьет – глаза б его мои не видели». Причём нередко в беседе обращает внимание употребление выражений, касающихся зрения: «...не могу на это смотреть», «...видеть его не хочу», «... взгляд отводила в сторону, было противно смотреть на всё это».

Мышление обычного темпа, последовательное, с негрубой конкретизацией. Проводит обобщения понятий на категориальном уровне. Разграничивает также на основе главных признаков. Объясняет абстрактно распространённые метафоры и пословицы, иногда в качестве объяснения приводит сопоставимую по смыслу пословицу, в то же время более редкие пословицы трактует, приводя конкретную ситуацию. Расстройств памяти, обманов восприятия не обнаруживает, бредовых идей не высказывает.

За время пребывания в отделении обращала внимание своей общительностью, активностью, поддерживала своим оптимистическим настроением соседок по палате. Практически с первой недели пребывания наступило улучшение состояния, в беседе с врачом глаза постоянно были открыты, вместе с тем в утренние часы наблюдались затруднения полного раскрытия век, что подтверждали соседи по палате. Со второй недели пребывания в отделении находилась в лечебных отпусках дома, по возвращению из которых также уже самостоятельно проводила прямую связь между алкоголизацией

мужа и усилением блефароспазма и улучшением состояния при благоприятном поведении мужа.

Так 3 октября вернулась из лечебного отпуска с блефароспазмом. В беседе отметила, что накануне приехала домой совершенно здоровой, сразу же «наехала на мужа», так как утром в половине пятого он звонил пьяный по телефону и признавался в любви. После «наезда» на мужа возник конфликт с сыном во время которого он демонстративно спросил, «что же мне повеситься из-за этого что ли?» После чего у пациентки вновь возобновился блефароспазм, и она в слезах впервые рассказала сыну о том, что его дед повесился.

Обследование: Анализы крови и мочи – без патологии

Терапевт: хронический пиелонефрит. Латентное течение. Артериальная гипертензия II ст. Хр. гастрит. Ремиссия. Узловой зоб.

Невролог: хр. дисциркуляторная энцефалопатия I ст. на фоне артериальной гипертензии.

Окулист: ангиопатия сетчатки. Блефароспазм.

Гинеколог: хр. периметрит вне обострения. Фиброматоз матки.

ЭЭГ (15.09.2005): доминирует по всем отведениям, включая и лобные высокоамплитудный высокочастотный альфа-ритм (косвенные признаки раздражения переднедиэнцефальных структур). Функциональные пробы существенно не меняют картины ЭЭГ.

Психологическое исследование выявляет психогенно-невротический симптомокомплекс с внутриличностным психологическим конфликтом по истерическому типу с психологической защитой по типу «отрицания», обусловленной также экзистенциальными проблемами. В мыслительной сфере наряду с сохранностью способностей к отвлечению имеются лёгкие тенденции к конкретно-функциональным построениям при усложнении заданий. Психические процессы с лёгкой тенденцией к замедленности темпа, с признаками инертности гиперстенической истоощаемости. В системе личности на фоне преморбидной истеро-гипертимной личности имеется присоединение черт аффективной экзальтированности, а также отдельных признаков аффективной ригидности с возможностью развития экстрапунитивной эксплозии с последующим формированием идей виновности и защитной ипохондрической трактовкой, обусловленной и актуальной аффилиативной потребностью.

Лечение: сперидан 4 мг/сут., эфевелон 150 мг/сут., нитразепам 10 мг н/ночь, церетон 4,0 в/в № 5, эмоксипин 1% - 3,0 в/м № 10. **Психотерапия:** индивидуальная личностно-ориентированная психотерапия, элементы гештальт-терапии, поведенческой психотерапии. 3 октября закончена суггестивная психотерапия с управляемым

пневмокатарсисом в группе и начата групповая личностно-ориентированная психотерапия. Проводился сеанс семейной психотерапии с мужем.

Клинический разбор:

Основным клиническим проявлением у нашей пациентки, приводящим, в том числе, к нарушениям социальной адаптации является блефароспазм. Данный симптом может иметь либо органическую в рамках невротоподобных расстройств, либо невротическую природу. Прежде всего, следует охарактеризовать личность пациентки. Безусловно, в структуре личности ведущими являются истерические черты, которые достигают степени акцентуированных: с детства проявилось стремление к лидерству, участию в мероприятиях, требующих артистических способностей, лёгкость завязывания контактов. Выраженность истерических черт характера (которые вероятно усиливались гиперкомпенсацией своей неполноценности - «заикания» - по Эйдемиллеру – демонстративно-гиперкомпенсаторный тип акцентуации) чётко связана и с гипертимным типом темперамента (по Леонгарду) у нашей больной, проявляющийся жизнерадостностью, оптимизмом, социальной активностью. Отмечая особенности истерического характера В.Н.Мясищев (1960) рассматривает их в виде первичных, вторичных и третичных личностных образований. К первым относятся эгоцентризм и чрезмерная аффективность, следствием которых являются частые переживания и неудачи, приводящие в свою очередь к претенциозности, с одной стороны, и неуверенности в себе – с другой. Третичными личностными образованиями, возникающими на основе первых двух, являются склонность к ухищрениям и различным уловкам для достижения цели, причём при явной акцентуации эти личностные особенности, в сравнении с истерической психопатией не приводят к снижению социально-этического уровня больных и всегда являются следствием влияния преимущественно прижизненных факторов. Таким образом, несомненна невротическая predisпозиция в структуре личности, которая подтверждается в том числе, возникновением невротического заикания в 6 летнем возрасте (после испуга собакой с чёткой связью усиления-ослабления с ситуацией и полным исчезновением после переезда на новое место жительства, одновременное начало у пациентки и у её брата (можно предположить своеобразное символическое разделение вины, за то, что не уберегла брата от собаки). Кроме того, невротизирующим фактором является и родительская семья пациентки с пьющим и нередко агрессивным в состоянии опьянения отцом. В дальнейшем именно чувство вины перед отцом за его смерть являлось одним из основных, так называемых «слабых мест» нашей обследуемой.

Тем не менее, несмотря на возникающие трудности в течение жизни до 45 летнего возраста (2001 год) невротических расстройств у нашей пациентки не возникало: основные психогенные ситуации были связаны, в основном, с сыном и отреагирование на них проявлялось колебаниями артериального давления, лёгкой инсомнией и тревогой не достигающей невротического уровня. Но самое главное, в эти периоды она ощущала значимую поддержку со стороны мужа.

Первый субклинический невротический эпизод был связан со смертью младшего брата, с которым с детства были тесные взаимоотношения (данный факт подтверждается и при анализе психологической автобиографии, написанной пациенткой: в частности событиям жизни, связанным с братом отведено значительное место в сравнении с младшей сестрой).

Именно возникновение значительных проблем со здоровьем у мужа с 2001 года, стало пусковым моментом развития расстройства. Стоит остановиться на характеристике взаимоотношений нашей обследуемой с мужем. В первую очередь обращает внимание, подтверждаемое пациенткой характерологическое сходство своего мужа с отцом («он такой же малоразговорчивый, весь в себе, когда трезвый и любит пообщаться по душам, когда выпьет») и с младшим братом (одного возраста с ним, сходство по конституции, также злоупотреблял алкоголем). Данные факты не только случайное совпадение. С позиций психоанализа (Фрейд, 1990; Томэ, Кэхеле, 1996), нередко девушка при выборе супруга бессознательно идентифицирует его со значимыми мужчинами за счёт возникновения реакций переноса (в данном случае отец и брат). Следовательно, угроза жизни мужа вызвала усиление тревожности и за счёт включения переносных реакций, и за счёт актуализации переживаний из жизненного опыта – и отец, и брат злоупотребляли алкоголем и умерли в возрасте близком возрасту супруга. Кроме того, супруг после перенесенных тяжёлых заболеваний в состоянии алкогольного опьянения стал говорить о своей скорой смерти, при этом, воплощая слова в действия (заготовил доски для гроба). Именно напряжение в семейных отношениях, сфера наиболее значимая для нашей больной, стало одним из пусковых факторов в развитии начальных проявлений расстройства (частое моргание, пелена перед глазами), приведших к блефароспазму.

Закреплению симптоматики послужили и последующие, нередко накладывающиеся, друг на друга психогении – тяжёлая травма дочери с переломом костей таза, проблемы у сына в семье и на работе, возникновение трудностей при оформлении пенсии с развитием напряжённых отношений на работе с начальником отдела кадров. В данном случае можно говорить о мультифакторности, комплексности психогенных воздействий. Как данные зарубежных авторов (Хойфт, Крузе, Радебольд, 2003 г.), так и данные наших

исследований (Будза В.Г., Антохин Е.Ю., 2005 г.) свидетельствуют о характерной именно для неврозов позднего возраста, в отличие от неврозов молодого и зрелого возраста, мультифакторности психогений, что и приводит к первому невротическому дебюту именно в возрасте после 45 лет.

Анализируя течение заболевания с постепенной его прогрессивностью имеется чёткая зависимость ухудшения-улучшения состояния от влияния-ослабления психогенных влияний. Присоединение же в последний год к блефароспазму колебаний настроения тревожно-депрессивного спектра более чётко констатируемых во вторую госпитализацию обусловлено и тенденцией к затяжному течению данного расстройства, (по данным Б.Д.Карвасарского, 1990 г., Фёдорова 1996 г.) один из главных признаков перехода невроза в невротическое развитие, и это связано не только с трудной разрешимостью ситуации взаимоотношений с мужем (продолжается его алкоголизация), но и не прекращающимися новыми комплексными психогенными воздействиями (очередное уголовное преследование сына, неудачи в личной жизни у дочери, продолжающийся судебный процесс по поводу оформления пенсии).

Функциональный блефароспазм в рамках истерического невроза по данным Семке (1987 г.) характерен для женщин позднего возраста. Эти же данные подтверждаются Б.Д. Карвасарским (1990) и нашими исследованиями (В.Г.Будза с соавт., 2004), а также зарубежными данными (Янкович, Форд, 1983, Лис, 1989).

Интересное сообщение принадлежит Ирвингу с соавт. (1968), которые описали рефлекторный блефароспазм у недоношенных младенцев (напомню, что наша пациентка родилась недоношенной) при тактильном раздражении век, которое исчезает по мере взросления и никогда не наблюдается у младенцев, родившихся в срок.

Данные невротические проявления следует дифференцировать с неврозоподобными сосудистыми нарушениями и синдромом Мейжа – синдром блефароспазма – оромандибулярной дистонии.

Синдром Мейжа – идиопатическая фокальная дистония, симметрично поражающая мышцы лица и вызывающая блефароспазм, гримасничанье и торсионные движения рта и нижней челюсти. В 1910 г. Генри Мейж описал 10 случаев «срединного лицевого спазма», которые он отграничивал от тиков, лицевого гемиспазма и постпаралитической лицевой контрактуры. У всех пациентов заболевание начиналось в зрелом возрасте с тонических произвольных движений, наиболее выраженных в круговых мышцах глаз, но проявляющихся также в виде наморщивания лба, поднятия бровей, сморщивания подбородка с выпячиванием губ и подёргиванием ноздрей. Выраженность спазмов заметно колебалась в течение дня, но ночью они всегда исчезали. Провоцирующими

факторами были взгляд вверх, ходьба и эмоциональное напряжение. У большинства больных была выявлена депрессия. Сам Генри Мейж рассматривал заболевание как невроз, вызванный очагом раздражения, находящимся в области моста или среднего мозга. В дальнейшем этому синдрому практически не уделялось внимания до 1956 г, когда появилось сообщение Хендерсона о 135 больных эссенциальным блефароспазмом. По эпидемиологическим данным чаще всего заболевание развивается на шестом десятилетии жизни, однако у 10-20% больных возникает в возрасте до 40 лет. Женщины преобладают в соотношении 3/2. Предполагается, что при данном расстройстве имеет место поражение базальных ядер.

Блефароспазм при синдроме Мейжа наблюдается почти в двух третях случаев заболевания и вначале проявляется в виде произвольных частых миганий, но затем приобретает характер постоянных тонических спазмов, сопровождаясь стойким спастическим смыканием век. Возникновение блефароспазма только с одной стороны наблюдается редко, и, как правило, в этих случаях через несколько недель в патологический процесс вовлекается другой глаз, после чего частое мигание становится стереотипным и симметричным. Непроизвольное зажмуривание довольно рано дезадаптирует больных, так как чаще всего оно не связано с ситуацией (например, возникает неожиданно при переходе дороги, во время работы). Отдых при синдроме Мейжа в наибольшей степени облегчает состояние больных, и после хорошего ночного сна блефароспазм по утрам нередко отсутствует в течение 1-2 часов.

Каждый приступ при синдроме Мейжа начинается с симметричных, двусторонних, нерегулярных и различных по длительности тонических сокращений круговых мышц глаза и мышц верхней половины лица, к которым в течение нескольких секунд присоединяются аналогичные сокращения других мышечных групп, с разной интенсивностью вовлекающихся в патологический процесс. Во время развёрнутого приступа лицо больного напоминает гримасу человека, вдыхающего запах какого-то едкого вещества с искажением лица и зажмуриванием глаз. Между приступами, если больной старается избегать движений лицевых мышц, выражение его лица становится нормальным. Провоцирующими факторами являются эмоциональное напряжение, речь и жевание.

В нашем случае на протяжении 10 месяцев наиболее явным симптомом у нашей пациентки является блефароспазм, без вовлечения в приступ других мышц. Кроме того, все «приступы» блефароспазма имеют привязанность к ситуации, особенно к алкоголизации мужа. Пациентка также практически самостоятельно без посторонней помощи передвигается по городу (без сопровождения ездила не только домой в лечебные отпуска, но и в другой город, хотя блефароспазм, со слов пациентки, присутствует

практически постоянно) и эти передвижения не приводили к её серьёзной травматизации. Она может в некоторой степени контролировать его, управлять им. В отличие от синдрома Мейжса в утренние часы ей нередко тяжело открыть глаза. Также у нашей пациентки нет чёткой зависимости развития блефароспазма от длительной беседы, и даже наоборот нередко именно в беседе, особенно на темы напрямую не касающиеся значимой ситуации, глаза остаются открытыми.

Следующая диагностическая версия это неврозоподобные нарушения в рамках сосудистого заболевания головного мозга - гипертонической болезни. В пользу этого свидетельствуют анамнестические данные о повышении артериального давления, которое в последний год приобрело стойкий характер, данные настоящего состояния больной с наличием жалоб астенического круга с констатируемым клинически лёгкими затруднениями выполнения абстрактно-логических операций, данными психологического исследования (лёгкое снижение показателей долговременной памяти, затруднения абстракции, снижение произвольного внимания), также соматоневрологическими данными:

терапевт – артериальная гипертония 2 ст., окулист – ангиопатия сетчатки, невролог – дисциркуляторная энцефалопатия I стадии, и особенно данными ЭЭГ и ЯМР в том числе о структурных патологических изменениях (очаг демиелинизации 4 мм в антеробазальных отделах лобной доли справа).

По данным большинства авторов (Авербух Е.С., Телешевская М.Э., 1976 г., Штернберг Э.Я., 1986; Яхно Дамулин, 1997, 2003; Будза В.Г. с соавт., 2003) основные клинические проявления неврозоподобных нарушений сосудистого генеза на начальных этапах представлены неврастенноподобной симптоматикой, в тоже время моторные нарушения по данным Яхно, Дамулина развиваются чаще при остром нарушении мозгового кровообращения и представлены пирамидными расстройствами (оживление бульбарных рефлексов) более выраженными на ногах, атаксическими расстройствами с апраксией ходьбы, псевдобульбарными расстройствами, которые проявляются рефлексом орального автоматизма, оживлением нижнечелюстного рефлекса, эпизодами насильственного смеха, плача, нередко отмечаются тазовые расстройства центрального генеза.

Нарушения мозгового кровообращения или демиелинизация в оральных отделах ствола мозга по данным Фишер(1963), Янковича, Форда (1983) вызывают дистонию мышц лица и блефароспазм, а стимуляция участков среднего мозга, расположенных вентрально от верхнего холмика, вызывает по данным Хашольда с соавт. (1979) патологическое частое мигание. На наличие очагов лейкоариозиса и демиелинизации при дисциркуляторной

энцефалопатии развившейся в следствии гипертонической болезни на ЯМР – томографии и КТ - указывают данные Яхно и Домулина (1997, 2003), Штока В.Н. (1998).

Кроме того, асимметричность блефароспазма, по мнению Семке (1987), Лис (1989) нередко свидетельствует об органической природе расстройства.

В нашем случае на асимметричность начальных стадий блефароспазма повлияло несколько моментов. Первый – это индукция мужем пациентки последние 2 года чувства вины на неё за травму, полученную им в молодости именно правого глаза (яркое подтверждение этому факту можно увидеть на предоставленной видеозаписи, когда пациентка, практически дословно воспроизводит описание возникающих у мужа ощущений при полном смыкании глаз: «я вижу что-то белое и фиксирую взгляд»). Второй - это информационное ятрогенное влияние обнаруженных при обследовании ЯМР-томографией изменений именно справа, подтверждённое одной из версий врача: «вот это и есть причина вашей болезни».

В генезе данного расстройства нельзя исключить и психологическое влияние экзистенциальных факторов, характерных для истерического невроза в позднем возрасте (Ялом И., 1993, Франкл В. 2001., Будза В.Г. с соавт. 2004, 2005) – страх смерти мужа - смыкание глаз – символическая идентификация с мужем, с проекцией вины перед ним на себя – преодоление страха смерти (глаза покойника закрыты), а также клиническое выражение характерного для пациентки одного из ведущих механизмов психологической защиты «отрицания» - «глаза бы мои этого не видели».

Таким образом, исходя из данных анамнеза, клинико-патогенетического анализа имеется комплексное психогенное воздействие в последние 4 года с чёткой связью психогений с личностью пациентки (явная акцентуация характера по демонстративно-гиперкоменсаторному типу) с неспособностью личности в данных конкретных условиях самостоятельно разрешить её. Возникновение и течение расстройства связаны с патогенной ситуацией и переживаниями личности: наблюдается определённое соответствие между динамикой состояния больной и изменениями психотравмирующей ситуации. Клинические проявления расстройства по своему содержанию связаны с психотравмирующей ситуацией и переживаниями личности, с основными наиболее сильными и глубокими ее стремлениями, представляя аффективную реакцию с патологической фиксацией тех или иных её переживаний (страх за жизнь мужа, сына с актуализацией вытесненных переживаний вины по поводу смерти отца). Можно также отметить более высокую эффективность психотерапевтических методов по отношению ко всему заболеванию и отдельным его клиническим проявлениям. Констатируемые начальные сосудистые нарушения можно отнести к патопластике,

облегчающей возникновение расстройства именно после 45 лет. Обозначен многомерный внутриличностный конфликт: первичный конфликт по истерическому типу определяющийся, прежде всего завышенными требованиями личности, с недооценкой или полным игнорированием (отрицанием) объективных реальных условий или требований окружающих. И конфликт по психастеническому типу обусловленный, прежде всего, противоречивыми собственными внутренними тенденциями и потребностями, борьбой между желанием и долгом, между моральными принципами и личными привязанностями: «... я устала за всеми ухаживать, но обязано это делать». Актуализация вины по поводу смерти отца также способствовало развитию психастенического конфликта. Клиническим выражением данного многомерного конфликта и является блефароспазм имеющий с одной стороны конверсионную природу (истерический конфликт), с другой стороны – обсессивную (психастенический конфликт). Именно многомерность конфликта с мультифакторностью психогении и обуславливает трудную курабельность нашей пациентки.

Диагноз: Истерический невроз с тенденцией к затяжному течению с конверсионным блефароспазмом и тревожно-депрессивным синдромом у личности с истерической акцентуацией.

Таким образом, в синдромальной картине истерического невроза у пожилых чётко прослеживается патогенное влияние психобиологических факторов (возраста и пола). В позднем возрасте, в отличие от контрольной группы, больных особую значимость приобретают ярко выраженные проявления тревожной депрессии с преобладанием в ней эгоцентрической направленности и гиперболизированным преподнесением жалоб, обусловленные актуализацией, как экзистенциальных переживаний, так и характерных для позднего возраста психотравмирующих ситуаций: утраты или тяжёлой болезни близких, отхода от активной социальной деятельности, с нарастанием влияния одиночества и страхом перед «недугами старости». У позднеговозрастных пациентов психогении - утраты близких, увольнения с работы, участие в «горячих точках» - являются патогенными коморбидными депрессии обсессивно-компульсивные расстройства, которые превышают по степени выраженности у них подобные нарушения в контрольной группе. В позднеговозрастной группе

больных в отличие от «молодых» в рамках истерического невроза более интенсивно проявляются эпатажно-шантажные деструктивно-агрессивные тенденции и регрессивно-инфантильное поведение, что, по нашему мнению, отражает преобладающую степень напряжённости внутриличностного конфликта с приумножением его патогенизирующей роли в этом возрастном периоде по сравнению с контрольной группой. Конверсионные расстройства больных позднего возраста обнаруживают явный содержательный диморфизм, в частности у женщин, ассоциированный со своеобразием психотравмирующей ситуации. Влияние позднего возраста на клинику истерического невроза проявляется высокой степенью соматизации его расстройств. Сложная психопатологическая структура истерического невроза с формированием социально-дезадаптирующего поведения и регрессивно-зависимого функционирования обуславливают более тяжёлое с тенденцией к затяжному течению его, особенно у мужчин.

Половые различия внутри поздневозрастной группы больных были представлены более глубокими депрессией с субпсихотическим уровнем нарушений витальных чувств, соматоформными расстройствами у женщин и большей выраженностью обсессивно-компульсивных симптомов, проявлений деструктивно-агрессивного поведения у мужчин.

Можно говорить об определённом интранозоморфозе истерического невроза как результат воздействия кризисных (социально-экономических) условий на популяцию позднего возраста.

Таблица 8

Показатели шкал симптоматического опросника SCL-90-R у больных истерическим неврозом

шкалы SCL – 90 - R	мужчины основной группы	мужчины контрольной группы	женщины основной группы	женщины контрольной группы	Достоверность различий p			
	M1	M2	W1	W2	M1/M2	M1/W1	W1/W2	M2/W2
Соматизация (SOM)	1,59	0,94	1,86	1,65	0,00	-	-	0,00
Слабость / головокружение	-	1,45	-	2,57	-	-	-	0,00
Боли в сердце или в грудной клетке	2,04	1,20	-	1,96	0,03	-	-	0,02
Боли в пояснице	1,26	-	1,87	-	-	0,04	-	-
Тошнота/расстройство желудка	-	0,55	-	1,46	-	-	-	0,01
Боли в мышцах	1,48	0,70	-	-	0,02	-	-	-
Приступы жара/озноба	1,09	0,55	1,79	1,71	-	0,03	-	0,00
Онемение/покалывание в различных частях тела	1,87	0,70	-	1,64	0,00	-	-	0,01
Комок в горле	0,74	0,75	1,59	1,46	-	0,01	-	0,04
Обсессивно-компульсивные расстройства (O-C)	2,05	1,31	1,75	1,49	0,00	-	-	-
Повторяющиеся неприятные неотвязные мысли	2,83	2,05	-	-	0,01	-	-	-
Проблемы с памятью	2,57	1,50	1,87	-	0,01	0,04	-	-
Необходимость делать всё очень медленно, чтобы не допустить ошибки	2,35	1,10	1,74	0,96	0,00	0,04	0,01	-

Показатели шкал симптоматического опросника SCL-90-R у больных истерическим неврозом										
Таблица 8 (продолжение)										
шкалы SCL – 90 – R	мужчины основной группы		мужчины контрольной группы		женщины основной группы		женщины контрольной группы		Достоверность различий р	
	M1	M2	W1	W2	M1/M2	M1/W1	W1/W2	M2/W2		
Потребность проверять и перепроверять то, что вы делаете	2,04	1,15	-	-	0,02	-	-	-	-	-
То, что вы легко теряете мысль	2,22	1,20	-	-	0,00	-	-	-	-	-
Межличностная сензитивность (INT)	1,61	0,99	1,48	1,56	0,00	-	-	-	0,01	0,01
Застенчивость или скованность в общении с лицами другого пола	1,56	0,80	-	-	0,01	-	-	-	-	-
То, что ваши чувства легко задеть	2,96	1,70	-	2,82	0,00	-	-	-	-	0,00
Ощущение, что вы хуже других	1,43	0,60	-	1,68	0,02	-	-	-	-	0,00
Чрезмерная застенчивость в общении с другими	1,57	0,65	0,95	-	0,01	0,02	-	-	-	-
Депрессия (DEP)	2,18	1,25	1,96	1,95	0,00	-	-	-	0,01	0,01
Потеря сексуального влечения / удовольствия	2,13	1,05	1,13	-	0,00	0,01	-	-	-	-
Упадок сил/ заторможенность	2,35	1,50	-	2,29	0,02	-	-	-	-	0,03
Слезливость	1,87	0,80	2,77	2,57	0,00	0,01	-	-	-	0,00
Ощущение, что вы в западне	1,65	0,65	-	-	0,02	-	-	-	-	-
Чувство одиночества	2,57	1,30	-	2,29	0,00	-	-	-	-	0,02
Чрезмерное беспокойство по разным поводам	3,22	1,90	-	-	0,00	-	-	-	-	-

Таблица 8 (продолжение)

Показатели шкал симптоматического опросника SCL-90-R у больных истерическим неврозом

шкалы SCL – 90 – R	мужчины основной группы	мужчины контрольной группы	женщины основной группы	женщины контрольной группы	достоверность различий p			
	M1	M2	W1	W2	M1/M2	M1/W1	W1/W2	M2/W2
Ощущение, что будущее безнадежно	2,09	1,20	-	2,36	0,04	-	-	0,01
Чувство, что всё, что бы вы не делали, требует больших усилий	2,09	1,15	-	-	0,01	-	-	-
Ощущение собственной никчёмности	2,22	0,90	-	1,82	0,00	-	-	0,03
Тревожность (ANX)	2,08	1,38	1,88	1,89	0,01	-	-	0,01
Приступы ужаса/паники	2,17	1,05	-	-	0,00	-	-	-
Такое сильное беспокойство, что вы не можете усидеть на месте	2,52	1,10	1,87	-	0,00	0,04	-	-
Ощущение, что с вами произойдёт что-то плохое	2,61	1,45	1,85	-	0,00	0,03	-	-
Враждебность (HOS)	1,65	1,14	1,31	1,23	-	-	-	-
Легко возникающие досада или раздражение	2,78	1,85	-	2,57	0,02	-	-	0,04
Вспышки гнева, которые вы не могли сдержать	2,52	1,50	-	-	0,01	-	-	-
Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо	0,52	-	0,18	-	-	0,03	-	-
Импульсы ломать или крушить что-либо	1,04	-	0,41	-	-	0,03	-	-

Таблица 8 (продолжение)

Показатели шкал симптоматического опросника SCL-90-R у больных истерическим неврозом

шкалы SCL – 90 – R	мужчины основной группы	мужчины контрольной группы	женщины основной группы	женщины контрольной группы	достоверность различий p			
	M1	M2	W1	W2	M1/M2	M1/W1	W1/W2	M2/W2
То, что вы часто вступаете в спор	-	-	1,54	0,86	-	-	0,04	-
Фобическая тревожность (PHOB)	1,65	0,81	1,10	1,34	0,00	0,01	-	-
Чувство страха в открытых местах или на улице	1,87	0,85	-	-	0,02	-	-	-
Боязнь выйти из дома одному	1,35	0,55	0,69	-	0,02	0,03	-	-
Боязнь езды в автобусах, поездах	1,22	0,30	-	1,07	0,00	-	-	0,03
Необходимость избегать некоторых мест или действий, так как они вас пугают	2,17	1,20	1,51	-	0,00	0,04	-	-
Нервозность, когда вы оставались одни	2,09	1,10	-	-	0,00	-	-	-
Паранойяльные симптомы (PAR)	1,20	1,00	1,54	1,24	-	-	-	-
Психотизм (PSY)	1,07	0,53	0,85	0,81	0,00	-	-	-
Нервничавшие вас сексуальные мысли	1,65	0,60	-	-	0,01	-	-	-
Дополнительные вопросы	-	-	-	-	-	-	-	-
Плохой аппетит	0,96	-	1,97	-	-	0,00	-	-
Переживание	0,91	-	0,41	-	0,02	-	-	-
То, что вам трудно заснуть	2,04	-	2,72	1,75	-	0,04	0,00	-
Мысли о смерти	1,83	0,90	-	-	0,00	-	-	-
Бессоница по утрам	1,91	0,85	-	-	0,00	-	-	-

Примечание: По симптомам каждой шкалы приведены показатели, имеющие достоверные различия ($p < 0,05$).

3.3. Клинические особенности неврастения в позднем возрасте

Неврастения по данным нашего исследования достоверно чаще диагностирована в группе пациентов позднего возраста (38,8% от всех форм невротозов: у 42,2% мужчин и у 36,9% женщин), чем у пациентов контрольной группы – 23,8% от всех форм невротозов ($p < 0,05$): у 27,3% мужчин и 21,3% женщин.

При описании неврастения используется более широкий подход к её пониманию по сравнению с рубрикой F 48.0 МКБ – 10, который соответствует традиционному пониманию неврастения в нашей стране (Карвасарский Б.Д., 1980, 1990, 2002; Александровский Ю.А., 2000; Войтенко Р.М., 2002).

Напоминаем, что помимо клинической оценки расстройств, диагноз неврастения основывался на выявлении неврастенического внутриличностного конфликта, который представляет собой противоречие между возможностями личности, с одной стороны, и её стремлениями, и завышенными требованиями к себе – с другой (Носков Г.Г., 2000; Войтенко Р.М., 2002; Карвасарский Б.Д., 2002).

Синдромальный профиль больных неврастением основной и контрольной групп представлен на рисунке 5, в подгруппах по полу - на рисунках 6-8. Посимптомные соотношения (данные опросника SCL – 90 – R) обозначены в таблице 9.

Как видно из приведённых данных, достоверных синдромальных различий, как в группах, так и в подгруппах пациентов по полу не обнаружено за исключением превышения показателя по синдрому «соматизация» у женщин позднего возраста (1,96; $p < 0,05$) по сравнению с мужчинами этого же возраста (1,36).

Депрессивные расстройства у пожилых при неврастении в большей степени (с достоверным различием) выражаются чувством одиночества, с преобладанием элементов фобической тревожности у мужчин ($p < 0,05$), с явлениями соматизации - псевдоинфарктными масками.

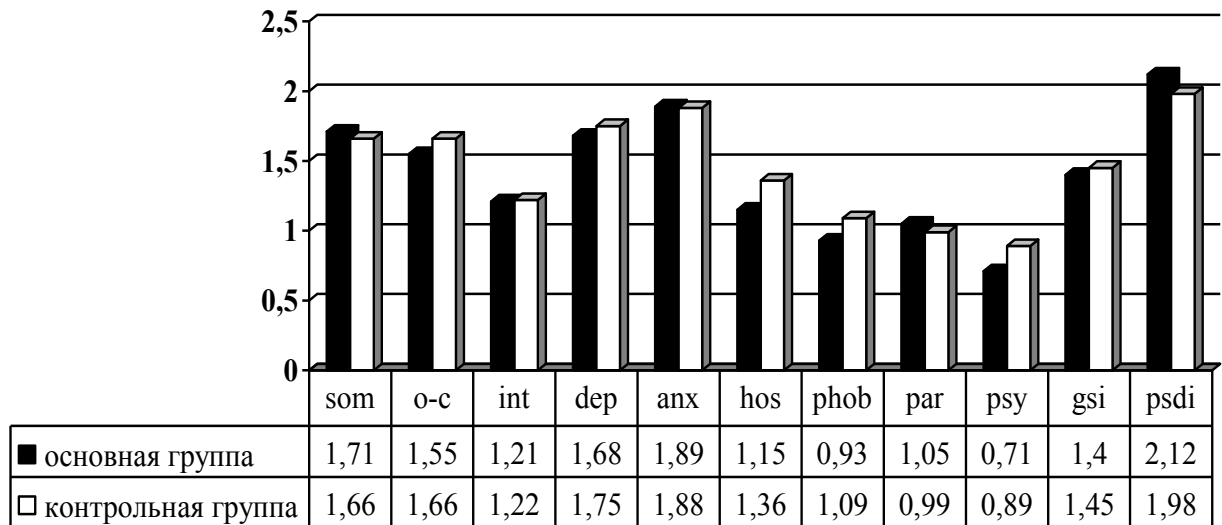


РИС. 5. Синдромальный профиль больных неврастенией
(данные опросника SCL – 90 – R).

В поздневозрастном периоде неврастения преимущественно принимает гиперстеническую форму с повышенной раздражительностью, обвинении других в несправедливом к ним отношении. Это подтверждается достоверно более высокими показателями у больных позднего возраста по нескольким симптомокомплексам: по шкале «межличностная сензитивность» такие проявления, как чувство недовольства другими ($p < 0,05$), «чувства легко задеть» у женщин; паранойяльной настроенностью – по шкале «паранойяльные симптомы» превалирование показателей по наличию идей/верований, которые не разделяют другие ($p < 0,05$) как у женщин, так и у мужчин, а также и недооценка достижений окружающих - у женщин; по шкале «психотизм», главным образом, у мужчин ($p < 0,05$); по шкале «враждебность» - преимущественно у мужчин позднего возраста с наличием импульсов причинять телесные повреждения или вред кому-либо ($p < 0,05$); по шкале тревоги – преимущественно у женщин – отмечалась напряжённость и взвинченность ($p < 0,05$).

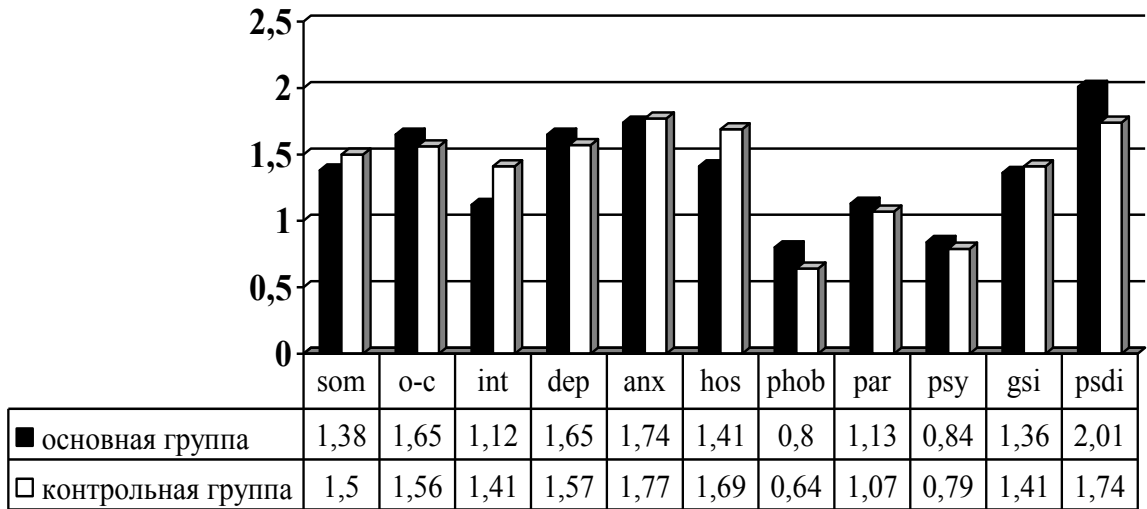


РИС. 6. Синдромальный профиль мужчин больных неврастениями
(данные опросника SCL-90-R).

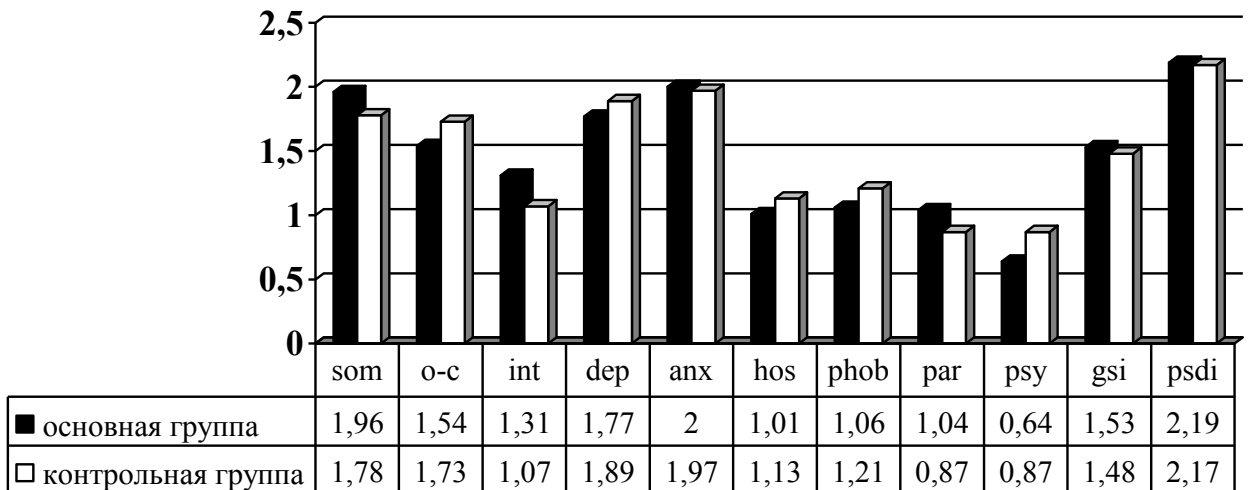


РИС.7. Синдромальный профиль женщин больных неврастениями
(данные опросника SCL-90-R).

В позднем возрасте в меньшей степени, чем у больных контрольной группы выражены обсессивно-компульсивные расстройства в проявлениях:

небрежности и неряшливости ($p < 0,05$) и трудностей в принятии решений ($p < 0,05$). Имеют меньшую выраженность и симптомы агорафобии, а именно: боязнь выйти из дому одному ($p < 0,05$), боязнь езды в автобусах ($p < 0,05$), чувство неловкости в людных местах ($p < 0,05$).

У пожилых женщин в большей степени выражены расстройства сна: с трудностями засыпания и бессонницей по утрам ($p < 0,05$).

Таким образом, возрастной фактор определяет следующие особенности неврастении: преобладание гиперстенической формы невроза с повышенной раздражительностью, обвинением других в несправедливом к ним отношении. Скорее всего, именно эти особенности неврастении у пожилых и придают депрессивным переживаниям (в рамках этого же невроза) «чувство одиночества», изоляцию от окружающих, в силу их «несправедливого к ним отношения». Явления соматизации явно обнаруживают возрастное актуальное содержание – псевдоинфарктные маски.

Половой фактор при неврастении пожилых играет более значительную патогенную роль, нежели возрастной, судя по наибольшему количеству достоверных различий в симптоматике между мужчинами и женщинами основной группы (см. рис.8, таб. 9). Обращают на себя внимание, прежде всего, синдромальные проявления соматизации (соматоформный синдром), которые у женщин по всем параметрам преобладают, по сравнению с мужчинами в позднем возрасте ($p < 0,05$). У нас не было оснований объяснить этот феномен патологическим климаксом у женской части пожилых пациентов, поскольку один из основных показателей болезненного протекания климактерического периода – «приступы жара и озноба» - не имел значимых различий с контрольной группой женщин. Кроме биологического фактора выраженность соматизированных расстройств женщин в рамках неврастении, до некоторой степени, можно объяснить и особенностями ведущих психотравмирующих ситуаций у них. В частности, положительная

корреляционная связь, как мы уже указывали (см. стр. 62), обнаружена при неврастении у женщин с производственными психотравмирующими обстоятельствами – неудовлетворённостью работой, чаще всего, в силу изменений форм собственности, с повышением требований, нередко непосильными для женщин позднего возраста. «Болезнь» соматическая является выражением пассивного протеста и в тоже время, служит значительным ограничением повышенных требований к себе, разряжая, тем самым, напряжённость внутриличностного конфликта. Подобное патогенное воздействие на развитие неврастенических соматоформных расстройств оказывает и антропокриминогенный тип психотравмы «материальные потери» (положительная корреляционная связь – $r=0,65$): в этом случае «соматизация» выступает фактором снижения материальных запросов, т.е. требований к себе для их удовлетворения, что в свою очередь, также является «способом» дезактуализации внутриличностного конфликта.

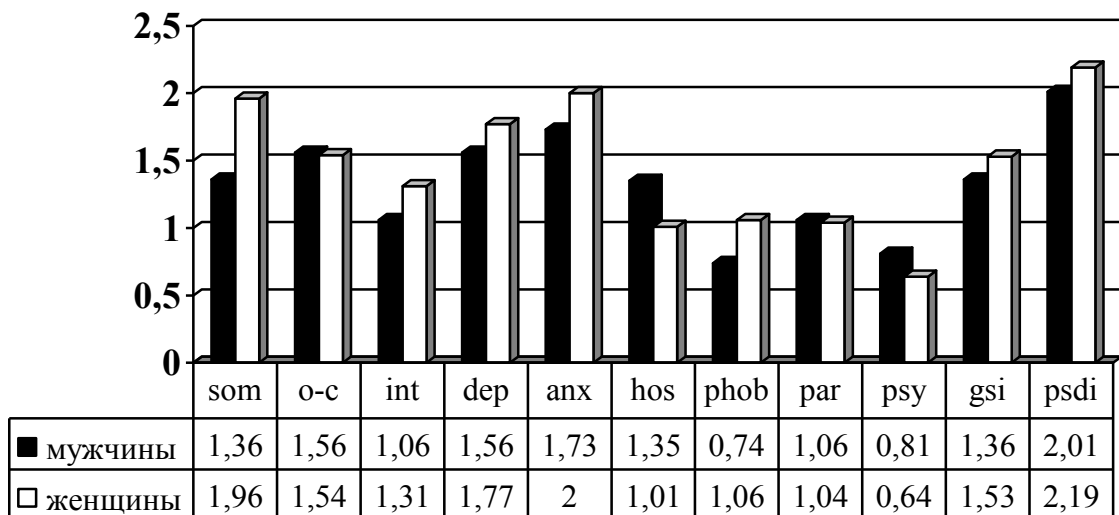


РИС. 8. Синдромальный профиль больных неврастенией основной группы (данные опросника SCL-90-R).

Выраженность соматизации неврастенических расстройств у женщин позднего возраста ассоциируется и с превышением показателей по сравнению с мужчинами основной группы депрессивных проявлений: отмечается большая степень снижения настроения ($p < 0,05$), заторможенности ($p < 0,05$), слезливости и идей самообвинения ($p < 0,05$) с мыслями о смерти ($p < 0,05$). Больные женщины отличались от пациентов мужчин этого возраста и достоверным превалированием интенсивности агорафобии: боязнь упасть в обморок на людях ($p < 0,05$), боязнь выйти из дома одной ($p < 0,05$), возникновение чувства неловкости в людных местах ($p < 0,05$).

Проявления враждебности при неврастении, свойственные скорее гиперстенической её разновидности, были более выражены у мужчин: импульсы ломать и крушить что-либо ($p < 0,01$), «...кричать и швыряться вещами» ($p < 0,05$). К явлениям гиперстенической неврастении у мужчин можно отнести и более высокие показатели, чем у женщин нервировавших сексуальных мыслей у них ($p < 0,01$) и наличие идей/верований, которые не разделяют другие ($p < 0,05$).

В качестве иллюстрации развития неврастении в позднем возрасте приводим характерные истории болезни (женщина и мужчина позднего возраста).

Наблюдение № 5. Б-ная Н.Ю. 50 лет

Анамнез: Наследственность психопатологически не отягощена. Родилась в Оренбурге, раннее развитие без особенностей, в школу пошла с 7 лет, училась посредственно, среди сверстников особенно ничем не выделялась, была общительной, «компанейской», но отмечает, что все же «всегда стремилась немножко выделиться, к мнению прислушивались» – с частью школьных подруг до сих пор поддерживает отношения, также отмечает исполнительность, скрупулёзность, педантизм, особенно проявившиеся в дальнейшей работе. Окончила 10 классов, затем работала год на заводе РТИ, поступила в техникум, который закончила и получила специальность бухгалтера. В 1971 году вышла замуж, брак по-любви, имеет двух сыновей, взаимоотношения с мужем складывались не всегда гладко по причине его алкоголизации. По распределению мужа поехала с ним в Ташлинский район, где 4 года работала в аптеке бухгалтером. После возвращения в город Оренбург работала по специальности в «Рембыттехнике», где

довольно успешно продвигалась по служебной лестнице (с рядового бухгалтера до заместителя главного бухгалтера). Затем за главным бухгалтером ушла в трест по благоустройству, проработала на этом месте до 1992 года, а затем работала главным бухгалтером в частных структурах; в настоящее время - в ЗАО «Орнефтегаз». С 2001 года на фоне повышенной нагрузки на работе, связанной с реструктуризацией производства (приватизация и передача в частные руки), противоречивой ситуацией («оказалась как бы между двух огней, между двумя начальниками») впервые стали беспокоить упорные головные боли, усилилась тревожность, педантичность в работе, особенно в отношении отчётной документации, часто брала работу на дом, нередко работала по ночам. В течение 2002 года на фоне повышенной нагрузки на работе стала плаксивой, раздражительной, нарушился сон, периодически снижалось настроение, появились вегетативные расстройства: учащалось сердцебиение, появились колебания артериального давления. В этом же году был диагностирован сахарный диабет (инсулиннезависимый). Кроме того, на протяжении 3 последних лет «не была в отпуске и не брала больничные, так как много работы, а если заговоришь об отпуске – могут просто заменить на более молодых». После обследования и лечения в Областной клинической больнице по поводу сахарного диабета, где была консультирована психотерапевтом обратилась в отделение неврозов и психотерапии и была госпитализирована.

Психический статус: вступает в беседу с заметным напряжением и плохо скрываемым волнением. Полностью ориентирована в месте, времени и собственной личности. С первых минут беседы интересуется возможностью лечения в режиме дневного стационара, так как «на работе сказала, что буду лечиться и делать отчёт – с этим условием и отпустили». Предъявляет жалобы на головные боли, плаксивость, раздражительность, тревожный сон с нарушениями засыпания «постоянно в голове цифры, которые не дают заснуть и сны про то, что я сдаю отчёт, и он не получается». Охотно делится переживаниями, фиксирована на производственных проблемах, при затрагивании темы взаимоотношений с мужем проявляется эмоциональная лабильность, которая достаточно быстро проходит: «он зарабатывает мало, ещё и выпивает, приходится мне тянуть и его, и детей». Мышление в обычном темпе, последовательное, с доступностью проведения абстрактно-логических операций, память не нарушена. Расстройств восприятия, нарушений логической структуры мышления не выявлено.

Соматический статус: Повышенного питания. Кожный покров и видимые слизистые чистые. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены,

ритмичные. Пульс 79 уд/мин., АД 130/80 мм рт.ст.. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не пальпируется. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Неврологический статус: глазные щели равные, нистагмоз, ослаблена конвергенция. Рефлексы симметричные. Чувствительность не нарушена. Координаторные пробы удовлетворительные, тремор век. Тазовых нарушений нет.

Заключения специалистов:

конс. терапевта: сахарный диабет 2 типа, ИН, ср.ст.тяжести

конс. невролога: с-м вегетососудистой дистонии по гипертоническому типу..

конс.окулиста: ОУ глазное дно – диск зрительного нерва с чёткими контурами, сосуды не изменены.

конс. гинеколога: фиброма матки.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования:

выявляется психогенно-невротический паттерн с ведущими тревожно-соматизированными проявлениями, обусловленный наличием аутопсихического конфликта, характеризующегося завышенными требованиями к себе без учёта своих физиологических и психологических ресурсов. Развитию данного конфликта способствовала и дисгармоничная акцентуированная личностная структура – сочетание педантичного и демонстративного характера с эмотивно-тревожным темпераментом, а также патопротекторная система Эго-защиты (ведущие психологические защиты – реактивные образования, регрессия; неадаптивный копинг-механизм в когнитивной сфере – растерянность). Психические процессы равномерные в обычном темпе. В мыслительной деятельности высокий уровень категориальности решений и формирования абстрактно-логических связей. Расстройств памяти не выявлено.

Заключение: клиническая картина представлена астеническими, аффективными (тревожными, субдепрессивными), вегетативными расстройствами, возникшими у преморбидно акцентуированной личности с дисгармоничным сочетанием демонстративных и тревожно-мнительных черт. Постоянное стремление к достижению поставленной цели (характерно для истерической составляющей личностной структуры), не всегда соответствующее физическим и психологическим ресурсам данной личности с изначально тревожным темпераментом, который она компенсирует скрупулёзностью и исполнительностью в работе, в данном случае привёл к срыву нервной деятельности с развитием соматизации сначала с выходом на психосоматический уровень (сахарный диабет), а затем на невротический в виде неврастенической симптоматики и частичным «уходом в болезнь» (один из ведущих

механизмов Эго-защиты – регрессия). Предъявление к себе завышенных требований связано, как с ситуацией на производстве (повышенные требования со стороны руководства, отсутствие полноценного отдыха за последние 3 года, угроза увольнения вследствие болезни, ведущая материальная составляющая в работе), так и с семейной ситуацией: наша обследуемая является основным материальным гарантом в семье, а пьющий муж также способствует её невротизации (мультифакторность психогении). Обозначен внутриличностный конфликт по неврастеническому типу. Чёткая связь начала заболевания с психогенной ситуацией, её звучание в переживаниях больной, зависимость клинического течения расстройства от психогении, а также доминирование в клинической картине аффективных и вегетативных расстройств, при отсутствии, по данным обследования, органических и эндогенных знаков позволяют сформулировать диагноз: неврастения, гиперстеническая форма, с тревожными и соматоформными проявлениями у акцентуированной дисгармоничной личности (истеро-психастеническое сочетание).

Наблюдение № 6. Б-ной С-в А.Е. 53 года

Анамнез: Наследственность психопатологически не отягощена. Средний из трёх детей. Воспитывался в полной семье. Мать по характеру властная, была в семье лидером, отец терпеливый, спокойный, уравновешенный, несколько тревожный. Раннее развитие без особенностей. До 10 - летнего возраста страдал ночным недержанием мочи, к врачам не обращался. В детстве переболел паротитом без осложнений, в 12 летнем возрасте - аппендэктомия. В школу пошёл с 7 лет, учился неплохо, в основном на «хорошо». После окончания 7 классов поступил в железнодорожный техникум, где, проучившись год, оставил учёбу, образование продолжил в вечерней школе, окончил 11 классов. В 1966-1969 годы проходил срочную службу в танковых войсках, отмечает некоторые трудности первые 6 мес. установления контактов в силу своей тревожности, но в дальнейшем проблем по службе не возникало. После армии работал около 5 лет электриком, техником-механиком, затем вернулся на военную службу. С 1975 по 1986 год служил авиатехником, в 1986 году уволился из армии. Устроился работать мастером в локомотивное депо, параллельно окончил заочно железнодорожный техникум, затем вечернее отделение политехнического института, перешёл на работу на локомотиворемонтный завод на должность инженера-энергетика с 1995 года; работает по настоящее время. Женат с 23 лет, жена младше на 3 года. Жену характеризует, как лидера в семье, властной женщиной, из-за чего часто возникают внутрисемейные конфликты, отношения с ней считает «несколько напряжёнными», но речь о разводе никогда не возникала; объясняет, что образование получил поздно, в силу

того, что жена требовала зарабатывать деньги, а когда «стали жить более стабильно», пошёл учиться. От брака имеет одного сына, который в настоящее время проживает отдельно.

С детства отмечает такие черты как мнительность, тревожность, впечатлительность, подверженность колебаниям настроения, неуверенность при выполнении какой-либо деятельности, особенно связанной с высокой личной ответственностью, при этом нуждается в поддержке, всегда старается предусмотреть возможные неудачи, вследствие чего предъявляет высокие требования к себе и к окружающим. Также отмечает в характере педантизм. Если предполагает, что не справится с предлагаемой работой старается её избегать, в тоже время не всегда может отказать в просьбе, долго колеблется при выборе решения, даже приняв его, постоянно испытывает неуверенность в правильности выбора. Отмечает, что даже при незначительных неприятных событиях часто «в мыслях предвидит наиболее худшие последствия», чтобы «быть к ним готовым». Именно этим объясняет уход из техникума до армии, когда возник незначительный, по словам ретроспективной оценки пациентом, конфликт на бытовой почве с одним из преподавателей, но в силу своей тревожности, «чтобы предотвратить возможные последствия (неудачи на экзаменах) и не быть отчисленным за неуспеваемость», оставил учёбу. Считает, что проявления, отдалённо напоминающие происходящие болезненные нарушения в текущем заболевании возникали при усиленной психической нагрузке, особенно, когда приходилось совмещать сдачу сессий при заочной учёбе с работой. Всегда усиленно готовился к сдаче зачётов и экзаменов. Особенно выделяет 1993 год, когда защищал дипломный проект, мало спал, становился раздражительным, вспыльчивым, конфликтовал с женой, беспокоили головные боли стягивающего характера, нередко на высоте тревоги отмечал слабые тупые боли в области сердца. После получения диплома около месяца ощущал некоторое опустошение, упадок сил, но продолжал работать, за мед.помощью не обращался.

С 1995 года, занимал должность заместителя начальника цеха Локомотиворемонтного завода. Отмечает, что с первых дней работы, ощущал неприятие со стороны начальника. Когда пришёл на новое место работы, оценил обстановку в цеху, как запущенную, где «никому нет никакого дела, кто и как работает». Несмотря на окружающую обстановку, старался выполнять свои обязанности в полном объёме, делал реальные шаги по улучшению работы в цеху, организации дисциплины, что было замечено главным инженером завода. С августа 2000 года при его поддержке был повышен в должности (стал его заместителем, курирует энергетическое обеспечение завода). Предложение о повышении воспринял с тревогой, сразу же возникла неуверенность -

справиться ли с новыми обязанностями, так как данное подразделение, по его оценке, находилось в крайне запущенном состоянии (предшественник был уволен по статье за прогулы и употребление алкоголя), но, обдумав предложение и обсудив его с женой (получил её поддержку, так как появлялись перспективы дальнейшего роста, и повышалась заработная плата), дал согласие. На протяжении 4 месяцев активно изучал хозяйство, старался выполнение распоряжений держать под личным контролем, работал по личной инициативе сверхурочно, часто выходил на работу в выходные дни. Сразу же столкнулся с неприятием его подхода к организации работы со стороны подчинённых, которые, по его мнению, «совсем отвыкли от работы», в силу чего возникали частые конфликтные ситуации. В своём поведении отмечал раздражительность, вспыльчивость, несдержанность, что в дальнейшем проявлялось не только на работе, но и дома. На протяжении января 2001 г. нагрузка ещё более возросла, так как надо было сдавать отчёт о проделанной работе, а реальных сдвигов в положительном направлении не отмечалось: «почти всё, что не делал, наталкивалось как будто на стену». Появилась неуверенность, сомнения в правильности принятия решения о согласии на новую должность. В начале февраля 2001 г., наряду с раздражительностью, появилось чувство опустошённости, огромной усталости, что ещё более усилилось после сдачи отчёта и неудовлетворительной оценки проделанной работы со стороны начальства, после чего присоединился страх перед увольнением, понижением в должности. Представлял, что «все будут относиться как к неудачнику, не справившемуся со своими обязанностями». В течение месяца снизилось настроение, выглядел несколько подавленным, что заметила жена. На работе снизилась активность, неожиданно давал раздражительные реакции на подчинённых, после которых отмечал опустошённость, укорял себя за несдержанность. Стали беспокоить головные боли тупого диффузного стягивающего характера, бессонница. По совету жены обратился в поликлинику к психотерапевту, который предложил стационарное лечение в отделение неврозов и психотерапии и был госпитализирован.

Психический статус: доступен контакту, полностью ориентирован в месте, времени собственной личности. В начале беседы держится неуверенно, иногда несколько сумбурно излагает данные анамнеза, при этом достаточно откровенен, неусидчив, часто меняет позу, потирает при волнении лоб, голос тихий негромкий, речь тороплива, порою сбивчива. Предъявляет жалобы на быструю утомляемость, раздражительность, периодически беспокоящую тупую головную боль диффузного, стягивающего характера, бессонницу, слегка сниженный аппетит, рассеянность внимания, забывчивость. Эмоциональные реакции подвижные, мимика живая выразительная. При рассказе о

возникшей ситуации на работе волнение усиливается, старается оправдать свои неудачи на новой должности запущенностью хозяйства, не сложившимися отношениями с подчинёнными, нехваткой времени: «...нужно только около года, чтобы ознакомиться со всеми тонкостями», беспокоится о своей дальнейшей карьере, считая, что может быть понижен в должности, так как «не справился с обязанностями». Тем не менее, замечает, что может быть «это будет и к лучшему». Настроение несколько снижено. Мышление последовательное, доступно проведение основных мыслительных операций с использованием абстрактно-логических связей. Бреда, галлюцинаций не выявляется.

Соматический статус: удовлетворительного питания. В лёгких дыхание везикулярное. Пульс ритмичный, хорошего наполнения 76 уд/мин, АД 125/80 мм.рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отёков нет, стул и мочеиспускание не нарушены.

Неврологический статус: глазодвижения в полном объёме. OD=OS. Сухожильные рефлексы D=S. В п. Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет уверенно. Менингеальных, патологических знаков нет.

Заключения специалистов:

конс. терапевта: без патологии

конс. невролога: астено-вегетативный синдром

конс. окулиста: глазное дно - ДЗН с чёткими контурами, сосуды не изменены.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования:

выявляются психогенно-невротические расстройства с доминированием в клинической картине астенических и соматизированно-аффективных проявлений, которые являются следствием сформированного интрапсихического конфликта по неврастеническому типу (завышенные требования к себе, без учёта своих физиологических и психологических ресурсов). Развитию неврастенического конфликта способствовали и личностные особенности испытуемого (сочетание педантичного характера и тревожно-эмотивного темперамента). Невозможность его рационального разрешения обусловлена, помимо указанных личностных особенностей, патопротекторной структурой защитных механизмов: низкая дифференцированность Эго-защиты с ведущими – вытеснение, реактивные образования, регрессия – механизмами; слабо адаптивный вариант копинга в когнитивной сфере – относительность – в данной ситуации выступает, как дезадаптивный (патопротекторный), препятствуя активному сознательному разрешению ситуации. Психические процессы в обычном темпе, мнестико-интеллектуальные показатели в пределах нормативных.

Заключение: У личности, сформировавшейся в условиях гиперпротекции со стороны

матери с жёстким регламентированием поведения, повышенным чувством ответственности, с явно акцентуированными психастеническими чертами характера при смене определённого стереотипа, сложившегося на протяжении достаточно длительного времени профессиональной деятельности, с повышением требований (прежде всего к себе) в выполнении руководящих решений, без учёта своих физиологических и психологических ресурсов, возникло невротическое расстройство. Его проявления представлены неврастенической, аффективной и соматоформной (вегетативной) симптоматикой. Имеется чёткая связь возникновения расстройства с психогенным воздействием, прежде всего производственных факторов. По анамнезу можно проследить, что педантичность, скрупулёзность с требовательностью к себе в работе с повышенным самоконтролем при определённых обстоятельствах способствовали достаточно успешной адаптации пациента (получение высшего образования, карьерный рост с увеличением зарплаты). В то же время, смена производственного стереотипа и назначение на руководящую должность привели к расширению производственной «зоны контроля» со стороны пациента, причём большая часть первичной работы от него уже не зависела. Это, в конечном итоге, привело к росту тревожности с расширением, по собственной инициативе, производственной нагрузки. Немаловажным фактором в генезе расстройства является и семейная ситуация: стимулирование принятия окончательного решения женой. В данном случае обозначен неврастенический тип внутриличностного конфликта. Речь идёт о диагнозе: неврастения, гиперстеническая форма с переходом в гипостеническую с тревожными и соматоформными (вегетативными) расстройствами у акцентуированной по психастеническому типу личности.

Таким образом, неврастения в поздневозрастном периоде в отличие от её проявлений в молодом возрасте характеризуется преобладанием гиперстенической формы невроза с более выраженными симптомами соматизации, отражающими актуальные возрастные переживания. Половой фактор, по нашим данным, играет более выраженную патогенформирующую роль при неврастеническом неврозе пожилых, обуславливая достоверно значимое превалирование соматизации расстройств у женщин, а также гиперстенической разновидности этого невроза у мужчин среди больных основной группы. Выражена соматизация неврастенических расстройств у пожилых пациентов в большей степени, чем у молодых, а среди поздневозрастной группы у женщин определяет большую тяжесть невротических проявлений и тенденцию к затяжному течению их.

Таблица 9

Показатели шкал симптоматического опросника SCL – 90 – R у больных неврастенией

шкалы SCL – 90 – R	мужчины основной группы		мужчины контрольной группы		женщины основной группы		женщины контрольной группы		достоверность различий p			
	M1	M2	W1	W2	M1/M2	M1/W1	W1/W2	M2/W2	M1/M2	M1/W1	W1/W2	M2/W2
Соматизация (SOM)	1,36	1,5	1,96	1,78	-	0,02	-	-	-	0,02	-	-
Слабость / головокружение	1,47	-	2,48	-	-	0,00	-	-	-	0,00	-	-
Боли в сердце или в грудной клетке	1,79	-	2,37	1,56	-	0,01	0,04	-	-	0,01	0,04	-
Тошнота/расстройство желудка	1,05	-	1,89	-	-	0,02	-	-	-	0,02	-	-
Приступы жара/озноба	0,79	-	1,78	-	-	0,00	-	-	-	0,00	-	-
Ощущение слабости в различных частях тела	1,42	-	2,52	-	-	0,01	-	-	-	0,01	-	-
Тяжесть в конечностях	1,05	-	1,93	-	-	0,01	-	-	-	0,01	-	-
Загруднённое дыхание	0,74	-	1,52	-	-	0,04	-	-	-	0,04	-	-
Обсессивно-компульсивные расстройства (О-С)	1,56	1,56	1,54	1,73	-	-	-	-	-	-	-	-
Ваша небрежность или неряшливость	0,63	1,43	-	-	0,04	-	-	-	0,04	-	-	-
Трудности в принятии решений	1,26	2,43	2,00	-	0,03	0,03	-	-	0,03	0,03	-	-
Межличностная сензитивность (INT)	1,06	1,41	1,31	1,07	-	-	-	-	-	-	-	-
Чувство недовольства другими	-	2,14	1,70	0,89	-	-	-	-	-	-	0,03	0,02
То, что ваши чувства легко задеть	1,37	2,57	2,59	1,44	-	0,00	0,02	0,03	-	0,00	0,02	0,03
Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за вами или говорят о вас	0,63	-	1,41	-	-	0,02	-	-	-	0,02	-	-
Застенчивость/скованность в общении с лицами другого пола	0,84	1,43	1,04	0,56	-	0,04	0,04	0,04	-	0,04	0,04	0,04
Депрессия (DEP)	1,56	1,57	1,77	1,89	-	-	-	-	-	-	-	-
Упадок сил/загорможенность	1,74	-	2,63	-	-	0,01	-	-	-	0,01	-	-
Слезливость	1,32	-	2,41	-	-	0,00	-	-	-	0,00	-	-

Таблица 9 (продолжение)

Показатели шкал симптоматического опросника SCL – 90 – R у больных неврастениями

шкалы SCL – 90-R	мужчины основной группы	мужчины контрольной группы	женщины основной группы	женщины контрольной группы	достоверность различий p			
	M1	M2	W1	W2	M1/M2	M1/W1	W1/W2	M2/W2
Чувство одиночества	2,00	0,71	1,56	0,56	0,03	-	0,04	0,02
Чувство, что вы сами во многом виноваты	1,05	-	1,85	-	-	0,03	-	-
Подавленное настроение, «хандра»	2,21	-	2,56	-	-	0,03	-	-
Тревожность (ANX)	1,73	1,77	2,00	1,97	-	-	-	-
Дрожь	1,68	-	2,56	1,11	-	0,02	0,00	-
Ощущение напряжённости, взвинченности	-	-	2,44	1,67	-	-	0,04	-
Враждебность (HOS)	1,35	1,69	1,01	1,13	-	-	-	-
Импulseсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо	0,37	1,14	-	0,22	0,03	-	-	0,04
Импulseсы ломать или крушить что-либо	0,84	1,57	0,11	0,33	-	0,00	0,04	0,04
То, что вы кричите или швыряетесь вещами	1,63	-	0,67	-	-	0,02	-	-
Фобическая тревожность (PHOB)	0,74	0,94	1,06	1,21	-	-	-	-
Боязнь, что вы упадёте в обморок на людях	0,42	-	1,37	-	-	0,01	-	-
Боязнь выйти из дома одному	0,47	0,71	0,81	-	0,04	0,02	-	-
Боязнь езды в автобусах, метро, поездах	0,32	1,00	-	-	0,01	-	-	-
Чувство неловкости в людных местах	0,42	1,14	0,74	-	0,04	0,03	-	-
Нервозность, когда вы оставались одни	1,68	0,57	-	-	0,04	-	-	-
Паранойальные симптомы (PAR)	1,06	1,07	1,04	0,87	-	-	--	-
Наличие у вас идей/верований, которые не разделяют другие	0,79	0,43	0,44	0,11	0,04	0,03	0,01	-
То, что другие недооценивают ваши достижения	-	-	0,96	0,56	-	-	0,02	-

Таблица 9 (продолжение)

Показатели шкал симптоматического опросника SCL – 90 – R у больных неврастениями

шкалы SCL – 90-R	мужчины основной группы	мужчины контрольной группы	женщины основной группы	женщины контрольной группы	достоверность различий p			
	M1	M2	W1	W2	M1/M2	M1/W1	W1/W2	M2/W2
Психотизм (PSY)	0,81	0,79	0,64	0,87	-	-	-	-
Нервничавшие вас сексуальные мысли	1,53	0,29	0,33	-	0,03	0,00	-	-
Дополнительные вопросы	-	-	-	-	-	-	-	-
То, что вам трудно заснуть	-	2,86	2,70	1,67	-	-	0,03	0,01
Мысли о смерти	0,58	-	1,37	-	-	0,02	-	-
Бессоница по утрам	-	-	2,11	0,89	-	-	0,03	-
Переживание	0,37	-	0,96	-	-	0,03	-	-

Примечание: По симптомам каждой шкалы приведены показатели, имеющие достоверные различия ($p < 0,05$).

3.4. Семиотика обсессивно-фобического невроза в позднем возрасте

Обсессивно-фобический невроз по данным нашего исследования, диагностирован у 9,9 % пациентов основной группы, в контрольной группе пациентов у 17,5% из всех форм неврозов: достоверно реже, как у мужчин (6,7%), так и у женщин (11,8%) основной группы (ср.: 15,2% у мужчин и 19,1% женщин в контрольной группы).

Также как и при диагностике других форм неврозов, диагноз обсессивно-фобического невроза, кроме клинических расстройств, основывался на выявлении обсессивно-психастенического внутриличностного конфликта, который обусловлен противоречивыми собственными внутренними тенденциями и потребностями, борьбой между желанием и долгом, между моральными принципами и личными привязанностями (Карвасарский Б.Д., 1990, 2002).

Синдромальный профиль больных обсессивно-фобическим неврозом основной и контрольной групп представлен на рисунке 9, с учётом половой принадлежности на рисунках 10-12. Посимптомные соотношения в группах и подгруппах обозначены в таблице 10.

В отличие от предыдущих форм неврозов (истерического, неврастенического) при обсессивно-фобическом неврозе синдромальные профили у основной группы больных отражали превышение интенсивности болезненных проявлений по всем 11 шкалам опросника SCL-90-R. Достоверные показатели выявлялись по шкалам четырёх основных невротических синдромов: обсессивно-компульсивного ($p<0,05$), депрессивного ($p<0,05$), тревожного ($p<0,05$), фобического ($p<0,05$); достоверно интенсивны констатировались и проявления враждебности ($p<0,05$), а также высокие показатели индекса GSI ($p<0,05$) (см. рис. 9, таб. 10).

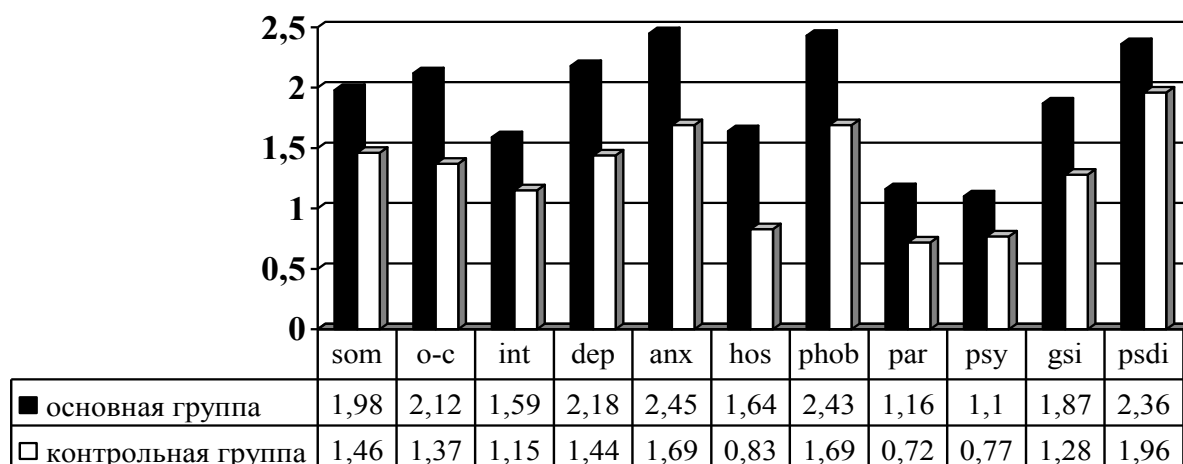


РИС. 9. Синдромальный профиль больных обсессивно-фобическим неврозом (данные опросника SCL-90-R).

Наибольшее количество достоверных различий отмечалось между мужчинами основной и контрольной групп (рис. 10, таб.10), однако и у женщин позднего возрасте несмотря на то, что степень разницы и не достигала уровня достоверности, все синдромальные шкалы значительно превышали таковые у женщин контрольной группы (см. рис.11, таб.10).

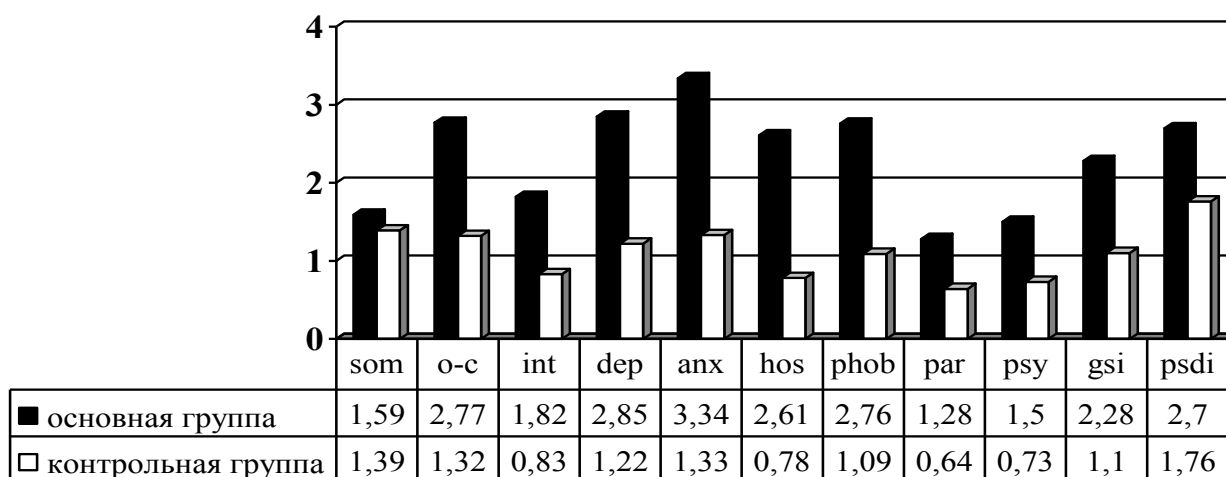


РИС. 10. Синдромальный профиль мужчин больных обсессивно-фобическим неврозом (данные опросника SCL-90-R).

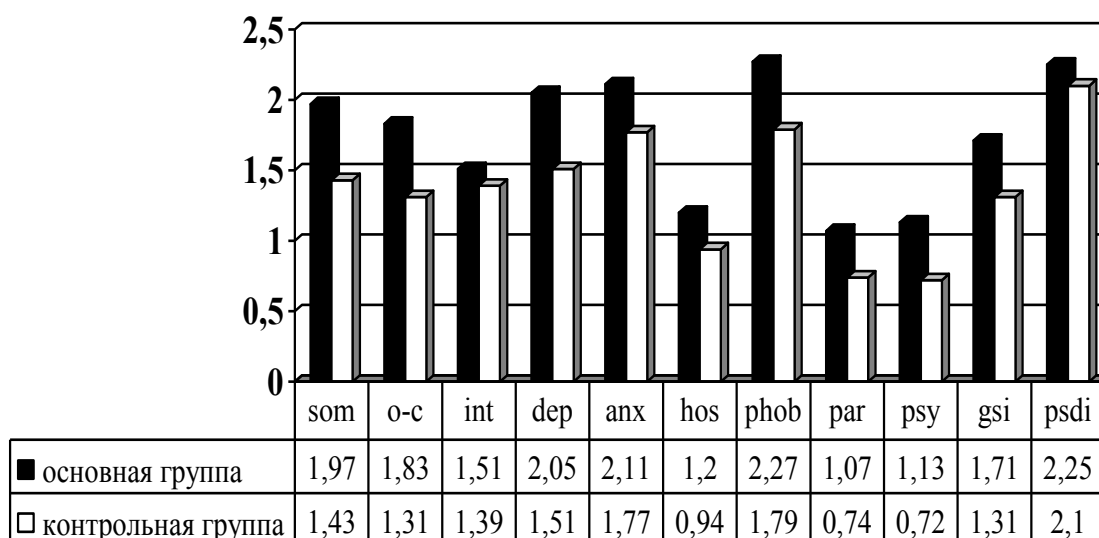


РИС. 11. Синдромальный профиль женщин больных обсессивно-фобическим неврозом (данные опросника SCL-90-R).

Обсессивно-компульсивные расстройства были представлены, в поздневозрастной группе по сравнению с контрольной, преимущественно навязчивыми мыслями, а также явлениями небрежности/неряшливости (в обоих случаях – $p < 0,05$). Высокую напряжённость аффективных нарушений демонстрировали шкалы депрессии, тревожности, в том числе и фобической, враждебности с достоверным преобладанием, главным образом, у мужчин основной группы по сравнению с контрольной (во всех случаях - $p < 0,05$). Эти данные свидетельствуют о большом удельном весе тревожно-депрессивных расстройств в психопатологической структуре обсессивно-фобического невроза, что придаёт ему сходство с аффективным синдромом в случае поздневозрастного истерического невроза. Однако, тревожно-депрессивная симптоматика при неврозе навязчивых состояний, в отличие от истерического невроза, была в значительной степени сопряжена с фобическими переживаниями больных, которые, в свою очередь, значительно преобладали в основной группе вообще и с достоверностью у

мужчин позднего возраста по сравнению с контрольными пациентами. Депрессия выражалась подавленным настроением ($p < 0,05$; здесь и далее сравнение с контрольной группой), ощущением безвыходности («в западне» - $p < 0,05$), чрезмерным беспокойством по разным поводам (тревожный компонент – $p < 0,05$); фобическая симптоматика (по шкале опросника «тревожность») – чувством страха ($p < 0,05$), который возникает неожиданно и беспричинно ($p < 0,05$) в сопровождении сильного и учащённого сердцебиения ($p < 0,05$), с тревожным ожиданием, что произойдёт что-то плохое ($p < 0,05$), а также наплывом кошмарных мыслей ($p < 0,05$) с мыслями о смерти (танатофобия – $p < 0,05$) и явлениями агорафобии с чувством страха в открытых местах или на улице ($p < 0,05$). Более высокие показатели враждебности у пожилых пациентов, которую можно, с определённой долей условности, отнести к аффекту альтернативному страху (страх и агрессия обычно появляются вместе – А. Кемпински, 1975), соответствовали напряжённости фобий, тревоги; враждебность в этом случае можно рассматривать и как способ снятия аффективного напряжения («разряд эмоций»). В основной группе она представлена превалированием (над контрольной) трудно сдерживаемых вспышек гнева ($p < 0,05$) и импульсов ломать и крушить что-либо ($p < 0,05$).

Влияние пола внутри основной группы больных (рис. 12, таб. 10) определялось превышением у мужчин, прежде всего, проявлений тревожно-фобических расстройств ($p < 0,05$) и враждебности ($p < 0,05$). Отличались больные мужчины от женщин и большей интенсивностью у них некоторых обсессивно-компульсивных расстройств, в частности, потребностью повторять действия ($p < 0,05$) и явлениями небрежности/неряшливости ($p < 0,05$).

Данные анализа психопатологической структуры обсессивно-фобического невроза, интенсивности проявлений основных синдромов, а также клинические наблюдения свидетельствуют о большей тяжести течения этого невроза у пожилых (по сравнению с контрольной группой), а среди них

– у больных мужчин. Ведущими клиническими расстройствами у мужчин позднего возраста являлась кардиофобия, которая порождается, присущими этому возрасту, опасениями сердечной катастрофы.

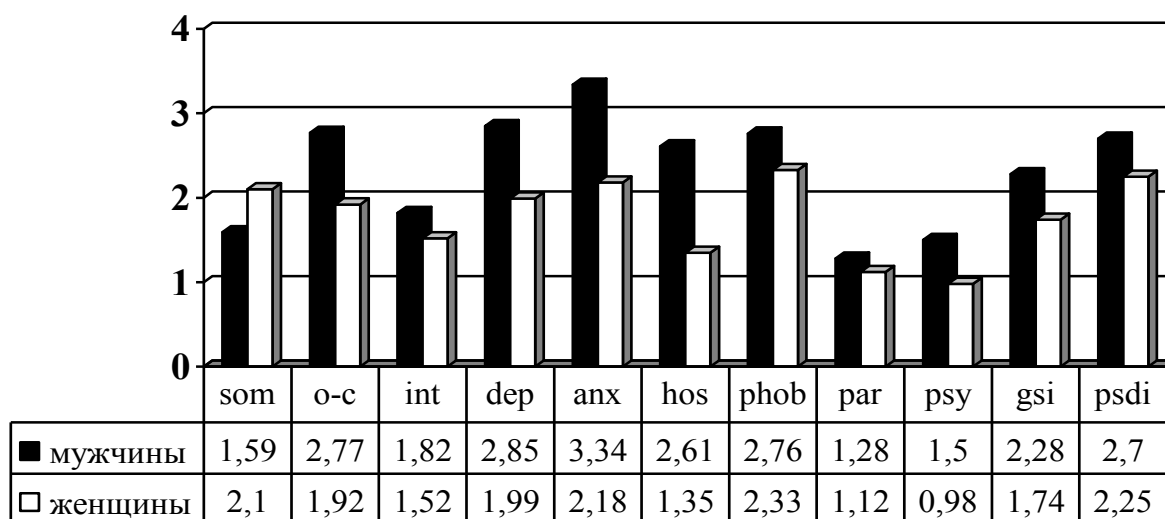


РИС.12. Синдромальный профиль больных обсессивно-фобическим неврозом основной группы (данные опросника SCL-90-R).

Кроме того, особенности психотравм, с разновидностями которых выявлена положительная корреляция, также предрасполагают к развитию подобного рода фобий. В частности у мужчин – нозогении в виде подозрений на инфаркт миокарда, сопряжённые нередко с ятрогенией и эргогенией в силу пристального и длительного обследования в кардиологических отделениях пациентов позднего возраста. Вторичная агорафобия, являясь следствием страха инфаркта миокарда, протекала с паническими атаками, симптомом которой являлись сердечные алгии. Основные проявления обсессивно-фобического синдрома у женщин были представлены первичной агорафобией с довольно быстрым развитием ограничительного поведения после приступов панических атак.

В качестве иллюстрации приводим следующую историю болезни:

Наблюдение № 7 Б-ная Ж-р Н., 48 лет

Анамнез: поступает впервые. Родилась в пос. Акбулак Оренбургской области от нормально протекавшей беременности, первых срочных родов. Сведений об отце не имеет, так как мать развелась с ним практически сразу после ее рождения (якобы он злоупотреблял алкоголем). Воспитывалась бабушкой и дедушкой, была к ним очень привязана. В школу пошла с 7 лет. Учеба в школе давалась легко. Была «любопытной, шустрой, энергичной, общительной», вместе с тем отмечает в дальнейшем черты тревожной мнительности, неуверенности в выборе окончательного решения, неумение настоять на своей точке зрения. В школьные годы занималась спортом, посещала кружки. После окончания школы поступила по желанию деда в Оренбургский медицинский институт, училась хорошо, окончила его в 1978г. Работала в Акбулакской ЦРБ в начале врачом-ординатором, затем заведующей терапевтическим отделением и заместителем главного врача по лечебной работе до 1996 г. В 22 года вышла замуж, родила дочь, в этом браке прожила 5 лет, в связи с алкоголизацией мужа по инициативе пациентки брак был расторгнут. В 1994 г. вышла замуж повторно и в 1996 г. семьей переехала на постоянное место жительства в Оренбург, где работала участковым терапевтом, а в настоящее время работает терапевтом в студенческой поликлинике. Муж старше пациентки на 18 лет, по характеру властный, «порою» деспотичный, малоэмоциональный. К моменту достижения дочерью 17 летнего возраста значительно повысил требования к ней: был очень строг, наказывал по мелочам, «морально унижал». После того, как он впервые применил к дочери физическое наказание, пациентка попыталась противодействовать ему, муж ответил ей угрозами и впервые ударил её. После этой ссоры дочь сняла квартиру и ушла из дома. В день ухода дочери у пациентки впервые развился приступ с ощущением удушья, прилива жара к голове, онемением конечностей, сердцебиением. Отношения мужа с дочерью не восстанавливались, а попытки больной указывать ему на несправедливое отношение к дочери заканчивались очередным скандалом. Обследуемая помогала дочери, не решалась на развод, так как, зависела от мужа материально и «боялась одиночества», ежедневно после работы, тайно от мужа, навещала дочь, приносила ей продукты, оплачивала коммунальные услуги. На фоне эмоционального напряжения и после безрезультатных попыток примирить мужа и дочь, вновь стали возникать приступы удушья, к которым присоединилась выраженная тревога за состояние своего здоровья, со страхом смерти либо парализации, вследствие инсульта, а в дальнейшем страхом развития приступа на улице, в транспорте. Продолжала работать, со своими профессиональными обязанностями справлялась. В сентябре 2001 г. дочь из-за финансовых затруднений не смогла оплачивать съём квартиры и обратилась к матери с просьбой о возвращении в ее

квартиру, на что муж дал негативную реакцию, поставив выбор между ним и дочерью. С этого времени у пациентки приступы участились и возникали уже практически ежедневно. По совету знакомого врача принимала феназепам, стала нарастать утомляемость, на фоне переживаний за дочь нарушился сон, снизился аппетит, была вынуждена сократить продолжительность рабочего дня. Несмотря на то, что дочь нашла выход из создавшейся ситуации (она приняла предложение о замужестве), приступы не прекратились. Кроме того, после вступления в брак, дочь сообщила о решении переехать в Санкт-Петербург на постоянное место жительства мужа и предложила матери уехать с ней. С этого момента ещё в большей степени выросла частота приступов до трёх-четырёх раз в сутки. Неоднократно после работы возвращалась домой в сопровождении дочери. После консультации психотерапевта поликлиники госпитализирована в отделение неврозов и психотерапии.

Психический статус: вступает в беседу с заметным волнением. Довольно подробно рассказывает о своих переживаниях, при затрагивании темы семейных отношений, обстоятельств возникновения приступов на глазах появляются слезы, которые пытается сдерживать, успокаивается самостоятельно. Эмоциональные реакции подвижны, с оттенком лабильности. Настроение снижено, отмечает приступы дискомфорта при общении с коллегами и с мужем, приступы «паники с потерей ориентировки в местах скопления народа», избегает поездок в общественном транспорте, большую часть пути на работу проходит пешком. Довольно чётко проводит параллели между возникновением приступов и конфликтами с мужем. Обращает внимание на то, что не может смириться с тем, что «самый близкий человек (дочь) собирается уехать от неё». В тоже время замечает, что «муж даже слышать не хочет о переезде, так и сказал – либо я, либо дочь». Замечает, что стала реже выходить из дома «только по необходимости», передвигается по улице либо в сопровождении мужа, либо дочери. Мышление в обычном темпе, последовательное, способна к выполнению абстрактно-логических операций, разграничениям и обобщениям на основе категориальных признаков. Память не нарушена. Бреда и галлюцинаций не обнаруживает.

Соматический статус: Повышенного питания. Кожный покров и видимые слизистые чистые. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 79 уд/мин., АД 110/70 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот округлой формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Неврологический статус: глазные щели равные, нистагмоз, ослаблена конвергенция.

Рефлексы симметричные. Чувствительность не нарушена. Координаторные пробы удовлетворительные, тремор век. Тазовых нарушений нет.

Заключения специалистов:

конс. терапевта: синдром вегетативной дистонии по смешанному типу;

конс. невролога: синдром вегетативной дистонии по смешанному типу с склонностью к синкопальным состояниям;

окулист: миопия слабой степени обоих глаз, сосуды глазного дна не изменены;

гинеколог: миома матки, эндометриоз матки.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования:

выявляется актуализированный внутриличностный конфликт по психастеническому типу (проблема выбора между желаниями и чувством долга, моральной ответственностью). Актуализации данного конфликта способствовала стрессогенная ситуация, а также дисгармоничное сочетание в структуре личности черт демонстративного и психастенического радикала. Также имеет место патопротекторная структура антистрессовых механизмов (Эго-защиты: слабо дифференцирована, преобладает её регрессивная направленность, ведущие МПЗ регрессия, реактивные образования, отрицание, подавление; копинги – дезадаптивный в эмоциональной сфере (подавление эмоций) и относительно адаптивный – проблемный анализ – в поведенческой сфере). Психические процессы в обычном темпе. Мнестико-интеллектуальных нарушений не выявлено.

Заключение: клиническая картина представлена агорафобией с приступами по типу панических атак, с выраженной тревогой и танатофобией, и развитием фобобии с ограничительным поведением (избеганием мест скопления людей, выхода за пределы квартиры). Также имеет место довольно выраженный и вегетативный компонент расстройства. Указанное состояние развилось у личности с дисгармоничным сочетанием акцентуированных черт (истерических и психастенических) в сфере значимых отношений (семьи). Имеет место внутриличностный конфликт по психастеническому типу (противоречивое стремление сохранить взаимоотношения с мужем и дочерью). Закрепление агорафобических проявлений является, в определённой степени, и следствием сближения с дочерью (попытка удержать её около себя). Имеется чёткая связь возникновения расстройства вследствие психогении, зависимость клинического течения от действия психотравмирующих обстоятельств, что подтверждается также и данными психологического исследования.

Диагноз: обсессивно-фобический невроз. Агорафобия с паническим расстройством у дисгармоничной акцентуированной личности (истеро-психастеническое сочетание).

Итак, основными особенностями обсессивно-фобического невроза в позднем возрасте являлись: высокая напряжённость аффективных расстройств – тревожно-депрессивных, тревожно-фобических, проявляющихся у мужчин преимущественно кардиофобией с формированием вторичной агорафобии, у женщин – первичной агорафобией с паническими приступами и быстрым формированием ограничительного поведения. К патогформирующим механизмам в случаях невроза у мужчин можно отнести психогении, обнаружившие положительные корреляционные связи с этой формой невроза, и, прежде всего, нозогении с нередко возникающей вторичной ятрогией, а у женщин семейно-бытовые и нозогенные разновидности психотравм, обуславливающих страх одиночества и экзистенциальный страх смерти, проекцией собственной вины за утрату близких. Интенсивность проявлений невротических расстройств, особенно тревожно-фобических и депрессивных у пожилых пациентов, значительно превосходит таковые проявления в контрольной группе пациентов и обуславливает более тяжёлое течение данного невроза, особенно у мужчин. Примечательная особенность половой инверсии тяжести клинической симптоматики с возрастом (в контрольной группе у женщин степень тяжести клинических проявлений выше, чем у мужчин, а в основной – соотношения степени тяжести по полу обратные – см. таб.10) может свидетельствовать о преобладании патогформирующего воздействия возраста и в случаях этого невроза (подобную половозрастную инверсию тяжести симптоматики мы наблюдали при истерическом неврозе - см. стр. 67).

Показатели шкал симптоматического опросника SCL-90-R у больных обсессивно-фобическим неврозом

Таблица 10

шкалы SCL – 90 - R	мужчины основной группы	мужчины контрольной группы	женщины основной группы	женщины контрольной группы	Достоверность различий р			
					M1/M2	M1/W1	W1/W2	M2/W2
Соматизация (SOM)	M1	M2	W1	W2	M1/M2	M1/W1	W1/W2	M2/W2
Боли в пояснице	1,59 0,33	1,39 -	2,10 2,20	1,50 -	- -	- 0,04	- -	- -
Обсессивно-компульсивные расстройства (O-C)	2,77	1,32	1,92	1,41	0,02	-	-	-
Повторяющиеся неприятные неотвязные мысли	3,33	2,00	-	-	0,04	-	-	-
Ваша небрежность/ неряшливость	2,67	0,50	0,70	-	0,02	0,03	-	-
Потребность повторять действия	2,67	-	1,00	-	-	0,04	-	-
Межличностная сензитивность (INT)	1,82	0,83	1,52	1,36	-	-	-	-
Депрессия (DEP)	2,85	1,22	1,99	1,58	0,02	-	-	-
Слезливость	-	-	2,90	1,56	-	-	0,04	-
Ощущение, что вы в западне	3,33	0,50	-	-	0,02	-	-	-
Потеря сексуального влечения/ удовольствия	-	1,50	-	0,22	-	-	-	0,02
Подавленное настроение, хандра	4,00	1,33	-	-	0,02	-	-	-
Чрезмерное беспокойство по разным поводам	4,00	2,00	-	-	0,02	-	-	-

Таблица 10 (продолжение)

Показатели шкал симптоматического опросника SCL-90-R у больных обсессивно-фобическим неврозом

шкалы SCL – 90 – R	мужчины основной группы		мужчины контрольной группы		женщины основной группы		женщины контрольной группы		Достоверность различий p			
	M1	M2	M2	W1	W1	W2	M1/M2	M1/W1	W1/W2	M1/W2	M2/W2	
Тревожность (ANX)	3,34	1,33	1,33	2,18	1,92	0,02	0,04	-	-	-		
Неожиданный и беспричинный страх	3,33	1,17	1,17	-	-	0,02	-	-	-	-		
Чувство страха	3,67	1,50	1,50	-	-	0,02	-	-	-	-		
Сильное или учащённое сердцебиение	3,67	1,17	1,17	-	2,44	0,02	-	-	-	0,03		
Ощущение, что с вами произойдёт что-то плохое	4,00	1,50	1,50	2,30	-	0,02	0,04	-	-	-		
Кошмарные мысли	2,67	0,67	0,67	0,70	-	0,02	0,02	-	-	-		
Враждебность (HOS)	2,61	0,78	0,78	1,35	0,87	0,02	0,01	-	-	-		
Вспышки гнева, которые вы не могли сдерживать	3,33	0,67	0,67	1,80	-	0,01	0,04	-	-	-		
Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо	2,00	-	-	0,40	-	-	0,04	-	-	-		
Импульсы ломать или крушить что-либо	3,33	0,50	0,50	-	-	0,02	-	-	-	-		
Фобическая тревожность (PHOB)	2,76	1,09	1,09	2,33	2,08	0,02	-	-	-	-		
Чувство страха в открытых местах или на улице	3,33	1,00	1,00	-	-	0,04	-	-	-	-		
Паранойальные симптомы (PAR)	1,28	0,64	0,64	1,12	0,78	-	-	-	-	-		
Психотизм (PSY)	1,50	0,73	0,73	0,98	0,79	-	-	-	-	-		
Мысли о смерти	3,33	0,83	0,83	0,90	-	0,02	0,01	-	-	-		

Примечание: По симптомам каждой шкалы приведены показатели, имеющие достоверные различия ($p < 0,05$).

ГЛАВА 4.

СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ, МЕХАНИЗМЫ ЭГО-ЗАЩИТЫ И КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ ПРИ НЕВРОЗАХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

4.1. Патогформирующая роль личности в этиологии неврозов позднего возраста

Определение структуры личности у больных невротическими расстройствами проводилось с использованием опросника Шмишека, состоящего из 88 вопросов, которые требуют альтернативного ответа («да» или «нет»).

К. Leongard (1976) в структуре человеческой личности различает свойства характера и темперамента. Свойствами характера определяются направленность интересов человека и форма его реакций (когнитивная и поведенческая сферы), в то время как от темперамента зависят темп и глубина эмоциональных реакций (эмоциональная сфера). Чёткой границы между темпераментом и характером, однако, не существует. Он разделял личности по характеру на демонстративных, педантичных, застревающих и возбудимых, по темпераменту - на гипертимных, эмотивных, тревожных, циклотимных или аффективно-лабильных, дистимических, аффективно-экзальтированных. На приведенной классификации акцентуаций характера и темперамента и основана диагностика структуры личности с помощью опросника Шмишека у больных невротическими расстройствами.

Максимальный показатель по каждому типу акцентуации – 24 балла. Кроме вычислений по каждой шкале опросника также подсчитывается дополнительный индекс Шмишека (ISH), отражающий общий уровень акцентуации. Он получается по сумме показателей каждой шкалы, разделённой на 10. Критическое значение для диагностики типа акцентуации лежит в пределах 18-24 баллов (Реан А.А., Лукин С.Е., 1993).

В таблицах 11-13 представлены полученные результаты по каждой форме невроза с учётом пола и возраста.

При обследовании опросником Шмишека больных истерическим неврозом получены следующие результаты (таблица 11). Профили структуры личности в разные возрастные периоды, как у женщин, так и у мужчин имеют близкие конфигурации, что свидетельствует об общности личностных патогенетических механизмов развития истерического невроза в разные возрастные периоды. Установлены достоверные различия по степени выраженности отдельных черт в личностной структуре в зависимости от пола и возраста.

Достоверные различия в группах выявлены по шкале «эмотивного» типа – показатели выше в позднем возрасте, чем в контрольной группе, как у мужчин (19,4 и 14,2 соответственно; $p < 0,05$), так и у женщин (18,5 и 17,1 соответственно; $p < 0,05$). У мужчин позднего возраста достоверно выше показатели педантичности (19,2), чем у мужчин контрольной группы (12,0; $p < 0,01$), и чем у женщин основной группы (16,1; $p < 0,05$), а также выше показатели по тревожным чертам темперамента, чем у мужчин контрольной группы (14,6 и 8,7 соответственно; $p < 0,05$). У мужчин позднего возраста выявлено преобладание показателей по сравнению с женщинами этого же возраста по возбудимым чертам характера (15,8 и 13,4 соответственно; $p < 0,05$) и более низкие показатели, по демонстративности (10,7 и 14,1 соответственно; $p < 0,05$). Сочетание эмотивно-педантичного типа, наблюдающееся в позднем возрасте, весьма дисгармонично. Здесь (скрупулёзность деятельности, гипернормативность, исполнительность, любовь к порядку, субъективная уверенность в том, что всё имеет свои законы и при правильном планировании деятельности поддаётся прогнозированию) черты педантичного типа сочетаются с чувствительностью и глубокими реакциями в области тонких эмоций. Такая личность мягкосердечна, более жалостлива и чувствительна к проявлениям

Таблица 11

Структура личности при истерическом неврозе (опросник Шмишека-Леонгарда)

Типы акцентуаций	мужчины основной группы	мужчины контрольной группы	женщины основной группы	женщины контрольной группы	достоверность различий p			
	M1	M2	W1	W2	M1/M2	M1/W1	W1/W2	M2/W2
I. Гипертимный	11,4	15,0	13,1	11,3	-	-	-	-
II. Застревающий	14,3	14,2	14,8	13,7	-	-	-	-
III. Эмотивный	19,4	14,2	18,5	17,1	0,01	-	0,02	-
IV. Педантичный	19,2	12,0	16,1	13,8	0,00	0,01	-	-
V. Тревожный	14,6	8,7	14,5	13,7	0,04	-	-	-
VI. Циклотимный	16,2	14,5	17,5	17,6	-	-	-	-
VII. Демонстративный	10,7	13,5	14,1	14,0	-	0,02	-	-
VIII. Возбудимый	15,8	13,6	13,4	14,4	-	0,04	-	-
IX. Дистимный	16,1	10,4	14,9	13,8	-	-	-	-
X. Аффективно-экзальтированный	15,9	13,9	17,6	16,7	-	-	-	-
Индекс Шмишека	15,5	13,0	15,5	14,6	0,04	-	-	-

негативных воздействий. Мягкосердечие, задушевность людей этого типа связана с усиленным внешним проявлением их реакций. Особенно характерна слезливость – лабильность эмоций. По мнению К. Leonhard (1976), люди с данными личностными чертами подвержены психогенным депрессиям, тяжесть которых всегда соответствует тяжести события, переживания. Они легко поддаются и радости, причём радость также захватывает их глубже, чем других людей. Если у женщин в позднем возрасте достоверное возрастание эмотивно-педантичных черт в сравнении с женщинами контрольной группы не установлено (отсюда и отсутствие значимых различий по выраженности синдромов при истерическом неврозе у женщин в разные возрастные периоды), то у мужчин эта дисгармоничность усиливается ростом тревожности в сравнении с мужчинами контрольной группы, и ростом возбудимости в сравнении с женщинами основной группы (15,8 и 13,4 соответственно; $p < 0,05$). Высокая тревожность придаёт личности робость, с элементами покорности, униженности, внутренней неуверенности в себе. Нередко к этим чертам присоединяется пугливость, которая может иметь чисто рефлекторный характер, но может быть и следствием внезапного страха. Чем ярче выражена пугливость, тем более вероятна сопровождающая её повышенная возбудимость вегетативной нервной системы, усиливающая соматическую реакцию страха (показатель «соматизация» по данным опросника SCL-90-R у мужчин в позднем возрасте при истерическом неврозе достоверно выше, чем у мужчин контрольной группы). Более выраженные, чем у женщин в позднем возрасте черты возбудимости у мужчин этой же возрастной группы также усиливают дисгармоничность личности. Повышенная возбудимость у личности приводит к возрастанию импульсивности в действиях, раздражительности, особенно при сдерживании внешних реакций, что характерно для педантичной личности. И если педантичность в условиях стабильной внешней ситуации нередко способствует успешной адаптации, то при резкой смене социальных условий функционирования, когда

ситуация трудно предсказуема и внешние факторы достаточно быстро меняют друг друга, сочетание педантичности с ростом тревожности и эмотивности (суммирующий эффект) значительно усиливает чувствительность к внешним воздействиям (индекс Шмишека также достоверно выше у мужчин позднего возраста - 15,5 по сравнению с мужчинами контрольной группы - 13,0; $p < 0,05$), что и приводит к более выраженной декомпенсации. Это подтверждается клиническими данными исследования истерического невроза, свидетельствующими о более тяжёлом и дезадаптирующем его течении именно у мужчин позднего возраста.

При истерическом неврозе у женщин позднего возраста достоверно более высокий, в сравнении с больными этим неврозом мужчинами того же возраста, показатель демонстративного характера. Сочетание демонстративного характера с эмотивным темпераментом, также констатируемое у женщин основной группы, приводит к относительно большей гармоничности личностных реакций. Указанное же сочетание ассоциируется с менее выраженными клиническими проявлениями истерического невроза у женщин в сравнении с мужчинами в поздневозрастной группе.

При неврастении в позднем возрасте (таблица 12) так же в общей личностной структуре достоверных возрастных и половых различий не установлено, однако и здесь отдельные черты личности у поздневозрастных пациентов достоверно отличаются от таковых в контрольной группе. У больных мужчин в позднем возрасте по сравнению с молодыми достоверно более выражены черты эмотивности (15,4 и 12,5 соответственно; $p < 0,05$) и тревожности (12,4 и 9,5 соответственно; $p < 0,05$). У женщин же с неврастением в позднем возрасте в сравнении с женщинами контрольной группы достоверно выше показатель демонстративности (14,9 и 8,8 соответственно; $p < 0,05$). Демонстративная личность характеризуется аномальной способностью к вытеснению с потребностью к признанию окружающих, стремлению к лидерству (это соотносится с анамнестическими

Таблица 12

Структура личности при неврастении (опросник Шмишека-Леонгарда)

Типы акцентуаций	мужчины основной группы		мужчины контрольной группы		женщины основной группы		женщины контрольной группы		достоверность различий p			
	M1	M2	M2	W1	W1	W2	M1/M2	M1/W1	W1/W2	M2/W2		
I. Гипертимный	11,1	10,0	10,0	11,9	11,9	12,0	-	-	-	-	-	-
II. Застревающий	17,4	14,7	14,7	15,9	15,9	15,6	-	-	-	-	-	-
III. Эмотивный	15,4	12,5	12,5	19,9	19,9	18,0	0,02	-	-	-	-	-
IV. Педантичный	15,1	13,0	13,0	16,6	16,6	12,8	-	-	-	-	-	-
V. Тревожный	12,4	9,5	9,5	16,8	16,8	15,0	0,04	-	-	-	-	-
VI. Циклотимный	15,9	12,0	12,0	16,8	16,8	17,4	-	-	-	-	-	-
VII. Демонстративный	13,4	11,0	11,0	14,9	14,9	8,8	-	-	0,02	-	-	-
VIII. Возбудимый	14,6	13,5	13,5	14,4	14,4	13,2	-	-	-	-	-	-
IX. Дистимный	12,0	12,0	12,0	15,6	15,6	11,4	-	-	-	-	-	-
X. Аффективно-экзальтированный	13,7	11,0	11,0	15,2	15,2	15,0	-	-	-	-	-	-
Индекс Шмишека	14,0	11,5	11,5	15,7	15,7	14,1	-	-	-	-	-	-

и клиническими данными в нашей выборке женщин, заболевших неврастениями, которые являлись лидерами в семье не только как организующие её, но и создающие её материальную базу). Личности с такой структурой свойственна не столько жажда признания, сколько упорство, с которым она добивается или пытается добиться поставленной цели, нередко без учёта своих физических и психических ресурсов (неврастенический внутриличностный конфликт у демонстративной личности).

При обсессивно-фобическом неврозе (таблица 13) установлено преобладание педантичных черт характера у мужчин позднего возраста (18,7) в сравнении как с мужчинами контрольной группы (12,5; $p < 0,05$), так и с женщинами основной группы (14,2; $p < 0,05$). У мужчин позднего возраста, в отличие от мужчин контрольной группы, также более выражены черты аффективно-экзальтированного темперамента (22,0 и 12,0 соответственно; $p < 0,05$), который предполагает одинаково лёгкий переход от радостных событий к восторгу и от печальных - к отчаянию (темперамент тревоги и счастья). Личность с аффективно-экзальтированным темпераментом реагирует на жизнь более бурно, чем остальные. Темп нарастания реакций, их внешние проявления отличаются большой интенсивностью. Экзальтация в незначительной мере связана с грубыми, эгоистическими стимулами, гораздо чаще она мотивируется тонкими, альтруистическими побуждениями. Привязанность к близким, друзьям, радость за них, за их удачи могут быть чрезвычайно сильными. Другой полюс реакций – крайняя впечатлительность по поводу печальных фактов. Жалость, сострадание к несчастным людям могут довести такого человека до отчаяния. Страх у людей с этим темпераментом обладает свойством резкого нарастания. Аффективно-экзальтированный темперамент явно близок к эмотивному, но личность с эмотивным темпераментом не впадает в такие крайности в области эмоций, как при аффективно-экзальтированном темпераменте, эмоции их развиваются с меньшей быстротой. Деадаптирующее влияние указанных черт, обуславливающее более тяжёлую клиническую картину обсессивно-фобического невроза у

Таблица 13

Структура личности при обсессивно-фобическом неврозе (опросник Шмишека-Леонгарда)

Типы акцентуаций	мужчины основной группы	мужчины контрольной группы	женщины основной группы	женщины контрольной группы	достоверность различий p			
	M1	M2	W1	W2	M1/M2	M1/W1	W1/W2	M2/W2
I. Гипертимный	9,0	8,3	13,7	9,0	-	-	-	-
II. Застревающий	12,7	12,0	16,0	14,3	-	-	-	-
III. Эмотивный	19,0	14,3	19,0	18,0	-	-	-	-
IV. Педантичный	18,7	12,5	14,2	17,7	0,03	0,03	-	-
V. Тревожный	17,0	15,0	16,7	16,3	-	-	-	-
VI. Циклотимный	21,0	13,5	14,3	19,3	-	-	-	-
VII. Демонстративный	6,7	8,5	16,9	11,7	-	0,01	0,03	-
VIII. Возбудимый	16,0	14,3	13,0	14,6	-	-	-	-
IX. Дистимный	19,0	11,3	16,0	13,3	-	-	-	-
X. Аффективно-экзальтированный	22,0	12,0	16,3	14,6	0,04	-	-	-
Индекс Шмишека	16,1	12,2	15,7	14,7	0,03	-	-	-

мужчин в позднем возрасте, подтверждается и индексом Шмишека, превышающим этот показатель у мужчин контрольной группы (16,1 и 12,2 соответственно; $p < 0,05$). У женщин позднего возраста с этой разновидностью невроза установлены более выраженные демонстративные черты характера (16,9) в сравнении как с мужчинами основной группы (6,7; $p < 0,05$), так и с женщинами контрольной группы (11,7; $p < 0,05$), что также ассоциируется с клинической картиной обсессивно-фобического невроза, представленной у женщин, в основном агорафобией. Агорафобия в психологическом контексте рассматривается как максимальный регресс на поведенческом уровне с формированием избегающего поведения (бегство от ситуаций, ведущих к развитию панической тревоги). Демонстративная же личность придавала агорафобии максимальную насыщенность «яркими» симптомами, нередко сопровождаемыми конверсионными расстройствами (кратковременные онемение конечностей, ощущения нехватки воздуха, потеря речи, переживания дереализации).

Таким образом, установлен повышенный риск патогформирующей роли следующих личностных структур при неврозах позднего возраста: 1) для истерического невроза у мужчин - сочетание эмотивно-тревожного темперамента и педантичного с чертами возбудимого характера; у женщин - эмотивного темперамента и демонстративного характера; 2) для неврастения у мужчин - эмотивно-тревожного темперамента; у женщин - демонстративного характера; 3) для обсессивно-фобического невроза у мужчин - аффективно-экзальтированного темперамента и педантичного характера; у женщин – демонстративного характера.

4.2. Патопротекторная функция механизмов Эго - защиты при неврозах позднего возраста

Следующей частью работы являлось изучение механизмов психологической защиты (МПЗ) у больных неврозами в позднем возрасте.

Как мы уже указывали, с целью изучения МПЗ использована методика LSI (Индекс жизненного стиля), которая позволяет определить структуру и степень выраженности 8 основных МПЗ – отрицания, вытеснения, регрессии, компенсации, проекции, замещения, интеллектуализации и реактивных образований. Изучение стиля защитного реагирования у больных неврозами может способствовать выявлению у них неосознаваемых адаптационных/дезадаптационных механизмов, затрудняющих (протектирующих) разрешение невротического конфликта и обуславливающих различные пути формирования неврозов. Значение МПЗ представляется важным в исследованиях больных неврозами разных возрастных групп для лучшего понимания генеза невротических состояний с учётом влияния возрастного фактора.

При исследовании механизмов психологической защиты изучаемых контингентов больных полученные «сырые» баллы по опроснику переводились в процентильные показатели (использовались данные авторов апробации этой методики). В таблицах 14, 15, 16 представлены средние значения процентильных оценок больных соответственно истерическим неврозом, неврастенией, обсессивно-фобическим неврозом.

У больных неврозами как основной, так и контрольной групп выявлен весь спектр изучаемых защитных механизмов, что на первый взгляд может указывать на достаточные адаптивные возможности больных.

Однако, при более детальном анализе этих механизмов защиты выявляется при каждом, из изучаемых нами, невротическом состоянии патопротекторное и дезадаптивное воздействие отдельных МПЗ, занимающих ведущую позицию в упрочении клинических проявлений невроза и препятствующих их купированию.

При исследовании больных истерическим неврозом разных возрастных групп с учётом пола (таблица 14) установлены следующие закономерности. Наибольшее количество достоверных различий показателей выявляется в зависимости от возраста больных. У мужчин основной группы средние показатели выше, чем у мужчин контрольной группы по следующим типам МПЗ: регрессия (86,5 и 65,6 соответственно; $p < 0,01$), компенсация (63,8 и 46,6; $p < 0,05$), проекция (77,8 и 49,0; $p < 0,01$), реактивные образования (79,0 и 44,4; $p < 0,01$). У женщин основной группы показатели выше, чем у женщин контрольной группы, так же как и в мужской выборке по компенсации (76,2 и 63,4 соответственно; $p < 0,05$), проекции (76,4 и 57,0; $p < 0,01$) и реактивным образованиям (89,1 и 73,7; $p < 0,01$); в отличие от больных мужчин отсутствуют достоверные различия показателей регрессии и достоверно выше показатели по интеллектуализации (70,7 и 45,2 у контрольной группы женщин; $p < 0,01$).

Преимущественное использование больными истерическим неврозом мужчинами позднего возраста регрессии (этот защитный механизм, по данным авторов методики, непосредственно связан с психопатизацией личности и с её незрелостью, отражающей возврат к более раннему, инфантильному реагированию) указывает на эгоцентрическую, инфантильную структуру личности этих больных (сопоставима с данными опросника Шмишека в отношении эмотивного темперамента) и значительную глубину невротических расстройств истерического спектра, что сопоставимо с данными клинического обследования (более высокие показатели по шкалам опросника SCL – 90 – R у мужчин позднего возраста как в сравнении с мужчинами контрольной группы, так и с женщинами позднего возраста). Эти данные подтверждаются и достоверным различием по степени напряжения защиты: достоверно выше показатели у мужчин в позднем возрасте в сравнении с мужчинами контрольной группы (49,5 и 39,1 соответственно; $p < 0,01$). Появление у женщин позднего возраста такого ведущего МПЗ, как интеллектуализация (один из более адаптивных механизмов психологической защиты) при самом низком значении этого показателя у женщин контрольной группы может быть объяснено

Таблица 14

Механизмы психологической защиты при истерическом неврозе (опросник ИЖС)

Механизмы психологической защиты	мужчины основной группы		мужчины контрольной группы		женщины основной группы		женщины контрольной группы		достоверность различий р			
	M1	M2	M2	M1	W1	W2	W2	W1	M1/M2	M1/W1	W1/W2	M2/W2
А. Отрицание	58,5	59,9	59,9	68,1	68,1	61,7	61,7	-	-	-	-	-
В. Вытеснение	83,8	79,4	79,4	73,3	73,3	68,9	68,9	-	-	-	-	-
С. Регрессия	86,5	65,6	65,6	82,4	82,4	75,7	75,7	0,00	-	-	-	-
Д. Компенсация	63,8	46,6	46,6	76,2	76,2	63,4	63,4	0,03	0,01	0,04	0,04	0,03
Е. Проекция	77,8	49,0	49,0	76,4	76,4	57,0	57,0	0,00	-	0,00	-	-
Ф. Замещение	73,7	64,6	64,6	67,1	67,1	68,0	68,0	-	-	-	-	-
Г. Интеллектуализация	63,0	62,1	62,1	70,7	70,7	45,2	45,2	-	-	0,00	0,00	0,04
Н. Реактивные образования	79,0	44,4	44,4	89,1	89,1	73,7	73,7	0,00	-	0,00	0,00	0,00
Степень напряжения защиты (СНЗ)	49,5	39,1	39,1	51,9	51,9	42,9	42,9	0,00	-	0,00	0,00	-

следующим: вопросы, включенные в этот МПЗ, также соответствуют таким защитам, как рационализация и сублимация. Хотя авторы методики объединяют два понятия «интеллектуализация-рационализация», сущностное значение их несколько отличается (Вассерман Л.И. с соавт., 1999). Так, действие интеллектуализации проявляется, в основном фактами, чрезмерно «умственного» способа преодоления конфликтной ситуации без эмоционального подкрепления переживаний. Иными словами, личность пресекает переживания, вызванные неприятной или субъективно неприемлемой ситуацией, при помощи логических установок и манипуляций, даже при наличии убедительных доказательств в пользу противоположного. Отличие интеллектуализации от рационализации, по мнению Ф.Е. Василюка (1984), в том, что она, по-существу, представляет собой «уход из мира импульсов и аффектов в мир слов и абстракций». При рационализации личность создаёт логические (псевдоразумные), но благовидные обоснования своего поведения, действий или переживаний, вызванных причинами, которые она (личность) не может признать из-за угрозы потери самоуважения, и этими «благовидными» обоснованиями являются в наших случаях симптомы болезни. При этом способе защиты нередко наблюдаются очевидные попытки снизить ценность недоступного для личности опыта, при сохранности эмоциональной составляющей переживаний (большая эмоциональная насыщенность рационализации в сравнении с интеллектуализацией). Что касается сублимации (частые положительные ответы на вопрос, входящий в интеллектуализацию, у женщин позднего возраста при истерическом неврозе: «Я всегда готова выслушать обе стороны во время спора»), то она характеризуется гипертрофированной компенсацией вытесненных желаний и чувств другими, соответствующими высшим социальным ценностям, исповедуемыми личностью (гипертрофированность Супер-Эго). По этим признакам сублимация находится в близкой дефиниции к МПЗ «реактивные образования», при котором Супер-Эго подавляет привлекательность приятных стимулов, особенно касающихся объектов, влечение к которым социально неодобряемо. Именно реактивные образования

достоверно выше у женщин позднего возраста (89,1), чем у женщин контрольной группы (73,7; $p < 0,01$) и, чем у позднеговозрастных мужчин (79,0; $p < 0,05$), и вместе с сублимацией создают патопротекторную структуру Эго-механизмов.

Следующий МПЗ у обследуемых больных истерическим неврозом «компенсация» имеет достоверное различие во всех группах сравнения. Его показатели выше у позднеговозрастного контингента в сравнении с контрольной группой как у мужчин (63,8 и 46,6; $p < 0,05$), так и у женщин (76,2 и 63,4; $p < 0,05$), что также подтверждается клиническими данными большей выраженности аффективных (прежде всего, тревожно-депрессивных) нарушений в позднем возрасте. Компенсация по психодиагностической системе Келлермана-Плутчика соответствует депрессивной диспозиции - личность страдает из-за утраты воображаемого объекта и потери самоуважения (особенно касается мужчин позднего возраста, где более выражены тревожно-депрессивные расстройства). Основная эмоция при данной диспозиции – печаль.

Показатели проекции также достоверно выше в позднеговозрастной группе: у мужчин соответствующие показатели – 77,8 и 49,0 ($p < 0,01$), у женщин – 76,4 и 57,0 ($p < 0,01$). Проекция (соответствует в психодиагностической системе Келлермана-Плутчика параноидальной диспозиции) способствует тому, что личность не замечает субъективных проявлений негативно воспринимаемых обществом тенденций. Неосознаваемые и неприемлемые для личности чувства, мысли локализируются во вне, приписываются другим людям и фактом сознания становятся как бы вторично. Негативный, социально малоодобряемый оттенок испытываемых чувств и свойств, например, агрессивность (у мужчин и женщин позднего возраста по ряду симптомов шкалы SCL-90-R «враждебность» показатели выше) нередко приписывается окружающим, чтобы оправдать свою собственную агрессивность или недоброжелательность, которая проявляется, с их точки зрения, в защитных целях. Достоверное превышение показателей степени напряжения защиты у мужчин и женщин основной группы по сравнению с контрольной (у мужчин 49,5 и 39,1; $p < 0,01$, у женщин 51,9 и 42,9; $p < 0,01$) также подтверждает меньшую адаптивность и, в большей степени,

патопротекторное воздействие, используемых МПЗ при неврозах в позднем возрасте.

Таким образом, при истерическом неврозе мужчины позднего возраста характеризуются высоким уровнем регрессии, что свидетельствует о выраженной личностной дезадаптации и склонности к зависимому манипулятивному поведению. И женщины и мужчины позднего возраста также характеризуются высоким уровнем таких МПЗ как реактивные образования и проекция, то есть, наименее адаптивными механизмами (как и регрессия), связанными с приписыванием неприемлемых эмоций и мыслей другим людям или заменой их на противоположные по знаку (патопротекторная роль). Присутствие у женщин позднего возраста в профиле Эго-защиты в числе ведущих такого относительно адаптивного МПЗ, как интеллектуализация, объясняется двумя позициями: с одной стороны, его часть, соответствующая сублимации, положительно коррелирует с реактивными образованиями (патопротекторная роль), с другой, логические установки и манипуляции субъективно неприемлемой ситуации на определённый момент времени снижают эмоциональное напряжение в ситуации действия психогении (кратковременная защитная функция рационализации, позволяющая снять часть эмоционального напряжения), что сопоставимо с менее тяжёлыми проявлениями истерического невроза в позднем возрасте у женщин в сравнении с мужчинами.

При анализе результатов исследования МПЗ у больных неврастенией и обсессивно-фобическим неврозом сразу же обращает внимание меньшее количество достоверных различий между показателями в зависимости от возраста и пола (таблицы 15 и 16). И если при обсессивно-фобическом неврозе (таблица 16) это, по-видимому, связано с малочисленностью группы обследования, то при неврастении этот факт указывает на меньшую напряжённость МПЗ при данном расстройстве по сравнению с другими формами неврозов (таблицы 14-16), что сопоставимо с данными других исследований (Ташлыков В.А. 1992; Таукенова Л.М., 1996).

Таблица 15

Механизмы психологической защиты при неврастении (опросник ИЖС)

Механизмы психологической защиты	мужчины основной группы		мужчины контрольной группы		женщины основной группы		женщины контрольной группы		достоверность различий р			
	M1	M2	M2	M1	W1	W2	W2	W1	M1/M2	M1/W1	W1/W2	M2/W2
А. Отрицание	69,2	62,0	62,0	64,0	64,0	56,6	56,6	-	-	-	-	-
В. Вытеснение	73,8	57,4	57,4	73,1	73,1	60,8	60,8	-	-	-	-	-
С. Регрессия	73,4	57,9	57,9	76,3	76,3	81,1	81,1	-	-	-	-	-
Д. Компенсация	69,9	51,6	51,6	69,1	69,1	68,9	68,9	-	-	-	-	-
Е. Проекция	52,3	27,0	27,0	59,8	59,8	52,4	52,4	-	-	-	-	-
Ф. Замещение	56,3	68,4	68,4	63,6	63,6	70,9	70,9	-	-	-	-	-
Г. Интеллектуализация	73,0	57,4	57,4	62,3	62,3	48,4	48,4	-	-	-	-	-
Н. Реактивные образования	76,8	47,6	47,6	89,0	89,0	62,6	62,6	0,04	-	0,00	-	-
Степень напряжения защиты (СНЗ)	44,6	33,3	33,3	46,3	46,3	40,9	40,9	0,01	-	-	-	-

Таблица 16

Механизмы психологической защиты при обсессивно-фобическом неврозе (опросник ИЖС)

Механизмы психологической защиты	мужчины основной группы	мужчины контрольной группы	женщины основной группы	женщины контрольной группы	достоверность различий p			
	M1	M2	W1	W2	M1/M2	M1/W1	W1/W2	M2/W2
А. Отрицание	64,3	68,0	67,4	61,9	-	-	-	-
В. Вытеснение	74,3	56,8	76,9	76,4	-	-	-	-
С. Регрессия	95,3	60,2	86,2	73,2	-	-	-	-
Д. Компенсация	89,3	40,0	68,6	62,8	0,02	-	-	-
Е. Проекция	45,3	40,0	65,6	43,6	-	-	-	-
Ф. Замещение	99,0	55,8	72,4	59,8	0,02	0,01	-	-
Г. Интеллектуализация	57,0	61,2	73,0	52,3	-	-	-	-
Н. Реактивные образования	81,0	57,7	97,6	73,0	-	0,01	0,01	-
Степень напряжения защиты (СНЗ)	54,7	37,2	52,3	41,3	0,02	-	0,00	-

При неврастении, так же как и при истерическом неврозе, достоверно выше показатели реактивных образований в позднем возрасте, как у мужчин (76,8 и 47,6 соответственно; $p < 0,05$), так и у женщин (89,0 и 62,6 соответственно; $p < 0,01$). Более тяжёлое течение неврастении в позднем возрасте у мужчин, в сравнении с контрольной группой, подтверждается и более высоким показателем степени напряжения защиты у них (ср.: 44,6 и 33,3 соответственно; $p < 0,05$).

При обсессивно-фобическом неврозе у женщин позднего возраста реактивные образования являются ведущим МПЗ (97,6). Этот показатель выше, чем у женщин контрольной группы (73,0; $p < 0,05$), и чем у мужчин позднего возраста (81,0; $p < 0,05$). У мужчин же позднего возраста при обсессивно-фобическом неврозе ведущим МПЗ является замещение (99,0), показатели которого достоверно выше, чем у мужчин контрольной группы (55,8; $p < 0,05$), и у женщин позднего возраста (72,4; $p < 0,01$). Действие этого механизма проявляется в разряде подавленных эмоций (как правило, враждебности, гнева), которые направляются на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции и чувства. Это соответствует по психодиагностической системе Келлерман-Плутчика агрессивной диспозиции. По-видимому, часть агрессивных тенденций у мужчин позднего возраста преобразилась в аутоагрессию, проявившись псевдоинфарктной маской с кардиофобией

Более высокие показатели по компенсации (соответствует депрессивной диспозиции) у позднеговозрастных мужчин, чем у мужчин контрольной группы (89,3 и 40,0 соответственно; $p < 0,05$) также сопоставимы с клиническими данными, свидетельствующими о более выраженных аффективных расстройствах у мужчин основной группы при обсессивно-фобическом неврозе по сравнению с молодыми мужчинами.

Большая тяжесть обсессивно-фобического невроза в позднем возрасте, в сравнении с более молодым, подтверждается также показателями степени напряжения защиты. Они выше как у мужчин (54,7 и 37,2 соответственно; $p < 0,02$), так и у женщин (52,3 и 41,3 соответственно; $p < 0,01$) позднего возраста.

Подводя итог результатам исследования патопротекторной роли МПЗ, необходимо остановиться на общем для всех невротиков позднего возраста явлении – преобладание в основной группе психологической защиты «реактивные образования».

Традиционное определение данного МПЗ подразумевает преобразование негативного аффекта в позитивный и наоборот. Типичным для реактивного образования является то обстоятельство, что какой-то неуправляемый аффект «прорывается» сквозь защиту, так что сторонний наблюдатель может почувствовать - в сознательном эмоциональном представлении что-то переиграно, фальшиво. При реактивном образовании человек убеждает себя в том, что всё, что он чувствует, относится только к одному полюсу сложного эмоционального ответа. Реактивное образование является «излюбленной» защитой в тех случаях психопатологии, когда враждебные чувства и агрессивные импульсы являются главным содержанием, и на опыте проверено насколько опасно не уметь держать их в руках. По психодиагностической системе Келлермана-Плутчика реактивные образования соответствуют диспозиции мании. Для личности такого типа характерно подчеркнутое хорошее отношение к людям, дружелюбие и гипертрофированная социальность. Соседним сектором в психодиагностической системе, означающим близость по личностным характеристикам для диспозиции мании с одной стороны является обсессивная диспозиция (в психоанализе использование реактивных образований характерно для обсессивных личностей), с другой - диспозиция истерии. Наибольшая выраженность реактивных образований обнаружена как раз у женщин позднего возраста при обсессивно-фобическом неврозе (97,6), большая часть симптоматики которого составляли агорафобические расстройства. И это вполне объяснимо, так как при психастеническом конфликте, характерном для фобии, имеет место конфликт между неприемлемыми для личности желаниями и невозможностью удовлетворения этих желаний в силу морально-этических запретов, заложенных в первую очередь воспитанием (в психоаналитической концепции конфликт между Ид и Супер-Эго). Главная черта обсессивной

личности (психастенической, тревожно-мнительной) выражается в стремлении контролировать окружающую среду, а её развитие основано на отчуждении от инстинктов и эмоций. Для неё характерна совестливость, опрятность, стремление придерживаться во всём середины, педантичность в сочетании с низкой интуицией в плане эмоционального взаимодействия, за этими чертами скрывается тревога потерять контроль.

Полученные данные позволяют выдвинуть предположение о связи реактивных образований с воспитанием, которое получили позднеговозрастные пациенты (в нашей группе – это пациенты 1940 – 1957 гг. рождения). Все они воспитывались в первую очередь с привитием высокого чувства ответственности за страну, за окружающих в макросоциальном аспекте, но в условиях жёстких ограничений на выражение инстинктивных желаний. Основной постулат - превалирование коллективного над индивидуальным. Макросоциальный запрет касался практически всех сфер жизни, которые сталкивались с индивидуальным. Реактивные образования стали, как раз, тем защитным механизмом, который предотвращал сознательное выражение сексуальных желаний, агрессивности (в том числе конструктивной агрессии, проявляющейся в инициативе, индивидуалистичности, ответственности за свои действия, праве на своё мнение), и не допускал мыслей о том, что «в стране не так хорошо», как декларируют официальные средства массовой информации и руководители страны. Сочетание внешних факторов с личностными особенностями как раз и привело к тому, что данный механизм стал основным при преодолении стрессовых ситуаций и в советских условиях жизни он практически не давал сбоев. Последующие макросоциальные изменения, которые привели к резкой смене жизненных ценностей, в большинстве своём, на крайне противоположные и явились мощным стрессогенным фактором именно для позднеговозрастного контингента. Выработанный за годы жизни основной механизм психологической защиты в новой ситуации не только не помогал в преодолении стрессовых влияний, но, как правило, усугублял внутриличностный конфликт с развитием невротических состояний с более тяжёлыми клиническими проявлениями, именно, у данного контингента пациентов.

Проведенное исследование показало наличие всего спектра изучаемых защитных механизмов у больных неврозами мужчин и женщин разного возраста. У мужчин позднего возраста при истерическом неврозе и неврастении основными видами психологической защиты были реактивные образования, регрессия, вытеснение (подавление), а при обсессивно-фобическом неврозе, помимо регрессии, наиболее выраженными оказались такие МПЗ, как замещение и компенсация, и только после них реактивные образования (достоверность данных относительно больных обсессивно-фобическим неврозом несколько сомнительна в связи с малой выборкой мужчин позднего возраста с этой формой страдания). При всех формах невроза у женщин основным механизмом психологической защиты были реактивные образования.

Полученные различия в стиле защитного реагирования исследуемых больных указывают на необходимость дифференцированного подхода в работе с защитными механизмами, которые представляют один из основных источников сопротивления в процессе психотерапии (патопротекторная роль). При целенаправленной работе с МПЗ осуществляется изменение нарушенных отношений личности, осознание и разрешение конфликтов. В ходе психотерапии следует стремиться к устранению примитивных, незрелых защитных механизмов (регрессии) и замене их на более сознательные механизмы психологической адаптации; к раскрытию и переработке других защитных механизмов (замещение, проекция, реактивные образования, интеллектуализация, сублимация, рационализация) для укрепления силы «Я» пациента и обучения управления ими.

4.3. ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ ПРИ НЕВРОЗАХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Для изучения механизмов совладания (копинг - поведения) при невротических расстройствах была использована методика Е.Нейм (1988). Она позволяет определить структуру и особенности копинг-поведения (поведенческих, когнитивных и эмоциональных стратегий преодоления трудностей в разных сферах функционирования при различных стрессовых ситуациях, в качестве которых может выступать и болезнь), направленного на устранение или нейтрализацию ситуации психологической угрозы и ведущего к успешной или неуспешной адаптации. Особенности копинг-поведения у больных неврозами разных возрастных групп позволяют выявить характерные для них способы адаптации/псевдоадаптации, которые проявляются в реальном поведении и находят отражение в симптоматике. Значение копинг-поведения представляется важным для лучшего понимания генеза невротических состояний и проведения дифференцированной психотерапии.

При исследовании копинг-поведения изучаемых контингентов больных получены следующие результаты.

В таблице 17 представлены сравнительные данные частоты выборов вариантов копинг-поведения в поведенческой, когнитивной и эмоциональной сферах больных истерическим неврозом основной и контрольной групп с учётом пола. Для наглядности все показатели даны в процентах.

При обследовании у больных истерическим неврозом в разные возрастные периоды выявлен широкий спектр вариантов копинг-поведения, используемых ими в поведенческой сфере – от активных (конструктивных – протекторная функция), до пассивных (неконструктивных – патопротекторная функция), адаптации не способствующих, при преодолении трудностей в различных сферах жизни. Больные истерическим неврозом обеих групп по частоте применения ими адаптивных и неадаптивных поведенческих стратегий совладания со стрессом достоверно

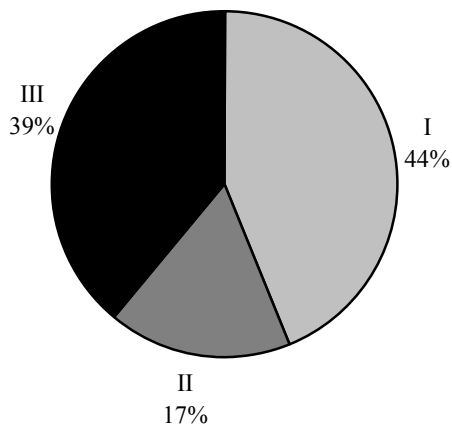
не отличались. Это обстоятельство, скорее всего, свидетельствует о наличии определённого арсенала копинг-стратегий, который с возрастом не претерпевает серьёзных изменений. Можно отметить отдельные тенденции предпочтения выбора копингов.

Так мужчины позднего возраста в поведенческой сфере (см. рис. 13, табл. 17), в сравнении с мужчинами контрольной группы, реже прибегали к конструктивному копинг-поведению (ср. 44% и 60% соответственно) и чаще выбирали неконструктивное, усугубляющее дезадаптацию и обретающее патопротекторную функцию (ср. 39% и 25%). Из ряда неконструктивных копингов относительно чаще мужчины позднего возраста использовали «отступление» - дезадаптивное поведение, предполагающее отказ от решения проблем (ср. 30% и 15% соответственно). Женщины позднего возраста (рис. 13, табл. 17), с одной стороны, в сравнении с женщинами контрольной группы, в противоположность мужской выборке основной группы, несколько чаще реализовывали конструктивные варианты поведенческих копинг-стратегий (ср. 50% и 39% соответственно), среди которых имел достоверное значение (в сравнении с женщинами контрольной группы) «альтруизм» ($p < 0,05$). С другой стороны, частота использования неконструктивных копингов женщинами позднего возраста приближается к таковой у «молодых» женщин (ср. 32% и 36% соответственно). Среди неконструктивных копингов женщины позднего возраста достоверно реже пользуются «активным избеганием» как в сравнении с женщинами контрольной группы, так и в сравнении с пожилыми мужчинами ($p < 0,01$), а наиболее популярным из этой разновидности поведенческих копингов в основной группе больных как у женщин, так и мужчин отмечен вариант «отступление» - (29% у женщин и 30% у мужчин).

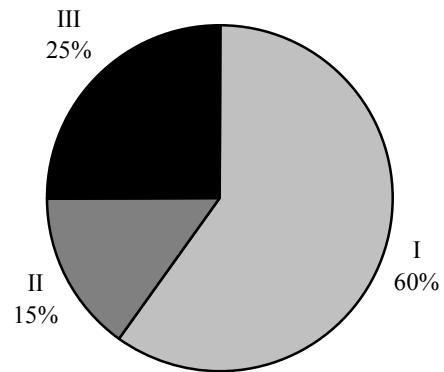
В когнитивной сфере при истерическом неврозе (рис. 14, табл. 17) пожилые мужчины в сравнении с мужчинами контрольной группы

Мужчины

Основная группа

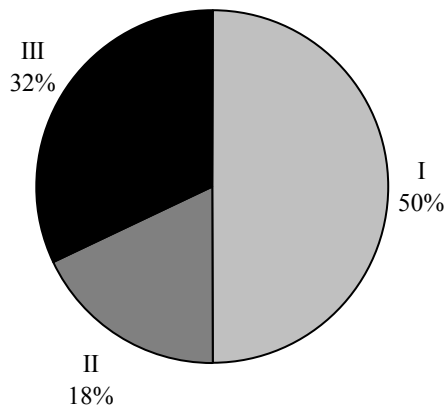


Контрольная группа



Женщины

Основная группа



Контрольная группа

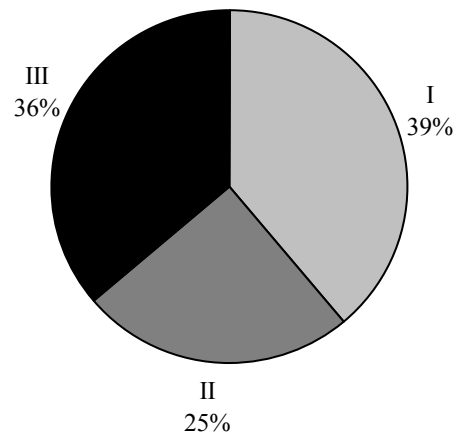
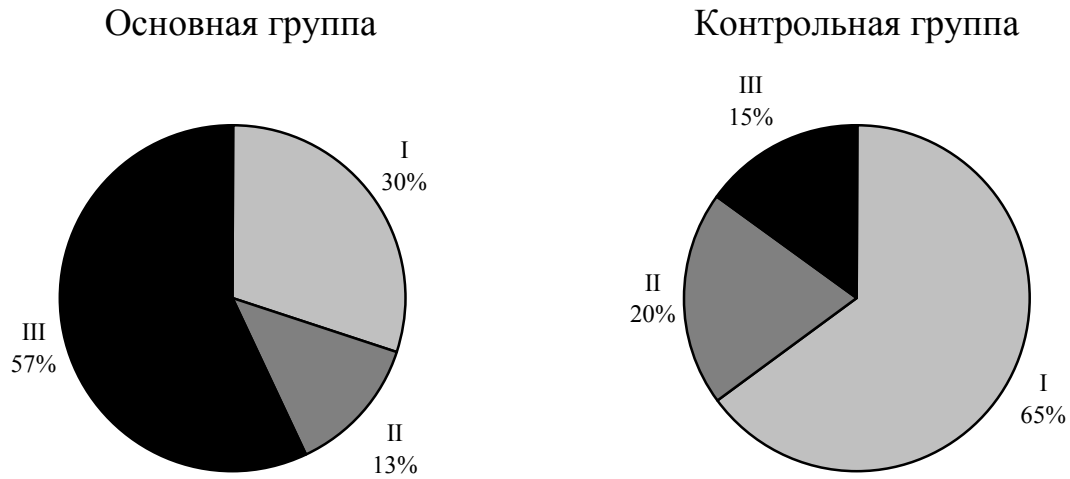


РИС. 13. Частотные характеристики конструктивных и неконструктивных вариантов копинг-поведения в поведенческой сфере при истерическом неврозе двух возрастных групп с учётом пола.

Примечание. I – конструктивные варианты («альтруизм», «обращение», «сотрудничество»); II – относительно конструктивные варианты («компенсация», «отвлечение», «конструктивная активность»); III – неконструктивные варианты («активное избегание», «отступление»).

Мужчины



Женщины

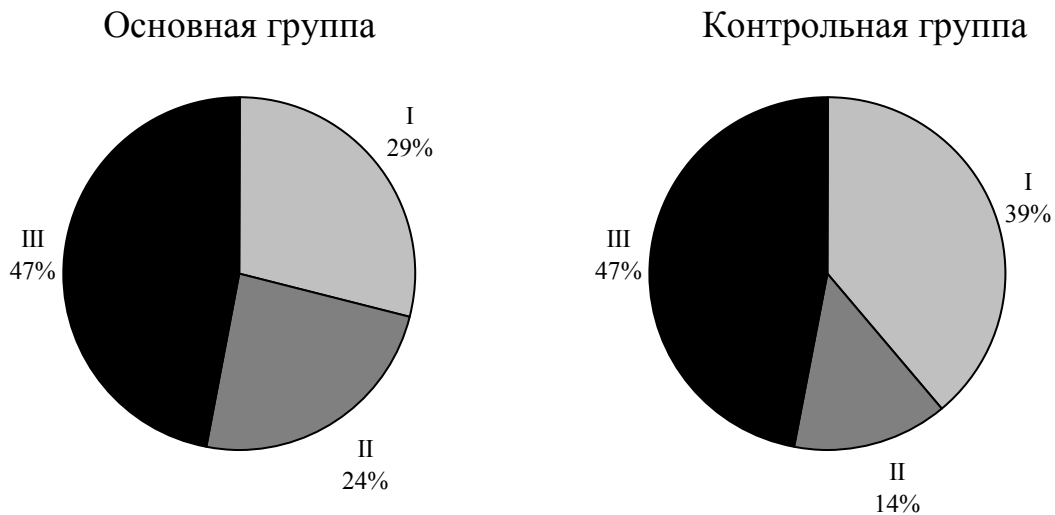


РИС. 14. Частотные характеристики конструктивных и неконструктивных вариантов копинг-поведения в когнитивной сфере при истерическом неврозе двух возрастных групп с учётом пола.

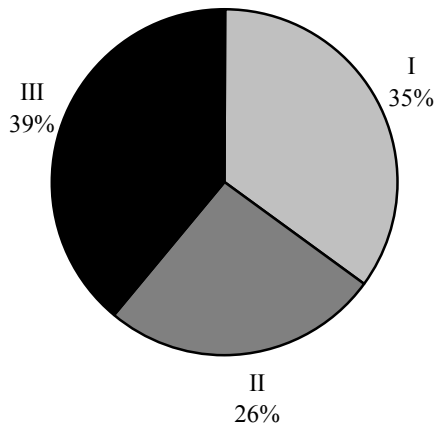
Примечание. I – конструктивные варианты («сохранение самообладания», «проблемный анализ», «установка собственной ценности»); II – относительно конструктивные варианты («относительность», «придача смысла», «религиозность»); III – неконструктивные варианты («игнорирование», «смирение», «диссимуляция», «растерянность»).

достоверно реже использовали конструктивные способы совладания со стрессом ($p < 0,05$). В частности они в меньшей степени в ситуации стресса сохраняли самообладание ($p < 0,05$) и прибегали к проблемному анализу ситуации ($p < 0,05$). Патопротекторная роль копинг-механизмов в когнитивной сфере у мужчин позднего возраста проявлялась в использовании неконструктивных вариантов совладания со стрессом (57% - основная группа, 15% - контрольная группа; $p < 0,05$), а именно, «растерянности» (35% и 10% соответственно; $p < 0,05$). Пожилые женщины, также как и «молодые», в когнитивной сфере в ситуации стресса, в большинстве своём, применяли патопротекторные копинги (по 47%). Среди конструктивных копингов в противоположность «молодым», которые достоверно чаще прибегали к анализу ситуации («проблемный анализ»; $p < 0,05$), пожилые женщины обращались к религиозности ($p < 0,05$). Данный копинг-механизм является относительно адаптивным, выполняя в ряде стрессовых ситуаций протекторную роль, но при длительном и приоритетном использовании его в ущерб конструктивным механизмам он приобретает патопротекторную функцию, усугубляя дезадаптацию пациентов. Более частое обращение к вере, к богу характерно для пожилых женщин и в сравнении с мужчинами этого же возраста ($p < 0,05$).

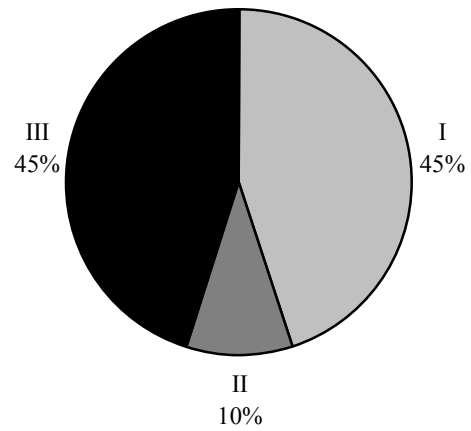
Среди копинг-механизмов в эмоциональной сфере у мужчин (рис. 15, табл.17), хотя и не выявляется достоверных различий в целом в сравнении с «молодыми» мужчинами, тем не менее, имеется избирательность эмоционального реагирования, проявляющаяся покорностью – патопротекторный копинг ($p < 0,05$) и меньшим оптимизмом – конструктивный копинг ($p < 0,05$). В женской группе по параметрам «конструктивности-неконструктивности» в эмоциональной сфере при истерическом неврозе имеются близкие соотношения. Лишь женщины позднего возраста достоверно реже пользовались неконструктивным копингом - «подавление эмоций» ($p < 0,05$). В поздневозрастной же группе мужчины чаще выражают открытый протест в ситуации психогении – конструктивный копинг (22% и 8%; $p < 0,05$).

Мужчины

Основная группа

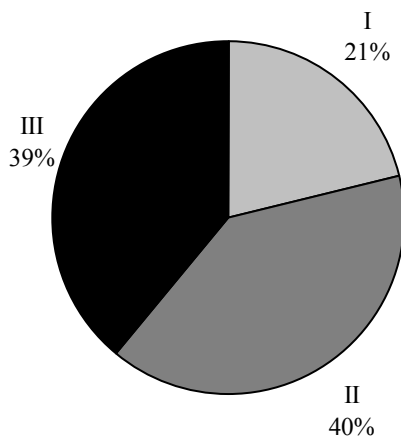


Контрольная группа



Женщины

Основная группа



Контрольная группа

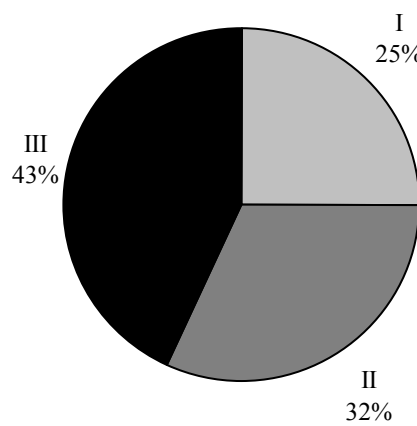


РИС. 15. Частотные характеристики конструктивных и неконструктивных вариантов копинг-поведения в эмоциональной сфере при истерическом неврозе двух возрастных групп с учётом пола.

Примечание. I – конструктивные варианты («протест», «оптимизм»); II – относительно конструктивные варианты («эмоциональная разгрузка», «пассивная кооперация»); III – неконструктивные варианты («подавление эмоций», «покорность», «самообвинение», «агрессивность»).

Таблица 17

Копинг-поведение при истерическом неврозе по методике Хейма (в %)

Копинг	мужчины основной группы	мужчины контрольной группы	женщины основной группы	женщины контрольной группы	достоверность различий p			
	M1	M2	W1	W2	M1/M2	M1/W1	W1/W2	M2/W2
Поведенческая сфера								
А. Конструктивное копинг-поведение	44	60	50	39	-	-	-	-
1. «Альтруизм»	9	5	18	7	-	-	0,04	-
2. «Сотрудничество»	22	25	11	7	-	-	-	0,01
3. «Обращение»	13	30	21	25	-	-	-	-
Б. Относительно конструктивное копинг-поведение	17	15	18	25	-	-	-	-
1. «Компенсация»	4	10	-	11	-	-	-	-
2. «Конструктивная активность»	-	-	2	3	-	-	-	-
3. «Отвлечение»	13	5	16	11	-	-	-	-
В. Неконструктивное копинг-поведение	39	25	32	36	-	-	-	-
1. «Активное избегание»	9	10	3	14	-	0,01	0,00	-
2. «Отступление»	30	15	29	22	-	-	-	-
Когнитивная сфера								
А. Конструктивное копинг-поведение	30	65	29	39	0,04	-	-	-
1. «Сохранение самообладания»	14	20	13	11	0,01	-	-	-
2. «Проблемный анализ»	8	35	3	14	0,02	0,01	0,00	-
3. «Установка собственной ценности»	8	10	13	14	-	-	-	-

Таблица 17 (продолжение)

Копинг-поведение при истерическом неврозе по методике Хейма (в%)

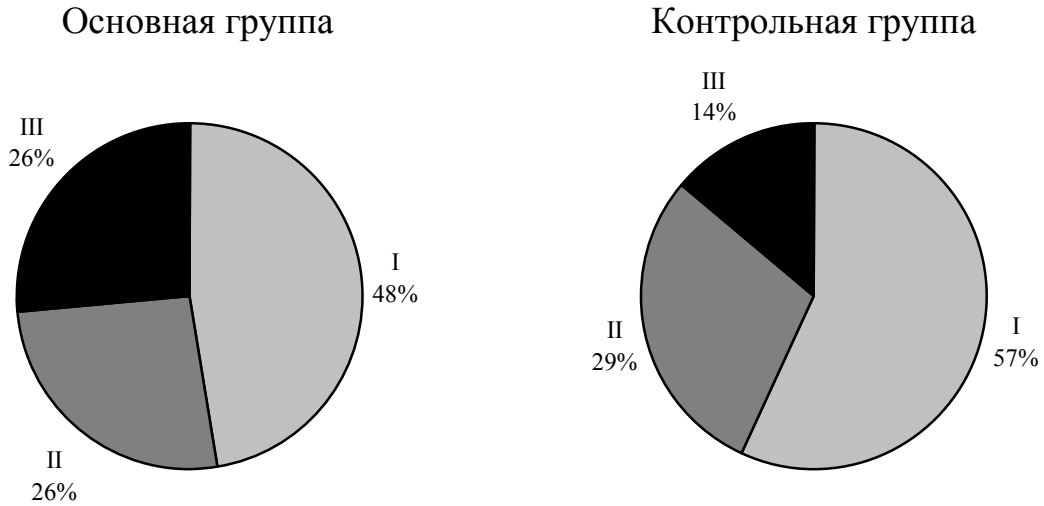
Копинг	мужчины основной группы	мужчины контрольной группы	женщины основной группы	женщины контрольной группы	достоверность различий p			
	M1	M2	W1	W2	M1/M2	M1/W1	W1/W2	M2/W2
Эмоциональная сфера								
В. Неконструктивное копинг-поведение	39	45	39	43	-	-	-	-
1. «Подавление эмоций»	13	20	8	18	-	-	0,04	-
2. «Покорность»	17	5	11	11	0,02	-	-	-
3. «Самообвинение»	9	15	16	14	-	-	-	-
4. «Агрессивность»	-	5	4	-	-	-	-	-

Таким образом, при истерическом неврозе в качестве патопротекторных механизмов, усиливающих дезадаптацию больных, выраженность клинических проявлений и представляющие «мишени» психотерапевтического воздействия у больных позднего возраста, в отличие от контрольной группы, являются: в поведенческой сфере копинг «отступление»; в когнитивной сфере – у мужчин копинг «растерянность», у женщин – «игнорирование»; в эмоциональной – у мужчин превалировал копинг «покорность».

Распределение конструктивных и неконструктивных копингов внутри основной группы в зависимости от пола характеризовалось тенденцией к более конструктивным копингам у женщин в поведенческой, и неконструктивным у мужчин, по сравнению с женщинами, в когнитивной сфере.

При неврастении (табл. 18) в поведенческой сфере частота выбора копингов по параметрам «конструктивность - неконструктивность» существенно не отличается у больных разного возраста и пола (рис.16). Среди отдельных вариантов копинга установлено достоверное преобладание выбора «сотрудничества» (конструктивный копинг) в контрольной группе по сравнению с основной как у мужчин ($p < 0,05$), так и у женщин ($p < 0,05$). Среди относительно конструктивных механизмов совладания в основной группе у мужчин достоверно чаще, чем у женщин, отмечается выбор «компенсации» - отвлечение от проблемы с помощью алкоголизации, успокоительных средств ($p < 0,05$), а женщины отдавали предпочтение копингу «отвлечение» - погружение в любимое дело при столкновении с проблемой ($p < 0,05$). Несмотря на то, что эти два вида совладания со стрессом относятся по E.Неim к относительно конструктивным вариантам, с нашей точки зрения, выбор у мужчин «компенсации» (в основном с помощью алкоголя) в большей степени выполнял патопротекторную функцию, усугубляя стрессовую ситуацию, нежели выбор женщинами «отвлечения» (кратковременная протекторная роль).

Мужчины



Женщины

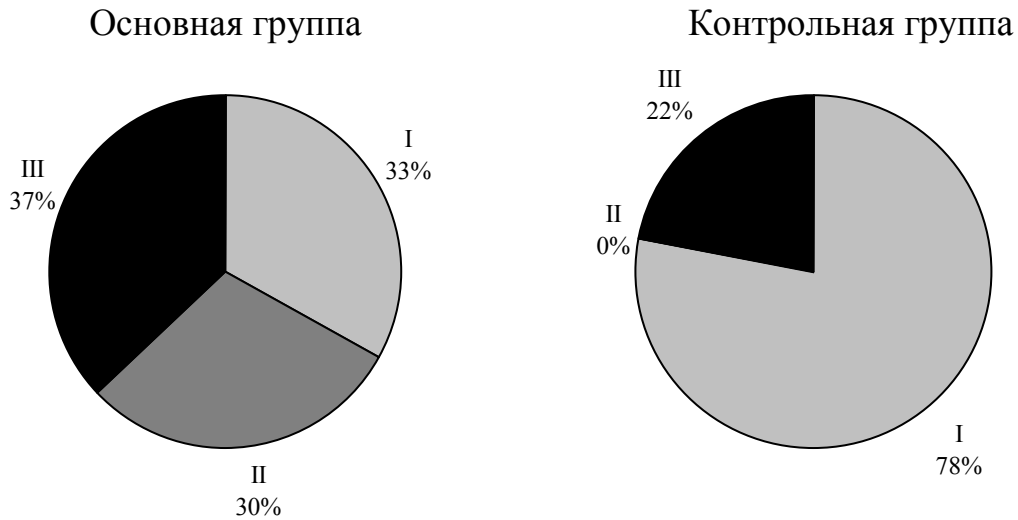


РИС. 16. Частотные характеристики конструктивных и неконструктивных вариантов копинг-поведения в поведенческой сфере при неврастении двух возрастных групп с учётом пола.

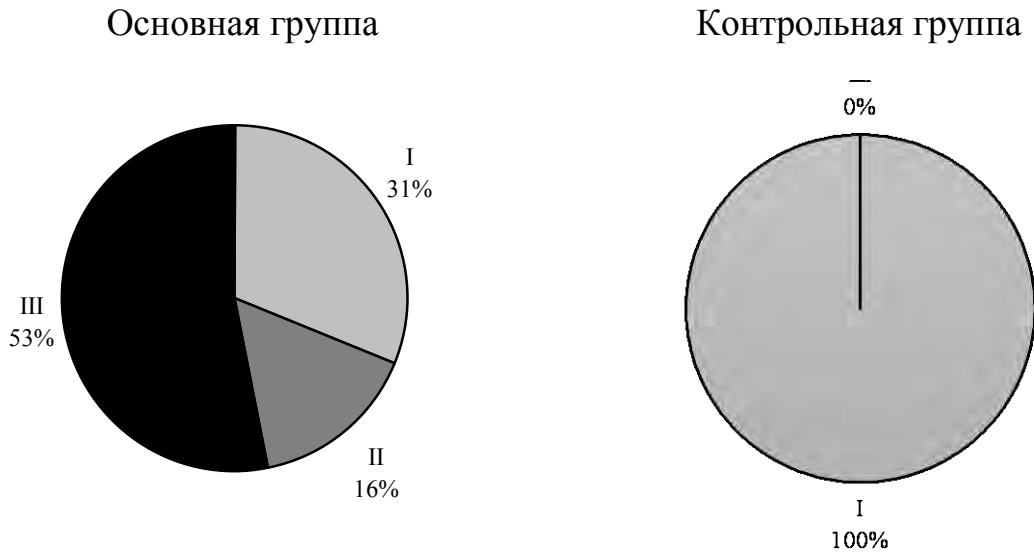
Примечание. I – конструктивные варианты («альтруизм», «обращение», «сотрудничество»); II - относительно конструктивные варианты («компенсация», «отвлечение», «конструктивная активность»); III – неконструктивные варианты («активное избегание», «отступление»).

Наибольшее использование неконструктивных (патопротекторных) вариантов копинг-поведения в позднем возрасте при неврастении установлено у мужчин и женщин в когнитивной сфере (рис. 17). В позднем возрасте мужчины в 3 раза реже, чем в молодом, использовали конструктивные способы преодоления стресса ($p < 0,05$), а именно «проблемный анализ» ($p < 0,05$) и «установку собственной ценности» («в данное время я не могу справиться с этими трудностями, но со временем смогу справиться и с более сложными, как ранее» - $p < 0,05$). Они в большей степени склонялись к выбору дезадаптивных копингов, которые способствовали поддержанию невротического расстройства, выполняя патопротекторную функцию: «игнорирование» - «говорю себе: есть вещи важнее, чем эти трудности» ($p < 0,05$), «диссимуляция» - «это не существенные трудности, не всё так плохо, в основном все хорошо» ($p < 0,05$), «растерянность» - «я не знаю, что делать и мне временами кажется, что не выпутаться из этих трудностей» ($p < 0,05$).

У женщин позднего возраста, так же как и у мужчин, установлено преобладание в когнитивной сфере (табл.18, рис.17), в сравнении с женщинами контрольной группы, неконструктивных вариантов копинга ($p < 0,05$) с достоверно частым использованием «смирения» - «говорю себе: это судьба, нужно с этим смириться» ($p < 0,05$); более редким использованием конструктивных копингов ($p < 0,05$), а именно «установки собственной ценности» ($p < 0,05$). В основной группе женщинами, также как и при истерическом неврозе, было свойственно обращение к относительно конструктивному варианту копинга – религии (по сравнению с мужчинами - $p < 0,05$), но, как мы уже указывали, при длительном использовании и предпочтении его конструктивным копингам, он становится патопротекторным.

В эмоциональной сфере при неврастении (рис.18), несмотря на отсутствие достоверных различий по параметрам «конструктивность-неконструктивность», тенденции использования менее адаптивных механизмов совладающего поведения в условиях психогении более выражены

Мужчины



Женщины

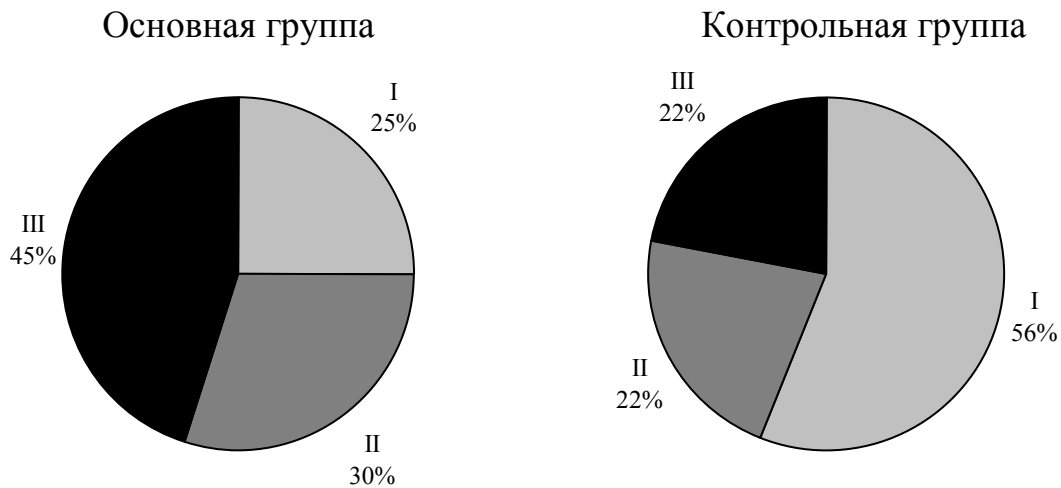
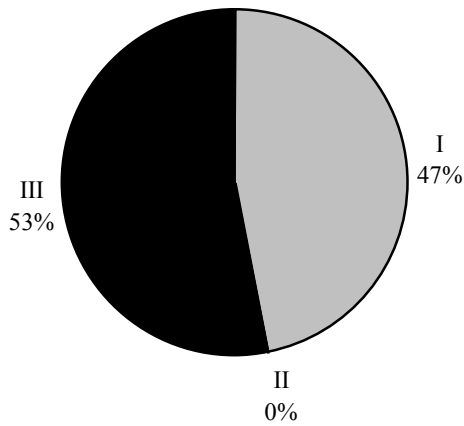


РИС. 17. Частотные характеристики конструктивных и неконструктивных вариантов копинг-поведения в когнитивной сфере при неврастении двух возрастных групп с учётом пола.

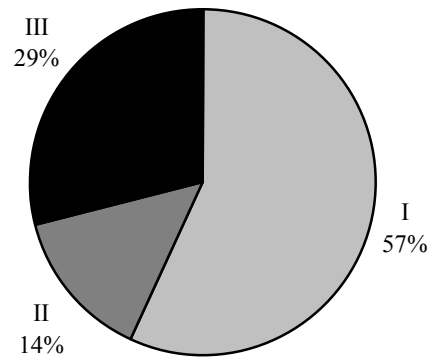
Примечание. I – конструктивные варианты («сохранение самообладания», «проблемный анализ», «установка собственной ценности»); II- относительно конструктивные варианты («относительность», «придача смысла», «религиозность»); III – неконструктивные варианты («игнорирование», «смирение», «диссимуляция», «растерянность»).

Мужчины

Основная группа

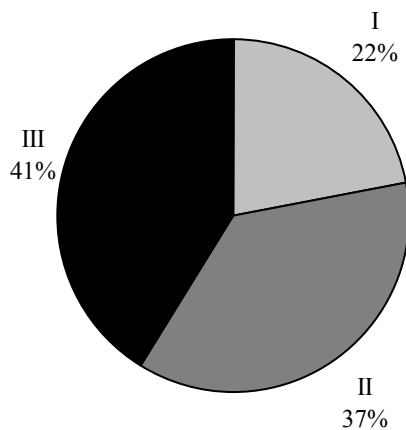


Контрольная группа



Женщины

Основная группа



Контрольная группа

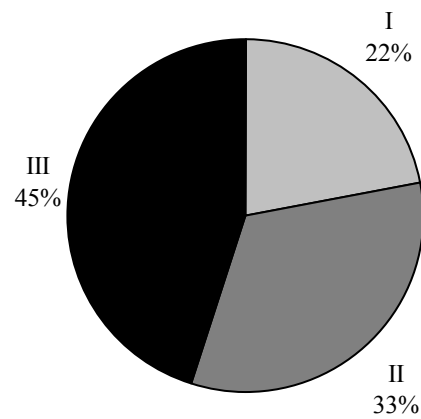


РИС. 18. Частотные характеристики конструктивных и неконструктивных вариантов копинг-поведения в эмоциональной сфере при неврастении двух возрастных групп с учётом пола.

Примечание. I – конструктивные варианты («протест», «оптимизм»); II – относительно конструктивные варианты («эмоциональная разгрузка», «пассивная кооперация»); III – неконструктивные варианты («подавление эмоций», «покорность», «самообвинение», «агрессивность»).

Таблица 18

Копинг-поведение при невращении по методике Хейма (в %)

Копинг	мужчины основной группы	мужчины контрольной группы	женщины основной группы	женщины контрольной группы	достоверность различий p			
	M1	M2	W1	W2	M1/M2	M1/W1	W1/W2	M2/W2
Поведенческая сфера								
А. Конструктивное копинг-поведение	48	57	33	78	-	-	-	-
1. «Альтруизм»	-	-	11	22	-	-	-	-
2. «Сотрудничество»	17	57	7	22	0,04	-	0,04	-
3. «Обращение»	31	-	15	34	-	-	-	-
Б. Относительно конструктивное копинг-поведение	26	29	30	-	-	-	-	-
1. «Компенсация»	21	-	7	-	-	0,04	-	-
2. «Конструктивная активность»	-	14	-	-	-	-	-	-
3. «Отвлечение»	5	15	23	-	-	0,01	-	-
В. Неконструктивное копинг-поведение	26	14	37	22	-	-	-	-
1. «Активное избегание»	16	14	11	-	-	-	-	-
2. «Отступление»	10	-	26	22	-	-	-	-
Когнитивная сфера								
А. Конструктивное копинг-поведение	31	100	25	56	0,01	-	0,04	0,04
1. «Сохранение самообладания»	-	14	15	22	-	-	-	-
2. «Проблемный анализ»	20	57	-	12	0,01	-	-	-
3. «Установка собственной ценности»	11	29	10	22	0,04	-	0,04	-

Таблица 18 (продолжение)

Копинг-поведение при невращении по методике Хейма (в%)

Копинг	мужчины основной группы	мужчины контрольной группы	женщины основной группы	женщины контрольной группы	достоверность различий p			
	M1	M2	W1	W2	M1/M2	M1/W1	W1/W2	M2/W2
Когнитивная сфера								
Б. Относительно конструктивное копинг-поведение	16	-	30	22	-	-	-	-
1. «Относительность»	11	-	11	-	-	-	-	-
2. «Придача смысла»	-	-	-	-	-	-	-	-
3. «Религиозность»	5	-	19	22	-	0,02	-	-
В. Неконструктивное копинг-поведение	53	-	45	22	0,04	-	0,04	-
1. «Игнорирование»	16	-	7	-	0,04	-	-	-
2. «Смирение»	-	-	11	-	-	-	0,04	-
3. «Диссимуляция»	11	-	5	-	0,04	0,02	-	-
4. «Растрянность»	26	-	22	22	0,04	-	-	-
Эмоциональная сфера								
А. Конструктивное копинг-поведение	47	57	22	22	-	-	-	-
1. «Протест»	-	-	7	11	-	-	-	-
2. «Оптимизм»	47	57	15	11	-	0,02	-	-
Б. Относительно конструктивное копинг-поведение	-	14	37	33	-	-	-	-
1. «Эмоциональная разгрузка»	-	-	26	11	-	-	-	-
2. «Пассивная кооперация»	-	14	11	22	-	-	0,04	-

Таблица 18 (продолжение)

Копинг-поведение при неврастении по методике Хейма (в%)

Копинг	мужчины основной группы		мужчины контрольной группы		женщины основной группы		женщины контрольной группы		достоверность различий p			
	M1	M2	M2	M1	W1	W2	W2	W1	M1/M2	M1/W1	W1/W2	M2/W2
Эмоциональная сфера												
В. Неконструктивное копинг-поведение	53	29	29	41	41	45	45	45	-	-	-	-
1. «Подавление эмоций»	26	29	29	22	22	22	22	22	-	-	-	-
2. «Покорность»	11	-	-	7	7	-	-	-	-	-	-	-
3. «Самообвинение»	-	-	-	7	7	11	11	11	-	-	-	-
4. «Агрессивность»	16	-	-	5	5	12	12	12	-	0,00	-	-

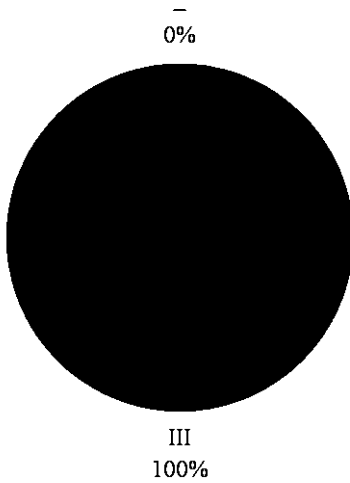
у мужчин позднего возраста как в сравнении с мужчинами контрольной группы (ср.: 53% и 29% соответственно), так и с пожилыми женщинами (41%). По отдельным вариантам копинга (таб.18) в позднем возрасте мужчины чаще, чем женщины, использовали конструктивный вариант копинга - «оптимизм» ($p < 0,05$) и неконструктивный вариант копинга – «агрессивность» - «я впадаю в бешенство и становлюсь агрессивным» ($p < 0,01$).

Таким образом, при неврастении в позднем возрасте, в сравнении с молодым, в поведенческой сфере редко востребуется из конструктивных вариантов копинга (как у мужчин, так и у женщин) «сотрудничество». Из относительно конструктивных вариантов мужчины позднего возраста предпочитают прибегать к «компенсации», в то время как женщины в противовес мужчинам к - «отвлечению». В когнитивной сфере, так же как и при истерическом неврозе, у позднего возраста контингента в сравнении с контрольной группой выявляется преобладание неконструктивных форм преодоления трудностей (мужчины - «игнорирование», «диссимуляция» и «растерянность», женщины - «смирение»), и редкий выбор конструктивных вариантов копинга (мужчины - «проблемный анализ» и «установка собственной ценности», а женщины - «установка собственной ценности»). Женщины в позднем возрасте часто прибегают к относительно конструктивному варианту копинга - «религиозность». В эмоциональной сфере при неврастении мужчины в позднем возрасте чаще, чем женщины, используют конструктивный вариант копинга «оптимизм» и неконструктивный вариант копинга «агрессивность». Кроме того, женщины позднего возраста реже, чем женщины контрольной группы, выбирают относительно конструктивный вариант копинга – «пассивная кооперация».

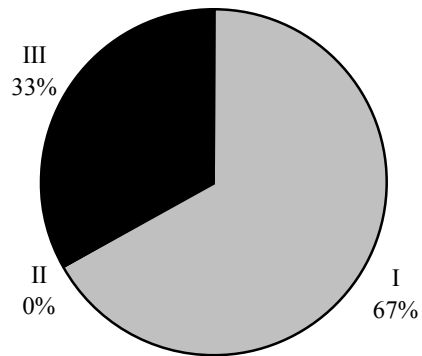
При обсессивно-фобическом неврозе (табл. 19) в позднего возраста группе достоверные различия установлены по более частому выбору мужчинами по сравнению с женщинами ($p < 0,05$) неконструктивных форм копинг-поведения в поведенческой (рис. 19) и когнитивной сферах (рис.20).

Мужчины

Основная группа

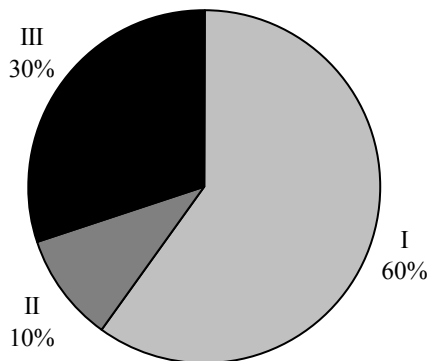


Контрольная группа



Женщины

Основная группа



Контрольная группа

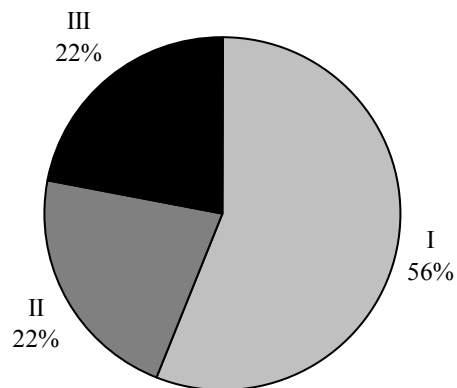
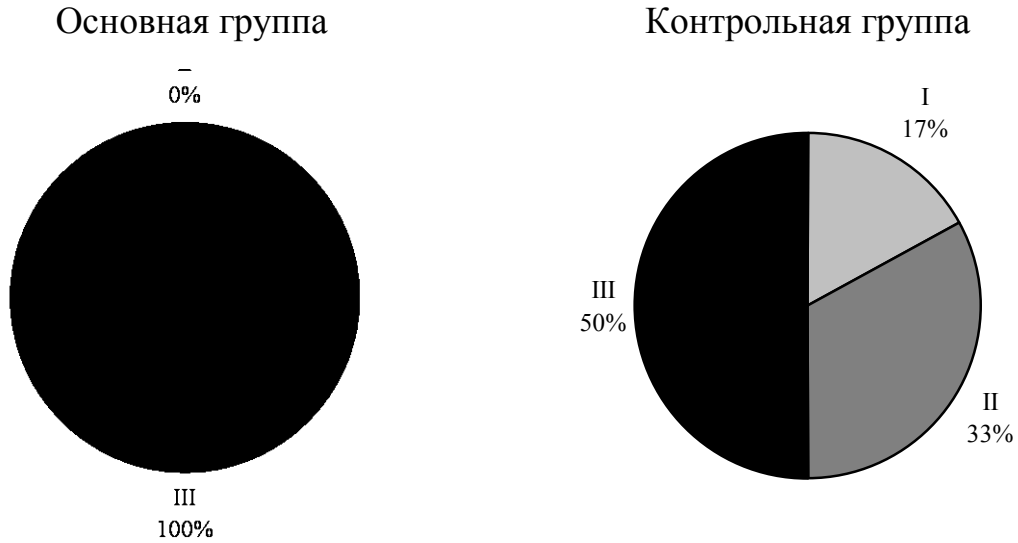


РИС. 19. Частотные характеристики конструктивных и неконструктивных вариантов копинг-поведения в поведенческой сфере при обсессивно-фобическом неврозе двух возрастных групп с учётом пола.

Примечание. I – конструктивные варианты («альтруизм», «обращение», «сотрудничество»); II – относительно конструктивные варианты («компенсация», «отвлечение», «конструктивная активность»); III – неконструктивные варианты («активное избегание», «отступление»).

Мужчины



Женщины

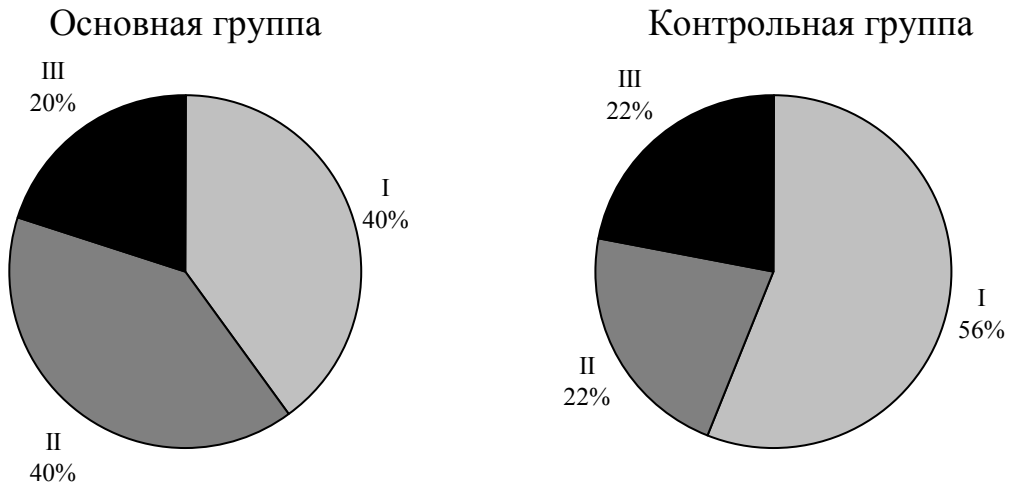


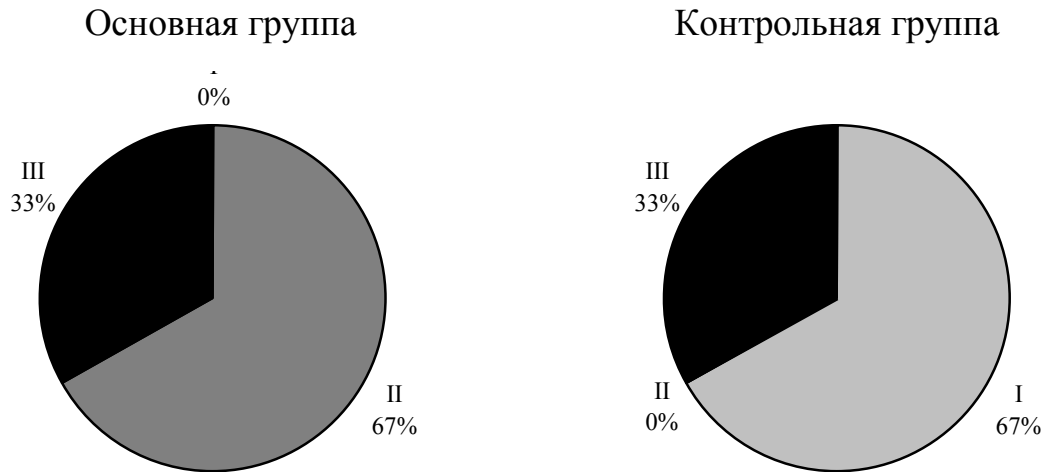
РИС. 20. Частотные характеристики конструктивных и неконструктивных вариантов копинг-поведения в когнитивной сфере при обсессивно-фобическом неврозе двух возрастных групп с учётом пола.

Примечание. I – конструктивные варианты («сохранение самообладания», «проблемный анализ», «установка собственной ценности»); II – относительно конструктивные варианты («относительность», «придача смысла», «религиозность»); III – неконструктивные варианты («игнорирование», «смирение», «диссимуляция», «растерянность»).

В эмоциональной сфере мужчины позднего возраста в сравнении с женщинами достоверно чаще используют «пассивную кооперацию» ($p < 0,05$). По остальным показателям достоверных различий, в зависимости от возраста и пола, больных не выявлено (табл. 19, рис. 21).

Проведённое исследование показало достаточно широкий спектр использования различных вариантов копинг-поведения в эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах у больных неврозами, что указывает на имеющиеся у них относительные возможности к адаптации. При этом наибольшие различия по использованию пациентами основной группы неконструктивных вариантов копинга, в сравнении с контрольной группой, при всех формах невроза установлены в когнитивной сфере, которая оказалась наиболее уязвимой по использованию конструктивных механизмов совладания со стрессом в позднем возрасте. Эти данные указывают на нарушенные ценностные ориентации у позднеговозрастного контингента больных и подтверждают психогенное влияние макросоциальных изменений именно в этом периоде жизни человека. Сознательная блокировка когнитивной сферы больными неврозами позднего возраста, вызванная неприятием макросоциальных изменений в обществе, с одной стороны, до определённого момента (до развития невротического расстройства), выполняла протекторную функцию, снимая получаемое в данный момент времени эмоциональное напряжение (принцип действия «здесь и сейчас»), но в дальнейшем препятствовала выработке конструктивных способов адаптации в изменившихся условиях жизни, выполняя патопротекторную функцию, тем самым, сближаясь с механизмами психологической защиты. Внутри же позднеговозрастной группы установлено более частое использование неконструктивных (патопротекторных) вариантов копинга у мужчин, что соответственно делает их более уязвимыми в адаптации в сравнении с женщинами позднего возраста.

Мужчины



Женщины

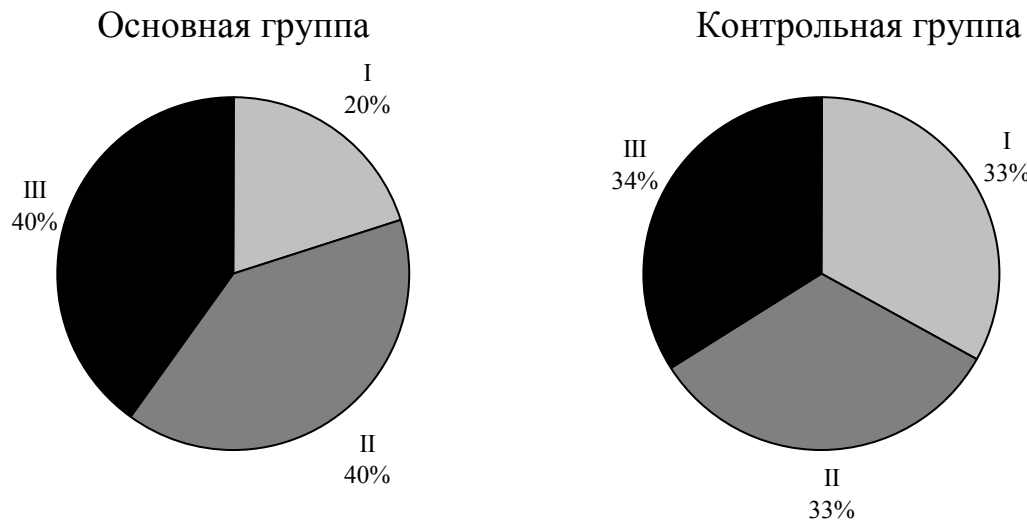


РИС. 21. Частотные характеристики конструктивных и неконструктивных вариантов копинг-поведения в эмоциональной сфере при обсессивно-фобическом неврозе двух возрастных групп с учётом пола.

Примечание. I – конструктивные варианты («протест», «оптимизм»); II – относительно конструктивные варианты («эмоциональная разгрузка», «пассивная кооперация»); III – неконструктивные варианты («подавление эмоций», «покорность», «самообвинение», «агрессивность»).

Таблица 19

Копинг-поведение при обсессивно - фобическом неврозе по методике Хейма (в%)

Копинг	мужчины основной группы	мужчины контрольной группы	женщины основной группы	женщины контрольной группы	достоверность различий p			
	M1	M2	W1	W2	M1/M2	M1/W1	W1/W2	M2/W2
Поведенческая сфера								
А. Конструктивное копинг-поведение	-	67	60	56	-	-	-	-
1. «Альтруизм»	-	-	20	11	-	-	-	-
2. «Сотрудничество»	-	-	20	33	-	-	-	-
3. «Обращение»	-	67	20	12	-	-	-	-
Б. Относительно конструктивное копинг-поведение	-	-	10	22	-	-	-	-
1. «Компенсация»	-	-	-	-	-	-	-	-
2. «Конструктивная активность»	-	-	-	-	-	-	-	-
3. «Отвлечение»	-	-	10	22	-	-	-	-
В. Неконструктивное копинг-поведение	100	33	30	22	-	0,04	-	-
1. «Активное избегание»	67	17	-	-	-	-	-	-
2. «Отступление»	33	16	30	22	-	-	-	-
Когнитивная сфера								
А. Конструктивное копинг-поведение	-	17	40	56	-	-	-	-
1. «Сохранение самообладания»	-	-	10	33	-	-	-	-
2. «Проблемный анализ»	-	-	20	11	-	-	-	-
3. «Установка собственной ценности»	-	17	10	12	-	-	-	-

Таблица 19 (продолжение)
Копинг-поведение при обсессивно - фобическом неврозе по методике Хейма (в%)

Копинг	мужчины основной группы	мужчины контрольной группы	женщины основной группы	женщины контрольной группы	достоверность различий p				
	M1	M2	W1	W2	M1/M2	M1/W1	W1/W2	M2/W2	
Когнитивная сфера									
Б. Относительно конструктивное копинг-поведение	-	33	40	22	-	-	-	-	-
1. «Относительность»	-	-	10	-	-	-	-	-	-
2. «Придача смысла»	-	-	-	11	-	-	-	-	-
3. «Религиозность»	-	33	30	11	-	-	-	-	-
В. Неконструктивное копинг-поведение	100	50	20	22	0,04	0,04	-	-	-
1. «Игнорирование»	-	17	-	-	-	-	-	-	-
2. «Смирение»	-	-	-	11	-	-	-	-	-
3. «Диссимуляция»	67	17	-	11	-	-	-	-	-
4. «Растерянность»	33	16	20	-	-	-	-	-	-
Эмоциональная сфера									
А. Конструктивное копинг-поведение	-	67	20	33	-	-	-	-	-
1. «Протест»	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. «Оптимизм»	-	67	20	33	-	-	-	-	-
Б. Относительно конструктивное копинг-поведение	67	-	40	33	-	-	-	-	-
1. «Эмоциональная разгрузка»	-	-	30	22	-	-	-	-	-
2. «Пассивная кооперация»	67	-	10	11	-	0,04	-	-	-

Таблица 19 (продолжение)

Копинг-поведение при обсессивно - фобическом неврозе (методика Хейма)

Копинг	мужчины основной группы	мужчины контрольной группы	женщины основной группы	женщины контрольной группы	достоверность различий p			
	M1	M2	W1	W2	M1/M2	M1/W1	W1/W2	M2/W2
Эмоциональная сфера								
В. Неконструктивное копинг-поведение	33	33	40	34	-	-	-	-
1. «Подавление эмоций»	-	-	20	22	-	-	-	-
2. «Покорность»	-	-	-	-	-	-	-	-
3. «Самообвинение»	33	17	20	12	-	-	-	-
4. «Агрессивность»	-	16	-	-	-	-	-	-

ГЛАВА 5

НЕКОТОРЫЕ МЕТОДЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ПРИ НЕВРОЗАХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Трудности дифференциальной диагностики невротических расстройств в позднем возрасте обусловлены собственно возрастными изменениями, коморбидным влиянием органических нарушений (прежде всего сосудистых заболеваний - гипертоническая болезнь, атеросклероз сосудов головного мозга), а также в ряде случаев и невротоподобной «маской» эндогенных заболеваний с дебютом в позднем возрасте (прежде всего расстройств депрессивного спектра). Это обуславливает необходимость верификации клинического диагноза невроза позднего возраста (после 45 лет) наиболее доступными и значимыми методами психологического исследования. Одним из методов исследования, позволяющим решить задачи дифференциального диагноза невротических и невротоподобных расстройств в позднем возрасте, с нашей точки зрения, является психологическая автобиография - совокупность приёмов получения данных психологического анамнеза, сведений о важнейших событиях, этапах жизненного пути личности, отношении к прожитому и особенностях антиципации (Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М., 1989). Она позволяет выявить структуру психодинамических связей, в частности конфликтов, объективных отношений, определить механизмы защиты, успешность/неуспешность стратегий совладания со стрессом (Бухгейм П., Райнер В., Кехеле Д., Кехеле Х., 1994; Томэ Х., Кехеле Х., 1996; Neuft G., 2000).

Данной методикой обследован 121 пациент позднего возраста с невротическим расстройством, в их числе 45 (37,2%) мужчин и 76 (62,8%) женщин. Для облегчения работы над методикой применялся ориентировочный опросник, составленный на основе интеграции различных психодинамически ориентированных интервьюирующих техник (см.

приложение 5). Пациентам предлагалось самостоятельно (письменно) отразить весь свой жизненный путь, начиная с детских воспоминаний, с характеристикой атмосферы воспитания, взаимоотношений в родительской семье, основных этапов трудового и семейного анамнеза, описать особенности характера в различные возрастные периоды, а также начало заболевания, с указанием его возможной причины, динамику и проявления расстройств. Акцентировалось внимание обследуемых на только направляющее значение вопросов без необходимости конкретных ответов на них.

При анализе полученного нами материала все автобиографии пациентов можно разделить на пять типов. Первый – регрессивно-зависимый, выявленный у 36,4% больных (26,7% больных мужчин и 42,1% больных женщин – см рис. 22). Он содержал большой объём информации, был свободен по стилю изложения, не всегда последовательного по времени, часто применялись сноски, возвращения в тексте на предыдущие жизненные события. Обращает на себя внимание эмоциональное подкрепление значимых событий, которое отражалось в применении соответствующих знаков препинания, выделении жирным шрифтом, подчёркивании предложений. Подробно описывались детские переживания с эгоцентрической фиксацией на перенесённых «невзгодах», упрёки в адрес родителей, близких родственников. Проективность методики подтверждалась бессознательным изменением почерка с признаками его регрессии («детскость», допуск грубых грамматических ошибок, употребление неверных падежных окончаний и т.д.). В объяснениях происхождения болезни у пациентов наблюдалась тенденция к расширению причинности, с развитием заболевания устанавливалась связь множества факторов (например, недостаточная любовь со стороны родителей в детстве, «несложившаяся личная жизнь») с вытеснением объективно наиболее травмирующего и «усмотрением» начала болезни с детства. Описание клинических проявлений также эмоционально, с применением афористически-эпатажных сравнений («всё онемело... будто душа расстаётся

не было. Тогда просам финансируется
 деп. бедствие покаяния измучен
 нами распадались в том, что у муж
 они эти самые измучен ответственности.

(Стелетные бесспорно преступные)
 Он сильно поднимался, инициативы и в
 чем не проявлялся и не настоящие жить
 на себе рево, поживает в семье!

Внебрачные связи у мамы не было до
 брака нашего супружеского. Через 8 лет
 брака в мае ответственности у него появились
 внебрачные связи, флирт это понятие,
 и предложения ему развод. Маме он
 был нашей семье зла. Но брак
 удобного разбирательства маме у мамы
 прищипывали и маме нешто отнять маме
 от внебрачных связи родные мамочки,
 маме маме мамочки. Ребенок
 никогда не интересовался, хотя и маме
 пытались говорить на эту тему, маме
 не проявлял его общении с ребенком
 он просто забывался.

Этот маме развод был для мамы
сильным стрессом. Со временем и кри-

РИС.22. Регрессивно-зависимый тип автобиографии.

с телом»; «приступ захватил и пошёл раскручиваться на всю катушку»). В
 процессе лечения часть пациентов дополняла свои записи новыми
 воспоминаниями, вела дневниковые записи.

Второй тип автобиографий - истеро-паранойяльный (рис.23) отмечен у
 16,5% больных (11,1% больных мужчин, 19,6% больных женщин). Подобно
 предыдущему типу объём по содержанию, вместе с тем, в отличие от него,

изложение событий чётко соответствует пунктам опросника. Стилль автобиографии педантичный, часто отмечается обстоятельность, застревание на личностно-значимых моментах, подкрепляемое негативно-аффективной прямой речью. Довольно выражена тенденция к сверхценным образованиям. Часто лист самостоятельно разлиновывался, почерк также имел особенности - большинство букв имело тенденцию к заострению верхней части, придавая словам «пилообразный» вид, но, как и в первом типе, при изложении психотравмирующих моментов приобретал признаки регрессии. Следует отметить, что в данной группе пациентов коморбидными невротическим расстройствам были начальные органические нарушения сосудистого происхождения, однако основной диагноз невроза не вызывал сомнения.

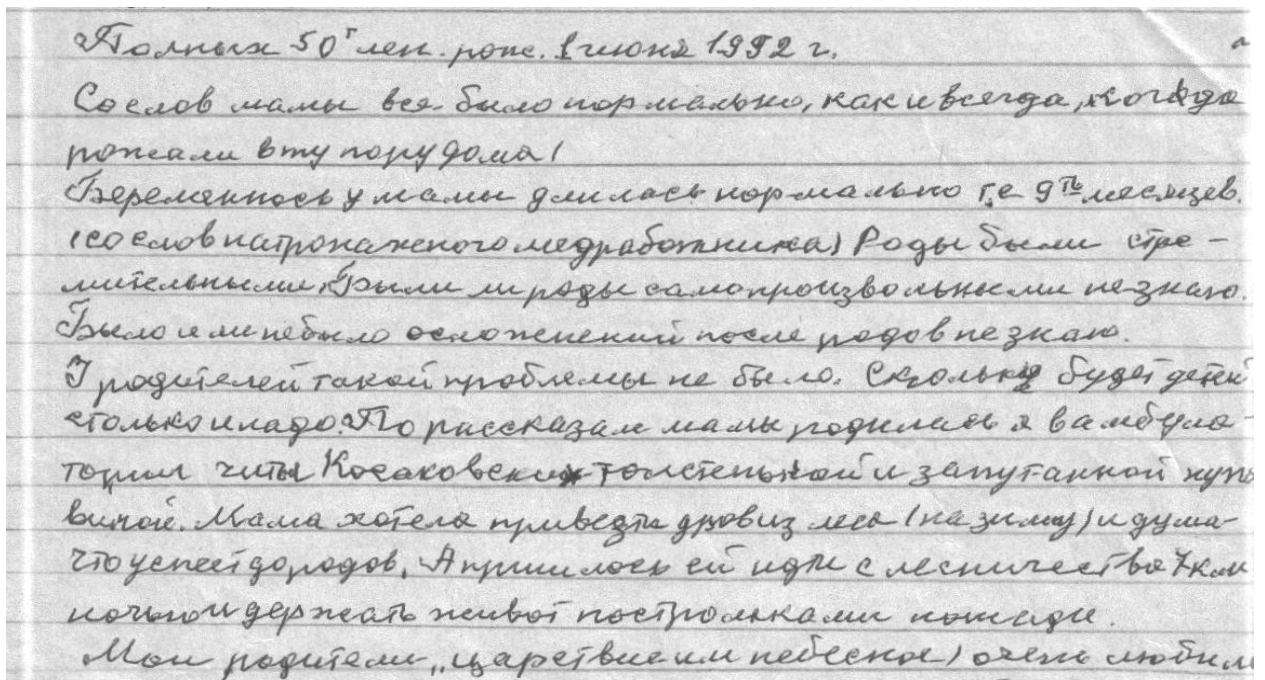


РИС. 23. Истери-паранойяльный тип автобиографии.

Третий тип – тревожно-избегающий (рис.24) – у 30,6% больных (37,8% мужчин и 26,2% женщин) - отличался краткостью изложения, с лаконичными ответами на пункты опросника, избегающей тенденцией к раскрытию имеющихся переживаний. Пациенты этой группы длительно не могли приступить к работе, объясняя это «нежеланием заново тереть раны», «изливать душу». Вместе с тем, выполнив работу, проявляли

нетерпение к её оценке врачом, заранее извиняясь за «неточности, грамматические издержки», обесценивая значимость выполненного с помощью юмора и так же регрессии: «не ставьте мне плохую оценку».

Начало половой жизни в 21 год.
 первый половой акт вступил с ней незадолго
 до свадьбы связи были браком не были.
 Сейчас нет свиданий.
 Женат, брак - первый, по любви, 21 год, мы
 в законном союзе с ней. В браке состоим
 38 лет. В настоящее время возраст супруги 60 лет
 пенсионера. Доброжелателен, любит походы в
 лес, верит в бога.
 Число беременностей - одна (позднородительная
 вагина). В настоящее время живу в 23 - ем
 сей час 23 года, супруга 21 год.
 Наши мысли сугубо в основном рас-
 кожены в ведении хозяйства.
 Детская жизнь в семье в настоящее время
 практически отсутствует. Неярко выраженная
 климакс. А все признаки все-таки не всегда
 распознаем к этому.
 Внебрачные связи нет.
 Сексуальные проблемы отсутствуют.
 Дети здоровы.
 не собираюсь их.
 Протест в настоящее время.
 Раздражительно, неадекватно в
 любви небыл явным фактом не 15
 терпение. Я сам являюсь раздражителем
 насильное головное боли, изнурительный
 сердца, слабость, дрожание рук, неясный сон.
 Первое обращение к психиатру - август 2002.
 - тем назначили, там указали мне.
 Вскоре в клинической больнице, устроил
 был труднее и тяжелее.
 Другими словами, при поступлении
 в отделение неврозов не лечился

РИС. 24. Тревожно-избегающий тип автобиографии.

Четвёртый тип автобиографических данных – алекситимно-формальный (рис.25) - 11,5% больных (22,2% мужчин и 5,3% женщин). В сравнении с предыдущими типами был довольно краток по объёму изложения. Выполнение методики сводилось часто к односложным ответам на вопросы (во всех случаях обозначение ответа цифрой, соответствующей пункту опросника), с нередким отрицанием каких-либо жизненных коллизий и тенденцией к идеализации прошлого («было всё замечательно, да и сейчас особых проблем с психикой нет»). Обращает внимание трудность эмоционального отражения в письменной форме значимых событий, бедность эмоционального

лексикона, особенно при описании проявлений болезни, что также проявлялось и клинически.

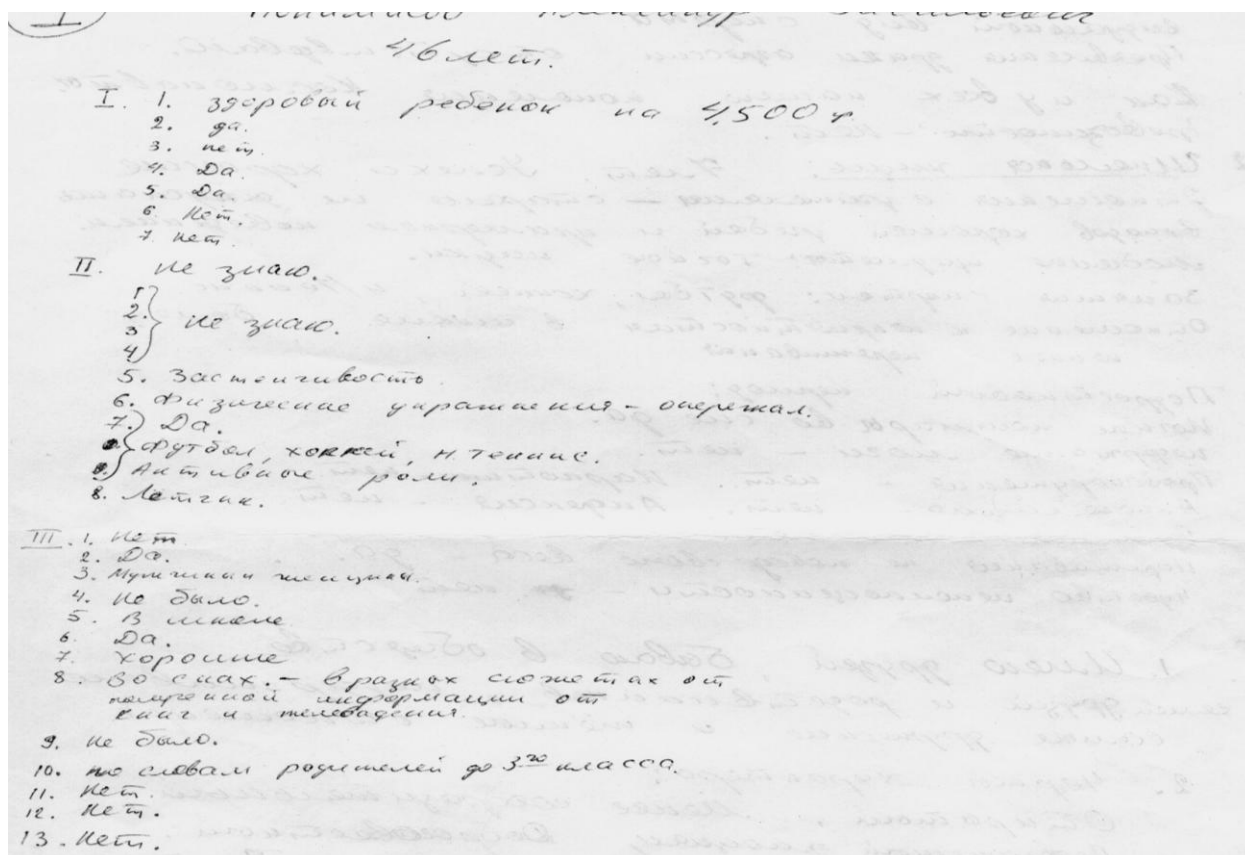


РИС. 25. Алекситимно – формальный тип автобиографии.

Пятый тип – истерический (конверсионно-соматизированный – рис.26) отмечен у 5,0% больных (2,2% мужчин и 6,8% женщин). Из всех разновидностей автобиографий, в данном случае, объём письменного изложения минимальный. Тем не менее, даже небольшой материал представлял существенную информацию с демонстрацией не только клинических расстройств, но и чёткой психогенности заболевания (изменения почерка даже на уровне словосочетаний, с прекращением работы после предпринятой попытки, уже с первых фраз, описать причину заболевания). У этих пациентов также было применено устное выполнение методики - в течение нескольких дней по два-три часа пациенты самостоятельно использовали диктофон с записью автобиографии на аудиокассету.

Несмотря на различия, во всех описаниях проявлений болезни имеется звучание экзистенциальной тематики (часто встречаемые высказывания

(заявления): «страх смерти», «страх одиночества», «потеря привлекательности» – у женщин; «ощущение ненужности», «утрата смысла жизни» – у мужчин).

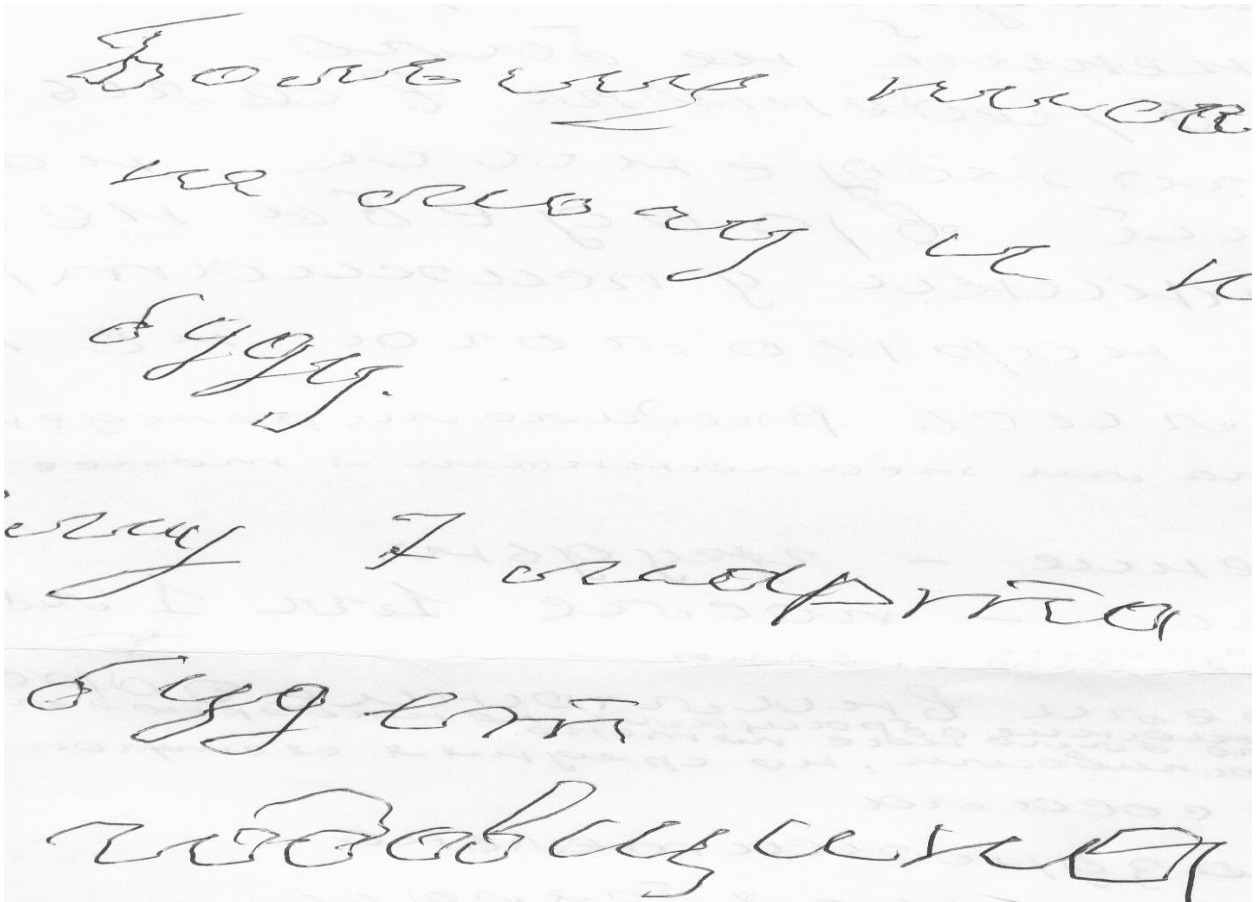


РИС. 26. Истерический тип автобиографии.

Следует также отметить, что материалы автобиографий использовались не только с диагностической целью, но и с психотерапевтической, в частности как при проведении индивидуальной, так и групповой психотерапии. Большинство обследуемых (в основном 1 тип) уже в процессе работы с методикой отмечали улучшение состояния, что, по-видимому, связано с эмоциональным переживанием событий, которые были вытеснены ранее и актуализировались при изложении.

Далее в качестве содержательной иллюстрации приводится полный текст автобиографии пациентки с истерическим неврозом (см. наблюдение 1, Б-ная Д., 57 лет) без грамматических исправлений и корректировки.

«Автобиография»

Я, Д. Ольга Васильевна родилась..... 1946 года в селе Оренбургской области. Домашний адрес Образование среднее-специальное «товаровед продовольственной и промтоварной группы». Семейное положение: вдова. На пенсии по возрасту. Нахожусь в отделении с 06. 04. 04 г. первая госпитализация в данной больнице. Родственники не наблюдались у психиатра, алкоголиков нет. Беременность и роды у матери не знаю как протекали, ребенком в семье была желанным т к были до меня три сына. Мама меня кормила грудью до 3х лет. Ходить начала в 11 мес, говорить с 2х лет, пищевой аллергии не было. Сладости в детстве очень любила но их не было, мама прятала в горшок конфеты и в печку, но я находила их и съедала, но никогда не признавалась если только не поймают меня. Признаки тревожности в отсутствии посторонних лиц были я очень боялась быть одна в доме. При отсутствии матери я всегда очень тосковала. Родители мне предовали большое значение. У меня рано в моем детстве заболел папа и я всегда переживала за него. В раннем детстве по характеру я была активной девочкой. По какому-то поводу я и беспокоилась, но и стеснялась взрослых, упрямой пугливой не была. Физическое развитие нормальное. Любила играть с другими детьми на улице в лапту, принимала активные роли. Сны в памяти детские не оставлены. В садик не ходила т.к. его у нас не было. Окружали большие женщины меня. Наказание в семье существовали ставили в угол, с восьми лет я пошла в 1ый класс и научилась читать и писать Я боялась в детстве укола и крови при виде этого всега я падала в обморок. В 4ом классе я была в санаторно-лесной школе г.Оренбурга. Отношения со сверстниками были нормальными меня все уважали и мальчишки и девчонки. Отношения с окружающими и родными людьми были дружественными. У меня было 10 подружек, одна из них была самая близкая. Лидера в нашей компании не было, но больше как-то были и шли ко мне, коллективные игры у нас были с детства. Агрессивности драк у нас не было. В школе я была чисто одетая скромная девочка пионерка. Успехи в учёбе были посредственные и хорошие, отношения с учителями были нормальными.

Любимым предметом у меня были история и биология, русский язык, а по математике с двойки на тройку прыгала никак не понимала математику. В подростковом периоде правонарушений не было. По поводу своей внешности я не переживала потому как в деревне говорили какая хорошая девочка Оля, ни к кому не отказывается кизяк идти делать у меня свой станок был по 1000 штук делала и зарабатывалось по 3 рубля в день. Друзья у меня всегда были и есть характер у меня открытый менее сообразительный, любящий быть в центре внимания. Закончила я школу потом училась в кооперативном

техникуме я любила торговать мне нравилось Но в связи с тем чтобы быть побольше дома и заниматься воспитанием детей я сменила свою профессию проработав 20 лет в торговле, я перешла работать на Автостанцию – 18 лет я руководитель этой организации. У меня автостанция была самая красивая в области, я выросла там много цветов это был зимний денрарий Проезжающим пассажирам это все нравилось я, кто бы не попросил давала отростки цветов. Были редкосные цветы. Пальма выросла под потолок ей было 18 лет, когда в селе свадьбы, то приезжали фотографироваться к нам на А/ст, а теперь мой многолетний труд рухнул в бездну никому это не надо, даже не предупредили, что продадут мою а/станцию.

Детей я выросила сын – сотрудник МВД кандидат юридических наук, работает при УВД, дочь – судебным приставом, а вот а/станцию мою продали, мое сердечко этого не выдерживает я не собиралась увольняться так как с возложенными обязанностями я справлялась просто я люблю людей а на а/ст мног проезжающих со всех концов едут, ведь она была автостанцией Межреспубликанского значения Мы обслуживали Павтоколон и всех мы знали и встречались но в один миг все рухнуло.

Семейная жизнь с мужем у меня прошла хорошо мы 30 лет прожили душа в душу. 1997 г. 2 января он умер скоропостижно остановка сердца у него было ишемическая болезнь. В 2002 году умерла мама, которая жила с нами, и вот теперь у меня продали а/станцию. Религиозные правила строго не соблюдаю. Да это первое обращение к Психиатору, я не стала спать ночами, в голову лезли какие-то кошмары сердце ныло и я сильно плакала и сейчас плачу, я забываю какой сегодня день, переспрашиваю у меня никогда подобных случаев не было, какой сегодня день я спрашиваю у девочек. Я не знаю никаких методов лечения и надеюсь только на врачей, у меня лекарственная аллергия, я не знаю как мне быть только надежда на врачей, я надеюсь что меня выльчат. В политике в данный момент я ничего не соображаю, пусть как хотят.

Подпись апрель 2004 год

По стилю изложения, характеристикам исполнения данный тип автобиографии отнесён к истеро-паранойяльному. Как видно из текста, выявляется чёткая психогенность описываемых пациенткой расстройств в виде соматоформных и аффективных проявлений: «...мое сердечко этого не выдерживает...», «... не стала спать ночами, в голову лезли какие-то кошмары сердце ныло...», «... сильно плакала и сейчас плачу...». Вся автобиография насыщена периодическими возвращениями к самой

психогении, с драматической демонстрацией «постигшей утраты»: *«...а вот а/станцию мою продали, мое сердечко этого не выдерживает я не собиралась увольняться так как с возложенными обязанностями я справлялась... Мы обслуживали Павтоколон и всех мы знали и встречались но в один миг все рухнуло».*

Иллюстрируется работа психологической защиты «отрицание» (он же один из ведущих по данным опросника ИЖС): *«...я забываю какой сегодня день, переспрашиваю у меня никогда подобных случаев не было, какой сегодня день я спрашиваю у девочек».*

Даётся достаточная характеристика личности (демонстративно-гиперкомпенсаторная с чертами тревожности): *«Признаки тревожности в отсутствии посторонних лиц были я очень боялась быть одна в доме», «...по характеру я была активной девочкой...», «...боялась в детстве укола и крови при виде этого всега я падала в обморок», «...меня все уважали и мальчишки и девчонки...», «Лидера в нашей компании не было, но больше как-то были и шли ко мне», «...характер у меня открытый менее сообразительный, любящий быть в центре внимания».*

С помощью биографической интерпретации создаётся осмысленная история случая, соответствующая результатам психиатрического обследования данного пациента. Связь структуры личности с историей жизни определяет, до некоторой степени, способности пациента к спонтанному пониманию и к интеграции своего прошлого в настоящее. Таким образом, рассказ пациента о своём прошлом, изложенный на бумаге, помогает выявить личностную организацию пациента, провести дифференциальную диагностику с неврозоподобными состояниями в связи с бóльшими возможностями, чем клиническое наблюдение, выявления психогенных факторов, психологических защит, которые определяют психотерапевтические мишени для дальнейшей работы: автобиография повышает возможности вероятностной оценки пациентом своего настоящего и будущего.

Следующие две методики применялись нами не только с психодиагностической целью, но и, в большей мере, чем автобиография, с психотерапевтической.

При истерическом неврозе с депрессивными расстройствами, где психогенией являлась смерть близкого (по данным нашего исследования 35,5 % пациентов позднего возраста: 46,1% женщин и 17,8% мужчин) использовались диагностические и психотерапевтические приёмы, интегрированные из гештальт-терапии. Пациенты получали задание написать письмо к умершему, предлагалось высказать ему свои переживания, «всё, что не успели сказать при жизни». Далее проводилось чтение письма совместно с психотерапевтом с выраженным эмоциональным отреагированием и завершением контакта с ушедшим близким, что позволяло принять и осознать его смерть. В качестве иллюстрации, приводим «Письмо к сыну», написанное пациенткой Д-ной Л.П., 64 лет (см. наблюдения № 2):

«Сынок, здравствуй!

Вот уже шестой месяц как ты покинул нас: маму и свою семью. Такое горе я никак не ожидала, что меня ждёт в конце моей жизни и никак не могу свыкнуться с этой мыслью, что тебя нет и никогда более не придёшь ко мне вечером: как ты приходил каждый день в 9 часов вечера и я продолжаю тебя ждать и прислушиваюсь к шороху в дверях и мне кажется, что сейчас откроется дверь и ты войдёшь.

Как я тебя, люблю, скучаю и жду. И нет дня, чтобы я не плакала. Сейчас вот лечусь от этого страшного стресса, и сплю только выпив снотворное лекарство. Жизнь моя стала для меня никчёмной, нет никакой радости и желания что-нибудь делать и жду когда пройдет день и уснуть и забыться часов на 6 во время сна.

Какая не справедливая жизнь; какая была она прекрасной и счастливой до твоей кончины. Ежедневно разговариваю с тобой и спрашиваю: есть ли моя вина в твоей смерти: в предпоследний день я даже не спросила о том как ты чувствуешь себя, ты глядел на меня и молчал. Хоть увидеть бы тебя во сне и ты бы со мной поговорил. О боже, как стать прежней и утешить себя, я не знаю. Все пытаются мне помочь, но увы «нож» из сердца матери не вынешь никогда; пока не закроются мои глаза: я буду жить и мучаться и страдать. Всё не могу более писать (вся изрыдалась). Я тебя люблю, люблю:

мой самый прекрасный, умный и красивый сынок; за что меня бог покарал так жестоко, не могу найти ответа.

Целую жду твоя мама Л...»

Данный пример также чётко обозначает психогенность ситуации с драматическим её переживанием. Именно для истерической личности с присущей ей эпатажностью, способностью аффективно пережить заново ситуацию и отреагировать её в процессе гештальта, этот диагностический и психотерапевтический приём является достаточно информативным и эффективным.

Следующая проективная психодиагностическая методика и психотерапевтический метод – сказкотерапия - также использовалась при работе с поздневозрастными пациентами. Эта методика широко применяется при работе с детьми, но в последнее время внедряется и в психотерапию взрослых (Свирепо О.А., Туманова О.С., 2004; Лэнктон К., Лэнктон С., 1996; Mithen S., 1996). Пациент получал задание написать сказку. При этом инструкция ограничивалась только этим. Первой реакцией на задание чаще всего было недоумение, особенно со стороны пациентов-алекситимиков, которые просили о более чётких инструкциях: «О чём писать? Писать ли о себе? и т.п.». Но именно такая инструкция без жёстких направляющих рамок приводила к тому, что написанная сказка с помощью проекций чётко характеризовала основную психогенную проблематику пациента. Так, все сказки, независимо от объёма изложения, а также клинического варианта невроза, отражали эгоцентрическую составляющую расстройства (это характерно для любого невроза) и нередко в метафорической форме кратко иллюстрировали данные анамнеза.

В качестве примера приводим сказку, написанную пациентом М-ным, 53 года (наблюдение № 3):

«Была солнечная долина, высокая зеленая трава, ручеек хрустальной воды. Жизнерадостные твари весело сновали взад-вперед, и никому не было дела, никому не мешало, семейство добродушных пушистых зверьков.

Но изменились времена и нравы обитателей долины. Начались Великие Перемены, пошла Великая травля. Семейство было вынуждено откочевать на север в глухие, мрачные, непроходимые дебри высохших лесов, спасаясь от, вдруг ставших агрессивными и опасными, тварей. И во время этого, почти панического бегства, семья распалась, растерялась по диким непроходимым чащам. И беззащитный зверек уже сам не понимал, как это получилось, что он абсолютно один, абсолютно беззащитный и никому не нужный оказался в норе под корнями полусгнившего пня. Он сам не осознавал, как это он ещё живой – находясь в постоянной опасности от близости свирепых соседей и питаясь, только по ночам, без шумно выползая из своей норы безвкусными и вызывающими отвращение корешками и листьями трав, ограниченный, запуганный, забитый, сидя в норе и вздрагивая от пугающих звуков и шорохов жил одной надеждой, что Создатель скоро призовет его себе и не будет суров к его грехам и прегрешениям, ибо понимая, что милосердие Создателя простирается далеко за пределы разумения его созданий. И раз, ещё, он не покинул свою телесную оболочку, значит некая миссия возложенная на него не до конца выполнена.

Живя в основном воспоминаниями, иногда в его ослабленном тельце всё же проскальзывала искорка жизни. Иногда он исподтишка подсматривал за жизнью случайных обитателей леса попавших в его зону обзора, но понимал, что им он если и будет нужен, то лишь как предмет для питания пища или как ненужная временная игрушка.

Не удержавшись, он попытался однажды подружиться с существом привлекательным и мягким, на его взгляд. И, несмотря на то, что не был отвергнут, он очень отчетливо понял свою ненужность и никчемность. А, тем не менее, чувство благодарности к не оттолкнувшему его, согревало до конца дней, пока мохнатая лапа со стальными когтями не извлекла его из норы и не отправила в смрадную вонючую пасть.»

Как следует из анамнеза у данного пациента невротические расстройства начались после вынужденной миграции из Казахстана, где он был достаточно материально устроен - имел хорошую работу, жильё и т.п.: «...Была солнечная долина, высокая зеленая трава, ручеек хрустальной воды. Жизнерадостные твари весело сновали взад-вперед, и никому не было дела, никому не мешало, семейство добродушных пушистых зверьков».

В результате смены политического устройства в Казахстане с негативной национальной политикой в отношении русскоязычного населения пациент был вынужден, «бросив всё», покинуть страну и

эмигрировать в Россию, в результате потеряв часть семьи (дочь и жену): *«Начались Великие Перемены, пошла Великая травля... И во время этого, почти панического бегства, семья распалась, растерялась по диким непроходимым чащам».*

И далее (см. стр.189) вся жизнь в аллегорически-эпатажной форме излагается только с негативных позиций: не приносящая удовлетворения (прежде всего материального) работа, жильё – землянка полуподвального типа на окраине города, отсутствие близких или людей, которые разделили бы с ним все трудности, описываются психологические защиты (отрицание, регрессия, проекция) и копинг-поведение (отступление, растерянность, покорность), выполняющие у данного пациента патопротекторную функцию, способствующую закреплению невротических симптомов.

Прежде, чем перейти к описанию используемого нами психотерапевтического метода для лечения больных неврозами позднего возраста, кратко остановимся на современных тенденциях возрастной психотерапии.

По мнению ряда авторов, психотерапия в позднем возрасте менее эффективна, чем у лиц молодого возраста (Авербух Е.С., Телешевская М.Э., 1976, Мельник Е.М., 1990; Томэ Х., Кехеле Х., 1996; Neuft G., 2000). Это связано с особенностями мышления у лиц пожилого возраста (Авербух Е.С., 1969; Будза В.Г., 1982; Пухальская Б.М., 1996), с присущими им инертностью, косностью, ригидностью, догматичностью и категоричностью суждений, которые накладывают существенный отпечаток на поведение человека, влияют на проявление многих заболеваний, в том числе невротических расстройств (Кришталь В.В., 1985; Бабин С.М., 1996). На основании этого Е.М.Мельник (1990) делает вывод, что у пожилых больных трудно, а порой и невозможно добиться выработки новых и изменения старых жизненных и поведенческих стереотипов.

Тем не менее, несмотря на указанные сложности психотерапии лиц позднего возраста, современные подходы к её оказанию данному возрастному

контингенту достаточно чётко обозначены следующими принципами и целями (Тибилова А.У., 1990; Бабин С.М., 1996; Баранская И.В., 2003; Heuft G., Marschner C., 1994; Heuft G., 2000): комплексный подход к терапии, включающий сочетание психотерапевтических, социально-реабилитационных и биологических воздействий; интегративный подход в психотерапии, сочетающий психотерапевтические методики различных направлений: динамические – анализ автобиографии в контексте связи болезненных проявлений и жизни пациента; когнитивно-поведенческие – выработка протекторных форм поведения и совладания со стрессом с проработкой патогформирующих и патопротекторных механизмов; экзистенциально-гуманистические – обсуждение вопросов старения и смерти, содействие обращённости к данному миру и современности с выработкой практических решений. В процессе психотерапии содействовать самостоятельности и собственной ответственности пациента, улучшению социальных способностей и возможностей, выяснению трудностей во взаимоотношениях с представителями своего поколения и других поколений, с признанием и примирением с собственной прожитой жизнью (подведение итогов и ретроспекция). Необходимо понимание врачом значимости жизненного кризиса личности, переживающего стрессовую ситуацию необходимостью установления эмоционально-эмпатического контакта, с выражением сопереживания, сочувствия. Кроме того, осуществление психотерапии должно иметь последовательный, упорядоченный характер и соответствовать этапности течения невротического расстройства.

Среди групповых методов психотерапии нами использовалась техника голотропного дыхания, интегрированная в суггестивную терапию в группе. Голотропная терапия, или пневмокатарсис, разработана Станиславом Грофом (1994) и адаптирована в России сотрудниками отделения психиатрической эндокринологии в НИИ психиатрии (Белкин А.И., Вяткина В.А., Литвинов А.В., Заставный В.Д., 1998). Одна из основных идей, лежащих в основе метода, заключается в том, что определённые психопатологические симптомы,

свойственные таким видам патологии, как неврозы, невротические развития личности, некоторые разновидности аффективных нарушений и др., – это не столько то, что надо «лечить» в традиционном понимании этого слова, сколько то, с чем больного надо обучать определённым образом «сотрудничать». Формирование при помощи психотерапии нового отношения к симптому учит пациента воспринимать его не как беду, горе, наказание (как раз такое восприятие в позднем возрасте в условиях макросоциальных изменений), а как шанс для дальнейшего личностного роста пациента и повышения его адаптационных возможностей. Основное положения пневмокатарсиса состоит в убеждении, что возможности обычного человека много больше тех, что проявляются в его повседневной жизни («не мы зависим от жизненных обстоятельств, а обстоятельства, которые мы создаём, зависят от нас»), где он отождествляет себя со своим сознанием и физическим телом. Эта ложная идентификация, по мнению С.Грофа, является причиной психологических конфликтов, нездорового, не приносящего удовлетворения образа жизни и основным источником эмоциональных и психосоматических расстройств. Пневмокатарсис, или голотропное дыхание – это принципиально новый, сочетающий в себе интенсивное дыхание, специально подобранную музыку и физическое воздействие, психотерапевтический метод, который активирует самые глубокие пласты личности и интегрирует их в отреагированных переживаниях (или катарсисе). Интенсивное дыхание в большинстве случаев приводит к эмоционально насыщенным и даже драматическим переживаниям в результате ослабления психологической защиты и своеобразного высвобождения из бессознательного некогда подавленных аффектов.

Сеанс голотропного дыхания характеризуется следующими особенностями (Белкин А.И. с соавт., 1998). Гипервентиляция вызывает сдвиг гомеостатического равновесия, и организм отвечает на изменение биохимизма внутренней среды, в частности, вынесением на «поверхность»

различных старых, глубоко укоренившихся эмоциональных напряжений, избавляясь от них мышечной разрядкой.

Музыка является неотъемлемым элементом сессии голотропного дыхания наряду с гипервентиляцией. Продление необычного состояния, наблюдающегося в процессе терапии, зависит не только от гипервентиляции, но и влияния музыки, роль которой здесь значительно возрастает. Непрерывный музыкальный поток помогает преодолевать барьеры психологических защит и позволяет всему совершаться спонтанно и свободно, путём естественного саморазвития.

Третья составляющая голотропной терапии – физический контакт (укачивание, баюкание, поглаживание) – выполняет поддерживающую и помогающую пациенту функцию в эмоциональном отреагировании. Причём в группе имеется возможность для каждого пациента побывать поочередно в двух ролях: голонавта (дышащего) и ситтера (от англ. *to sit* – *сидеть*; здесь «сиделки», наблюдателя, помощника). Причём участие в качестве помощника нередко оказывает глубокое и значительное влияние на личность. Быть полезным другому человеку, испытывающему глубоко личные и интимные переживания, – это событие, воздействие которого нельзя недооценить.

Нами был интегрирован метод пневмокатарсиса в суггестивную психотерапию 121 больного неврозом позднего возраста в условиях отделения неврозов Областной клинической психиатрической больницы № 1 г.Оренбурга. Данная методика получила название интегративно-управляемого пневмокатарсиса (ИУП).

Все пациенты уже при первичной беседе с психотерапевтом получали задание по самостоятельному написанию психологической автобиографии, в процессе работы над которой большая часть из них отмечала позитивные изменения (начало самостоятельной проработки значимой проблематики). Данные автобиографии использовались при проведении индивидуальной

психотерапии. На этапе активной психофармакотерапии проводились 2 групповых сеанса классического гипноза-отдыха (Платонов К.И., 1957).

С первого сеанса наряду с приёмами классического гипноза используются управляемые дыхательные упражнения, при этом сеанс носит познавательно-обучающий характер. Применяются такие приёмы как «осознание дыхания» с самонаблюдением за собственными ощущениями, с концентрацией внимания над процессами вдоха и выдоха, представлениями о взаимодействии посредством дыхания организма с окружающей средой, осознанием параллелей влияния внешних воздействий и получаемых ощущений как негативных, так и позитивных. Интенсивность дыхания и продолжительность дыхательных фаз задаётся психотерапевтом, что помогает снизить физическую и эмоциональную нагрузку на пациента. На этом этапе используются эмоционально нейтральные музыкальные произведения (шум леса, океана). Следующему этапу (обучающе-лечебный) предшествует также овладение «направленным дыханием» с выработкой навыков мысленного управления собственными ощущениями с дальнейшим переходом на расслабляющее дыхание (вдох – возбуждает, мобилизует, усиливает мышечное напряжение, сопровождается ощущением прохлады, выдох – успокаивает, рассеивает отрицательные эмоции, помогает расслаблению мышц, сопровождается ощущением тепла). Обучающе-лечебный этап также сохраняет элементы управления, но в определённый момент сеанса (определяется врачом) пациенты переходят на автономное дыхание, что сочетается с более эмоциональной музыкой (например, эзотерические музыкальные произведения). На этом же этапе в сеансы интегрируются и приёмы работы с телом с постепенным вовлечением в сокращение-расслабление мышц различных групп и их синхронизацией с фазами дыхания (вдох - сокращение мышц, выдох–расслабление мышц). Это способствует более целостному восприятию своего организма и демонстрирует возможности самовлияния на телесные ощущения. На завершающем этапе (собственно катарсис – наибольший по

продолжительности) вмешательство врача минимально (контролирующая роль) - пациент максимально отреагирует дыханием и двигательной активностью эмоциональную составляющую психогении. В конце каждого сеанса проводится групповое обсуждение переживаемых состояний во время интенсивного дыхания, также пациенты ведут ежедневные дневниковые записи, которые обсуждаются также и на встречах с врачом и используются им в процессе индивидуальной психотерапии.

ИУП у больных включал 8 ежедневных (с перерывом на выходной) сессий с продолжительностью сессии от 60 минут на познавательно-обучающем этапе, до 120 минут на завершающем (собственно катарсис) этапе.

Комплексная терапия, включающая приём антидепрессантов (венлафаксин, пароксетин, мirtазапин) и групповой ИУП, способствовала стабилизации синдромального статуса пациента, прежде всего, купированию тревожно-фобических симптомов у мужчин и сомато-вегетативных с адинамическим компонентом проявлений у женщин, что создало основу для дальнейшей активной психотерапевтической работы.

Со второй недели пребывания в стационаре пациенты также включались в когнитивно-поведенческую группу. На первых занятиях тренинговой группы (информационно-обучающий этап) широко использовалась информационно-образовательная работа с интерактивным разбором причин ухудшения состояния, поощрением приведения собственных примеров. Особую заинтересованность вызывали занятия, посвящённые анатомо-физиологическим и биохимическим механизмам развития депрессивно-тревожных симптомов (которые были ведущими при всех формах неврозов), роли современных препаратов с разбором причин их побочных действий, последствий бессистемного приёма транквилизаторов (профилактика бензодиазепиновой зависимости), что формировало комплаенс на фармакотерапию. Занятия проводились 4 раза в неделю по 1,5 часа в первой половине дня, с повторением темы каждого предыдущего

занятия. Активно поощрялось ведение записей, формулирование вопросов к следующему занятию, обмен полученной информацией вне группы в отделении, что привлекало пациентов скептически настроенных на групповую работу. По выбору пациента затрагиваемые вопросы дополнительно обсуждались при индивидуальной психотерапии с лечащим врачом. Часть занятий проводилась в игровой форме с обучением техникам коммуникации и релаксации (во второй половине дня), что создавало основу для перехода на следующий этап групповой работы. В вечернее время средним медперсоналом проводились социотерапевтические занятия по предпочтениям пациентов: просмотр и обсуждение телепередач, фильмов, книг, обучение вязанию, проведение конкурсов на лучшую палату. Следующий этап (специализированный) проводился в форме тренинга анализа ситуации (ТАС). Тренинг проводился в течение 3 недель ежедневно по 60 минут. Основная структура занятий была направлена на анализ ситуаций, ведущих к возникновению болезненных симптомов. При разборе ситуаций, на первых занятиях нейтральных для пациентов, но часто встречаемых, (стимульным материалом служили ситуации из психологических тестов) выявлялись дезадаптивные способы поведения и иррациональные мысли, поддерживающие разочарованность, неудачливость и угнетённость. Последующая структура занятий (с разбором значимых ситуаций приводящих к болезни) формировала ресурсы адаптивного копинга в поведенческой, когнитивной и эмоциональной сферах.

Далее приводятся результаты исследования комплексной терапии пациентов с невротическими расстройствами позднего возраста.

Цель работы - определение подходов в терапии невротических расстройств позднего возраста с учётом гендерного (полового) фактора.

В исследовании приняли участие 54 пациента с невротическими расстройствами позднего возраста, в их числе 27 мужчин и 27 женщин. Все больные были обследованы в условиях стационара до и после комплексной терапии (средний койко-день $51,4 \pm 3,8$), включающей психофармакотерапию,

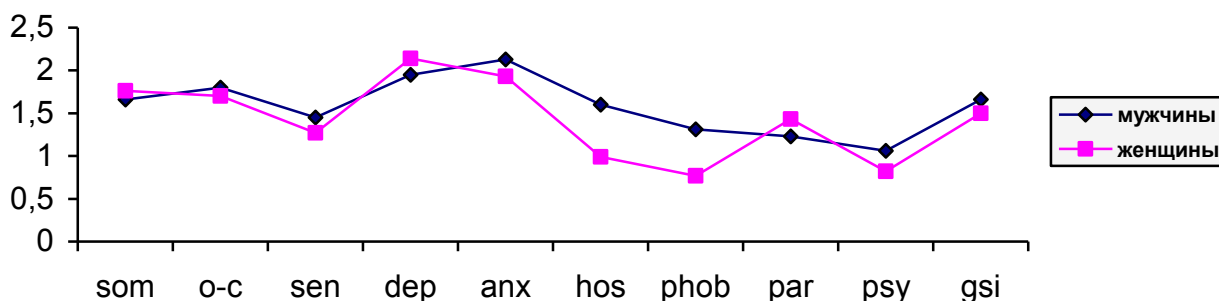
психотерапию в групповой и индивидуальной форме, социотерапевтические мероприятия. Помимо клинико-психопатологического метода в исследовании использовались следующие методики.

Для объективизации клинических данных использован опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R, разработанный L.R. Derogatis, адаптированный в России Н.В.Тарабриной, 2001.

Для изучения особенностей копинг-поведения: опросник Е.Нейм (1988), который позволяет определить модальности 26 вариантов копинга в поведенческой, эмоциональной, когнитивной сферах разной степени адаптивности.

Статистическая обработка данных проводилась в системе STATISTICA 7.0 для Windows. Для проверки гипотез о значимости различий применялись непараметрические критерии: U-критерий Манна-Уитни для независимых выборок, W- критерий согласованных пар Вилкоксона для зависимых выборок. В качестве значимых принимались результаты со степенью достоверности не ниже 95% ($p < 0,05$).

В структуре невротических расстройств изученной группы пациентов у мужчин, по сравнению с женщинами, установлено достоверное превалирование выраженности тревожно-фобических симптомов в сочетании с проявлениями враждебности - дисфории (рис.27, табл.20).



Примечание: som – «соматизация», o-c – «обсессивность-компульсивность», sen – «межличностная сензитивность», dep – «депрессия», anx – «тревожность», hos – «враждебность», phob - «фобическая тревожность», par – «паранойяльность», psy – «психотизм», gsi – «индекс выраженности симптомов».

РИС.27 Синдромальные профили больных мужчин и женщин по данным
опросника SCL-90-R до начала терапии

Таблица 20

Выраженность синдромов по данным опросника SCL-90-R до начала
терапии

Шкалы	мужчины		Женщины		p (U- критерий Манна- Уитни)
	M	SD	M	SD	
som	1,66	0,71	1,77	0,66	0,74
o-c	1,82	0,61	1,70	0,57	0,54
sen	1,45	0,75	1,28	0,55	0,39
dep	1,95	0,51	2,14	0,41	0,18
anx	2,12	0,74	1,94	0,73	0,31
hos	1,62	0,83	1,00	0,69	0,01
phob	1,33	0,92	0,77	0,51	0,03
par	1,23	0,79	1,44	2,99	0,23
psy	1,07	0,54	0,82	0,36	0,07
gsi	1,66	0,44	1,50	0,33	0,23

Примечание: обозначение шкал см. рис.1; M (mean) – среднее значение в баллах опросника; SD – стандартное отклонение.

Ведущими стрессорами у мужчин являлись производственные (увольнение в связи с сокращением штатов), и нозогенные (подозрение на инфаркт миокарда) психогении, в меньшей степени семейно-бытовые (утрата близких, либо развод). Больные испытывали повторяющиеся неприятные, неотвязные мысли о произошедших психотравмирующих событиях с внезапным вторжением в сознание отрицательных воспоминаний, образных представлений, повторных кошмарных сновидений. Ситуация потери работы с «драматическим» представлением «краха жизненных достижений», невозможностью материального обеспечения семьи приводила к выраженной тревоге с соматовегетативным симптомокомплексом и манифестации болезни «псевдоинфарктными масками» с вызовом «скорой помощи» (14 пациентов) и стационарированием в кардиологическое отделение (7 больных).

После отвода диагноза инфаркта и констатацией вегетососудистой дистонии по кардиальному типу пациенты направлялись на консультацию психотерапевта и затем в отделение неврозов. Достаточно продолжительный период отсутствия адекватной терапии тревожного состояния приводил к углублению аффекта с формированием тревожной депрессии и ограничительного поведения (тревожно-фобическая депрессия), что объективизировалось данными опросника SCL-90-R при поступлении.

Другая часть мужчин (13 пациентов) в стрессовой ситуации реагировала на начальных этапах болезни появлением неврастенической симптоматики, чему способствовали производственные психогении с усилением нагрузки на работе наряду с сокращением заработной платы и социальных поощрений (отпуск с льготным отдыхом). В клинической картине это проявлялось повышенной утомляемостью при выполнении работы с отреагированием, особенно при контакте с близкими, вспышками раздражительности, вербальной агрессией. У больных нарушался сон, возникала наряду с ощущением постоянной усталости, тяжесть в голове и упорная головная боль. Нередко пациенты прибегали для снятия напряжения к приёму алкоголя, что приводило к усилению соматовегетативных проявлений с тревогой. На обращение к психотерапевту чаще всего настаивали близкие родственники, либо коллеги по работе. Данный вариант развития психогении у мужчин на момент поступления был представлен тревожно-дисфорической депрессией в структуре неврастении.

Копинг-поведение мужчин (табл.21) при поступлении характеризовалось равной представленностью адаптивных и неадаптивных вариантов во всех трёх сферах с большей дезадаптивностью эмоциональной сферы. Ведущей стратегией преодоления стрессовой ситуации в поведенческой сфере являлось «отступление» (0,40), предполагающее изоляцию, пассивность и избегание активных действий в преодолении трудностей (неадаптивный копинг). В когнитивной сфере ведущим копингом являлась «растерянность» (0,30) с ощущением потери когнитивного контроля над ситуацией.

Копинг больных мужчин и женщин по данным опросника E.Heim до начала комплексной терапии

Копинг	мужчины		женщины		p (U- критерий Манна- Уитни)
	M	SD	M	SD	
поведенческая сфера					
отвлечение	0,03	0,18	0,07	0,25	0,56
альтруизм	0,00	0,00	0,03	0,18	0,32
активное избегание	0,10	0,31	0,10	0,31	1,00
компенсация	0,07	0,25	0,00	0,00	0,15
конструктивная активность	0,00	0,00	0,03	0,18	0,32
отступление	0,40	0,50	0,27	0,45	0,28
сотрудничество	0,20	0,41	0,13	0,35	0,49
обращение	0,20	0,41	0,37	0,49	0,16
адаптивные	0,43	0,50	0,53	0,51	0,44
относительно адаптивные	0,10	0,31	0,10	0,31	1
неадаптивные	0,47	0,51	0,37	0,49	0,44
когнитивная сфера					
игнорирование	0,07	0,25	0,10	0,31	0,64
смирение	0,03	0,18	0,07	0,25	0,56
диссимуляция	0,03	0,18	0,03	0,18	1,00
сохранение самообладания	0,10	0,31	0,07	0,25	0,64
проблемный анализ	0,20	0,41	0,20	0,41	1,00
относительность	0,03	0,18	0,00	0,31	0,36
религиозность	0,13	0,35	0,07	0,25	0,39
растерянность	0,30	0,47	0,23	0,43	0,56
придача смысла	0,00	0,00	0,00	0,00	----
установка собственной ценности	0,10	0,31	0,13	0,35	0,69
адаптивные	0,40	0,50	0,40	0,50	1,00
относительно адаптивные	0,17	0,38	0,17	0,38	1,00
неадаптивные	0,43	0,51	0,43	0,50	1,00
эмоциональная сфера					
протест	0,03	0,18	0,03	0,18	1,00

эмоциональная разгрузка	0,10	0,31	0,37	0,49	0,01
подавление эмоций	0,27	0,45	0,13	0,35	0,20
оптимизм	0,27	0,45	0,17	0,37	0,35
пассивная кооперация	0,03	0,18	0,03	0,18	1,00
покорность	0,20	0,41	0,03	0,18	0,04
самообвинение	0,03	0,18	0,20	0,41	0,04
агрессивность	0,07	0,25	0,03	0,18	0,56
адаптивные	0,30	0,47	0,20	0,41	0,38
относительно адаптивные	0,13	0,35	0,40	0,50	0,02
неадаптивные	0,57	0,50	0,40	0,50	0,20

Примечание: М (mean) – среднее значение частоты выбора; SD – стандартное отклонение.

Эмоциональная сфера у мужчин характеризовалась наибольшей выраженностью дезадаптивных вариантов копинга (ср.: адаптивные 0,30; неадаптивные 0,57). В эмоциональной сфере, наряду с представленностью в числе ведущих адаптивного копинга «оптимизма» (0,27), определялись неадаптивные варианты «подавление эмоций» (0,27) и «покорность» (0,20).

В отличие от мужчин у женщин ведущими стрессорами являлись семейно-бытовые факторы, связанные с длительной нестабильностью семейных отношений с нередкой алкоголизацией мужа, либо его изменами, а также одинокое (без мужа) проживание с детьми и/или своими родителями, низкая материальная обустроенность, что создавало длительное эмоциональное напряжение. Среди производственных факторов превалировала работа с низкой оплатой труда и высокой психоэмоциональной нагрузкой (в частности, педагоги и медицинские работники). Клиническим выражением стрессорных ситуаций явилось формирование тревожно-адинамического либо дистимического вариантов депрессивного синдрома в структуре затяжного невроза. При поступлении женщины чаще жаловались на ощущение «хронической усталости», безрадостности, низкую как физическую, так и психосоциальную активность. В эмоциональном плане присутствовала пессимистическая оценка прошлого,

настоящего и будущего, причём в жалобах наиболее подчёркивалась несостоятельность во всех сферах жизнедеятельности. Субъективно депрессивный аффект воспринимался как «наказание за бесцельно растроченные годы замужества», что также проявлялось отдельными эндоморфными симптомами в виде витальности с нарушениями сна, сверхценными идеями самообвинения (прежде всего в отношении недостаточного воспитания детей), которые, тем не менее, носили нестойкий характер. Вербализация идей самообвинения сопровождалась драматизацией аффекта с явным поиском социальной поддержки. Следует отметить, что у большинства женщин установлены признаки эмоциогенного пищевого поведения с предпочтением сладкого в пищевом рационе как «символического заедания проблемы» и смещением приёма пищи в вечернее время, либо перед сном («...когда все уснут и проблемы уходят, хочется побаловать себя...»). Эмоциогенное пищевое поведение приводило к избыточной массе тела, которая анамнестически формировалась в связи с тревожно-адинамической и дистимической депрессией (22 пациентки). Также как и у мужчин в клинической картине невроза женщин был представлен соматовегетативный симптомокомплекс, который имел отличия. Он проявлялся нестабильностью артериального давления с тенденцией к гипотонии, ощущениями слабости в ногах и руках, головокружениями при перемене положения тела, выраженной потливостью, гастроинтестинальными симптомами, ощущениями кома в горле, чувством нехватки воздуха на высоте тревоги (клиника затяжного истерического невроза).

Указанные особенности клиники у женщин и мужчин нашли отражение в синдромальной конфигурации по данным опросника SCL-90-R (рис.27, табл.20) с более высокими, чем у мужчин (хотя и не достигающими статистической достоверности) показателями депрессии (2,14 – женщины; 1,95 - мужчины) и соматизации (1,77 - женщины и 1,66 мужчины) у женщин.

Копинг-поведение женщин, также как и у мужчин, характеризовалось заметным патопротекторным содержанием (табл. 21). Наибольшая адаптивность по структуре копинга у женщин установлена в поведенческой сфере (адаптивные варианты 0,53, неадаптивные 0,37). Наряду с ведущими дезадаптивными копингами «отступление» (0,27) и «активное избегание» (0,10) женщины прибегали чаще, чем мужчины, к адаптивным вариантам совладания со стрессом через обращение за помощью (0,37) и сотрудничество (0,13). Когнитивная сфера представлена двухполюсной (адаптивность/ дезадаптивность) дифференциацией структуры копинга (ср.: 0,40 и 0,43 соответственно). Здесь более частое использование неадаптивных копингов «растерянность» (0,23) и «игнорирование» (0,10) сочетается с адаптивными «проблемным анализом» (0,20) и «установкой собственной ценности» (0,13). Также как и у мужчин, наименьшая адаптивность по структуре копинга женщин установлена в эмоциональной сфере (ср.: адаптивные 0,20; дезадаптивные 0,40) с ведущими копингами «самообвинение» в отличие от мужчин (ср.: 0,20 и 0,03 соответственно при $p=0,04$). Установлена большая выраженность у женщин, в сравнении с мужчинами, относительно адаптивных вариантов (ср.: женщины 0,40; мужчины 0,13 при $p=0,02$), в частности «эмоциональной разгрузки» (ср.: женщины 0,37, мужчины 0,10 при $p=0,01$). Полученные данные о копинг-структуре определяют гендерные различия в эмоциональной сфере, которые указывают на большую адаптивную ресурсность эмоциональной сферы у женщин за счёт лучшего использования в ситуации стресса относительно адаптивных вариантов совладания.

Следует отметить, что наличие в сознательной протекторной структуре как у мужчин, так и у женщин наряду с неадаптивными вариантами копинг-поведения адаптивных копингов указывает на сохранность в целом адаптационного ресурса пациентов. Тем не менее, явная двухполюсная дифференциация копинга (адаптивно-дезадаптивная), по-видимому, является отражением выраженного внутриличностного напряжения (конфликта), что

ведёт к нестабильности, прежде всего аффективного/соматовегетативного статуса и определяет «мишени» комплексной терапии. «Мишенями» психофармакотерапии являются, прежде всего, клинические симптомы и синдромы. «Мишенями» психотерапии и социотерапии – личность больного с дезадаптивной (патопротекторной) структурой копинг-механизмов. Но наибольшая эффективность может быть достигнута не изолированным, а комплексным подходом («фармакотерапия открывает двери в психотерапию»).

С учётом установленных гендерных различий клиники в фармакотерапии невротических расстройств у мужчин (тревожно-фобическая депрессия в структуре обсессивно-фобического невроза и тревожно-дисфорическая депрессия в структуре неврастении) был назначен пароксетин. Выбор препарата обусловлен высоким серотонинергическим действием пароксетина на такие симптомы как гипотимия, тревожно-фобические расстройства. Пароксетин усиливает контроль за импульсивно-компульсивными действиями, подавляя агрессивное поведение и редуцируя соматовегетативный дискомфорт, что также связывают с усилением нейротрансмиссии серотонина (Anderson I. M., Edwards J. G., 2001; Qaseem A., Snow V., Denberg T.D., et al., 2008).

В данном исследовании монотерапия пароксетином мужчин с преобладанием тревожно-фобических симптомов в структуре невроза с начальной дозировкой 20 мг/сут. с достижением дозировки до 60 мг/сут. ко второй неделе терапии также показала свою эффективность. С первых же дней отмечены снижение частоты приступов тревоги и стабилизация соматовегетативного статуса, что приводило к активации поведения, расширению социальных контактов, совершению прогулок за пределами отделения. Положительная динамика характеризовалась субъективным ощущением «ясности» в голове с формированием оптимистического взгляда в будущее. Приём препарата сопровождался хорошим профилем

переносимости с отсутствием, характерных для СИОЗС, ощущениями тошноты, тяжести в эпигастрии.

Другая группа мужчин с тревожно-дисфорическим вариантом в структуре неврастении с затяжным течением показала большую устойчивость к монотерапии пароксетином. Используя данные исследований резистентных депрессий, в которых, в частности, указывается на сложную структуру депрессии в дебюте как на фактор формирования резистентности (Anderson I. M., Edwards J. G., 2001; Carpenter L. L., Yasmin, S., Price L. H., 2002; Cowen P.J., 2005; Qaseem A., Snow V., Denberg T.D., et al., 2008), в этой группе мужчин была применена комбинированная фармакотерапия пароксетином (в дозе 20-60 мг утром) и мirtазапином (15-30 мг н/ночь). К первой неделе комбинированной терапии наряду с регрессом тревожной симптоматики отмечено усиление контроля за импульсивностью, вербальной агрессией. Несмотря на некоторую седацию на начальных этапах терапии и снижение активности, пациенты отмечали наступление «душевного облегчения», избавление от выраженного эмоционального напряжения, отдых и ощущение бодрости ближе к вечеру, улучшение межличностного общения с близкими. Указанная комбинация также показала хороший профиль переносимости. Субъективно значимые побочные эффекты отмечены у трёх мужчин в виде выраженного головокружения, нестабильности зрения, сухости ротовой полости и запоров, которые редуцировались при снижении дозировок препаратов.

Фармакотерапия у женщин проводилась венлафоксином. При тревожно-адинамическом варианте депрессивного синдрома в структуре невроза препарат назначался в суточной дозировке 75 мг на два приёма с последующим наращиванием дозы до 150 мг в течение двух недель. Данная схема приводила к редукции на первой неделе терапии тревоги, стабилизации соматовегетативных расстройств. Ко второй неделе возрастала активность, общительность, пациентки охотно включались в групповую психотерапевтическую работу. При затяжных вариантах невротического

расстройства (синдромально - дистимические депрессии), которые нередко характеризуются резистентностью к лечению, венлафаксин назначался с более быстрым наращиванием дозировок с достижением к 10 дню терапии дозы в 225-300 мг/сут. и последующим наращиванием дозировки до 375 мг/сут.. В первую неделю терапия венлафаксином сопровождалась назначением транквилизаторов, либо малых доз нейролептиков для коррекции сна (в частности, кветиапина в дозе 25-50 мг н/ночь). Из побочных действий препарата наиболее часто встречались головная боль (1 пациентка), тошнота с рвотой (3 пациентки), проблемы с аккомодацией (1 пациентка), а также нарушения засыпания (4 пациентки). Тем не менее, отказа от терапии венлафаксином не последовало, чему способствовала активная психотерапия с обоснованием выбора препарата, а также назначение на первой неделе препаратов с антиволемическим действием (малые дозы амисульпирида, либо рисперидона) и смещением вечернего приёма дозы венлафаксина за 4-6 часов до сна. Кроме того, 90% пациенток отметили положительный момент в возникновении тошноты и снижении аппетита, что в дальнейшем привело к потере «лишних килограммов» и также создало позитивное подкрепление.

Психотерапия обследуемых пациентов включала поэтапное интегративное использование методик, направленных на коррекцию синдромального статуса и воздействие на психологические «мишени» поведенческой, когнитивной и эмоциональной сфер (в частности, копинг) с формированием нового ресурса адаптационного поведения, с осознанием причинно-следственных связей между психотравмирующим воздействием, дезадаптивным использованием копинга и возникновением симптомов болезни, подробно описанная выше (стр.191-196).

По окончании комплексной терапии у пациентов проведена повторная оценка синдромального статуса и копинга.

Как у мужчин, так и у женщин по всем шкалам опросника SCL-90-R отмечено достоверное улучшение (табл.22, 23) показателей.

Таблица 22

Выраженность синдромов по данным опросника SCL-90-R до и после
терапии у мужчин

Шкалы	мужчины до терапии		мужчины после терапии		p (W- критерий согласованных пар Вилкоксона)
	M	SD	M	SD	
som	1,66	0,71	0,40	0,40	0,00
o-c	1,82	0,61	0,78	0,31	0,00
sen	1,45	0,75	0,60	0,39	0,00
dep	1,95	0,51	0,59	0,34	0,00
anx	2,12	0,74	0,44	0,37	0,00
hos	1,62	0,83	0,38	0,24	0,00
phob	1,33	0,92	0,30	0,39	0,00
par	1,23	0,79	0,52	0,42	0,00
psy	1,07	0,54	0,19	0,18	0,00
gsi	1,66	0,44	0,49	0,25	0,00

Примечание: M (mean) –среднее значение частоты выбора; SD – стандартное отклонение.

Таблица 23

Выраженность синдромов по данным опросника SCL-90-R до и после
терапии у женщин

Шкалы	женщины до терапии		женщины после терапии		p (W- критерий согласованных пар Вилкоксона)
	M	SD	M	SD	
som	1,77	0,66	0,77	0,43	0,00
o-c	1,70	0,57	0,72	0,43	0,00
sen	1,28	0,55	0,59	0,49	0,00
dep	2,14	0,41	0,71	0,54	0,00
anx	1,94	0,73	0,68	0,44	0,00
hos	1,00	0,69	0,43	0,40	0,00
phob	0,77	0,51	0,37	0,43	0,00
par	1,44	2,99	0,40	0,42	0,00
psy	0,82	0,36	0,27	0,29	0,00
gsi	1,50	0,33	0,59	0,33	0,00

Примечание: M (mean) –среднее значение частоты выбора; SD – стандартное отклонение.

В структуре копинг-поведения у мужчин (табл.24) повысилась адаптивность (с 0,43 до 0,77 при $p=0,01$) и снизилась неадаптивность (с 0,47 до 0,00) в поведенческой сфере. Аналогичная картина отмечена в когнитивной сфере (повышение адаптивности с 0,40 до 0,70 при $p=0,01$; снижение неадаптивности с 0,43 до 0,00 при $p=0,00$). В эмоциональной сфере установлено снижение использования неадаптивных вариантов совладания со стрессом (с 0,57 до 0,10 при $p=0,00$) и повышение относительно адаптивных вариантов (с 0,13 до 0,37 при $p=0,04$). Таким образом, мужчины по окончании терапии перестали прибегать к отступлению в ситуации стресса, с меньшей растерянностью осмысливать психогении, чаще используя проблемный анализ и повышая собственную ценность с использованием конструктивной агрессии (адаптивный копинг в эмоциональной сфере «протест»). Также результатом терапии стало снижение активации в эмоциональной сфере таких дезадаптивных копингов как «покорность» и «самообвинение» с более частым использованием относительно адаптивного варианта «пассивной кооперации» («Я доверяю преодолению своих трудностей другим людям, которые готовы помочь мне»).

Таблица 24

Копинг больных мужчин по данным опросника E.Heim до и после
терапии

Копинг	до терапии		после терапии		p (W- критерий согласованн ых пар Вилкоксона)
	M	SD	M	SD	
поведенческая сфера					
отступление	0,40	0,50	0,00	0,00	0,00
адаптивные	0,43	0,50	0,77	0,43	0,01
неадаптивные	0,47	0,51	0,00	0,00	0,00
когнитивная сфера					
растерянность	0,30	0,47	0,00	0,00	0,00
придача смысла	0,00	0,00	0,17	0,38	0,00
установка собственной	0,10	0,31	0,33	0,48	0,02

ценности					
адаптивные	0,40	0,50	0,70	0,47	0,01
неадаптивные	0,43	0,51	0,00	0,00	0,00
эмоциональная сфера					
протест	0,03	0,18	0,23	0,43	0,03
пассивная кооперация	0,03	0,18	0,27	0,45	0,04
покорность	0,20	0,41	0,00	0,00	0,00
самообвинение	0,03	0,18	0,00	0,00	0,00
относительно адаптивные	0,13	0,35	0,37	0,49	0,04
Неадаптивные	0,57	0,50	0,10	0,31	0,00

Примечание: М (mean) – среднее значение частоты выбора; SD – стандартное отклонение; приведены только достоверные данные ($p < 0,05$).

Улучшение адаптивности копинг-механизмов во всех сферах отмечено и у женщин (табл.25). В поведенческой сфере снизилась неадаптивность совладания со стрессом (с 0,37 до 0,00 при $p=0,00$), женщины чаще стали прибегать к относительно адаптивным вариантам (с 0,10 до 0,30 при $p=0,03$), в частности отвлечению от проблемы с погружением в любимое дело (с 0,07 до 0,23 при $p=0,04$). В когнитивной сфере за счёт роста копинга «установка собственной ценности» (с 0,13 до 0,40 при $p=0,01$) и снижения «растерянности» (с 0,23 до 0,00 при $p=0,02$) также отмечен рост адаптивности совладания со стрессом (с 0,40 до 0,77 при $p=0,00$) и снижение неадаптивности (с 0,43 до 0,00). В эмоциональной сфере также отмечен рост «оптимизма» (с 0,17 до 0,40 при $p=0,02$) и снижение «самообвинения» (с 0,20 до 0,00 при $p=0,03$), что также свидетельствует о росте адаптивности и структуры копинга после комплексной терапии.

Таблица 25

Копинг больных женщин по данным опросника Е.Нейм до и после
терапии

Копинг	до терапии		после терапии		р (W- критерий согласованн ых пар Вилкоксона)
	М	SD	М	SD	
поведенческая сфера					

отвлечение	0,07	0,25	0,23	0,43	0,04
отступление	0,27	0,45	0,00	0,00	0,01
относительно адаптивные	0,10	0,31	0,30	0,47	0,03
неадаптивные	0,37	0,49	0,00	0,00	0,00
когнитивная сфера					
растерянность	0,23	0,43	0,00	0,00	0,02
установка собственной ценности	0,13	0,35	0,40	0,50	0,01
адаптивные	0,40	0,50	0,77	0,43	0,00
неадаптивные	0,43	0,50	0,00	0,00	0,00
эмоциональная сфера					
оптимизм	0,17	0,37	0,40	0,50	0,02
самообвинение	0,20	0,41	0,00	0,00	0,03
адаптивные	0,20	0,41	0,47	0,51	0,02
неадаптивные	0,40	0,50	0,03	0,18	0,00

Примечание: М (mean) – среднее значение частоты выбора; SD – стандартное отклонение; приведены только достоверные данные ($p < 0,05$).

Мы не ставили своей задачей разработку методов психодиагностики и программы психотерапевтической и социально-реабилитационной помощи при неврозах позднего возраста. Тем не менее, с нашей точки зрения, приведённые выше иллюстрации, в том числе и результаты применения психодиагностических методик, описанных в 3 и 4 главах монографии, помогают взглянуть по-новому на их возможности в геронтопсихиатрии с использованием не только с диагностической целью, но и с психотерапевтической при работе с невротическими расстройствами в позднем возрасте. Комплексный и интегративный подход в проведении психотерапии при неврозах позднего возраста позволяет не только улучшить качество дифференциальной диагностики данного вида патологии, но и позволяет преодолеть противопоказания к использованию ряда краткосрочных и эффективных методов психотерапии (каким, например, является пневмокатарсис), обусловленных влиянием возрастного фактора и, тем самым, повысить эффективность лечения данного вида патологии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В последнее десятилетие среди психических заболеваний в России наблюдается рост невротических расстройств, что большинство исследователей связывает с произошедшими макросоциальными изменениями (Александровский Ю.А., 1996, 2000; Положий Б.С., 1993, 1996; Носков Г.Г., 2000; Guenon R., 2001). Наибольшее влияние эти изменения оказали на позднеговозрастной контингент, а снижение общей реактивности в возрасте инволюции в силу влияния процессов старения создаёт условия, благоприятствующие развитию невроза (Штернберг Э.Я., 1968; Морозов Г.В., Лебединский М.С., 1972; Тибилова А.У., 1986; Полищук Ю.И., 2000; Баранская И.В., 2003; Neuft G., 2000; Gur R.E., Gur R.C., 2002).

Отмечается, что популяционные исследования в области малой и пограничной геронтопсихиатрии намного опередили собственно клиническое изучение невротических психических расстройств у пожилых, что обуславливает до настоящего времени неопределённость взглядов на механизмы их возникновения в возрасте инволюции (Михайлова Н.М., 1998; Смулевич А.Б., 2003; Alexopoulos G.S., 2001; Freeman E.W., 2002).

Практически не изучены такие патогенетические факторы при неврозах позднего возраста как механизмы психологической защиты и копинг-поведение.

Эти обстоятельства подтверждают выраженную актуальность сравнительного изучения этиопатогенетических факторов неврозов, их клинических проявлений и особенностей течения в двух возрастных группах: до 45 лет (контрольная группа) и после 45 лет (в позднем возрасте).

Основной целью данной работы, определяющей значимость и своевременность её являлось определение у больных позднего возраста типологии невротических расстройств, зависимости их клиники и течения от патогенетических особенностей биологических факторов (пола, возраста), преморбидной структуры личности, разновидностей психогений,

патопротекторной роли механизмов психологической защиты, копинг-поведения в современных макросоциальных условиях. Был обследован 201 пациент с невротическим расстройством. Основную группу составил 121 пациент позднего возраста (средний возраст 51,7 лет), в их числе 45 (37,2%) мужчин и 76 (62,8%) женщин. Контрольная группа включала 80 пациентов в возрасте от 18 до 44 лет (средний возраст 34,7 лет), из них 33 (41,3%) мужчин и 47 (58,7%) женщин.

При анализе частоты диагностики различных форм неврозов в обеих возрастных группах, как у мужчин, так и у женщин наиболее часто был выявлен истерический невроз и наиболее редко обсессивно-фобический невроз.

Если истерический невроз нами диагностировался почти в равных количественных соотношениях в обеих возрастных группах, то невращения достоверно чаще (по сравнению с контрольной) – у пожилых пациентов ($p < 0,05$), а количество больных с обсессивно-фобическим неврозом значительно преобладало в «молодой» выборке над количеством таковых в основной группе.

Достоверные различия в зависимости от возраста у лиц одного пола отмечены только в частоте диагностики обсессивно-фобического невроза у мужчин (15,2% всех мужчин контрольной группы и 6,7% всех мужчин основной группы; $p < 0,05$).

Системный анализ всего многообразия психогений, выполняющих патогенную роль в развитии отдельных форм неврозов, позволил выделить 5 их основных типов: семейно-бытовые, производственные, нозогенные (в том числе ятрогения, геронтофобия), вынужденная миграция, антропокриминогенные (материальные потери, нападения, вымогательство, «горячие точки»).

Патогенная роль возраста проявилась, прежде всего, в большем удельном весе комплексных психогений у пожилых пациентов. Кроме того, имел место и содержательный диморфизм психогенных влияний на

поздневозрастной контингент больных неврозами, который выразился различной актуальностью основных психогенных факторов в зависимости от возрастных контингентов больных. В позднем возрасте наиболее актуальными психотравмирующими ситуациями являлись: производственные, нозогенные, антропокриминогенные ($p < 0,05$), а у лиц в возрасте до 45 лет - семейно-бытовые психогении ($p < 0,05$).

Семейно-бытовой тип психотравм в основной группе (у 75,2 % больных), встречался почти с одинаковой частотой, что и производственные психогении (71,9%), однако, главным фактором являлась смерть близких (35,5%), в то время как у молодых нарушения взаимоотношений между супругами (60,0%). На третьем месте по частоте в позднем возрасте расположены нозогенные факторы (40,5%), значительно реже антропокриминогенные (26,4%) и наиболее редко вынужденная миграция (5,0%).

Подводя итог анализа патогформирующей роли тех или иных типов психогений для развития поздневозрастных неврозов (вне зависимости от пола), можно выделить основную их особенность – большая связь с социально-производственной сферой (макросоциального уровня) и состоянием здоровья, и меньшая – с семейно-бытовыми обстоятельствами в противоположность контрольной группы. Кроме возраста, на избирательную предрасположенность к разновидностям психогенных воздействий оказывал влияние и другой биологический параметр – пол: у мужчин основной группы наибольшая уязвимость отмечена к производственным факторам ($p < 0,05$), а у женщин – к семейно-бытовым ($p < 0,05$) и нозогенным ($p < 0,05$).

У женщин позднего возраста наиболее часто отмечаются следующие психогении: из семейно-бытовых – смерть и тяжёлые заболевания близких (46,1%), нарушения взаимоотношений с родственниками (34,2%) и между супругами (31,6%); из производственных – угроза сокращения или потеря работы (46,1%), неудовлетворённость работой (35,5 %) и напряжённый характер работы (31,8%); из нозогенных – страх перед заболеваниями или «недугами старости» (39,5 %).

У мужчин основной группы наиболее часто встречаются следующие психогении: из производственных - все, входящие в данный тип психогений (от 42,2% до 60,0%), за исключением перехода на новое место работы или новую должность; из семейно-бытовых факторов – нарушения взаимоотношений между супругами (33,3%). Все остальные психогении встречались у сравнительно небольшого процента (менее 30%) больных мужчин позднего возраста.

Исследования разновидностей и особенностей фабулы психогений позволило нам выявить определённые корреляционные связи между формами неврозов и отдельными психогенными факторами. Наиболее чёткими они оказались в основной группе больных, что, скорее всего, свидетельствует о большей специфичности и значимости тех или иных психотравм в генезе (актуализации) ведущего внутриличностного конфликта, определяющего, в конечном итоге, клиническую форму невротического расстройства.

Здесь также имеются некоторые половые различия.

При истерическом неврозе у мужчин основной группы положительные значимые корреляции выявляются: внутри семейно-бытовых психотравм со смертью, тяжёлыми заболеваниями близких и личной неустроенностью, производственной разновидности – угрозой сокращения/потери работы, с антропокриминогенным типом психогений вообще и наиболее всего из них – «горячие точки». Показательна отрицательная значимая корреляция в ряду производственных психотравм с фактором «конфликты с сотрудниками/начальством», которая свидетельствует о нередком отсутствии активного протеста к работодателю и сотрудникам-конкурентам. Женщины основной группы больных истерическим неврозом обнаружили значимые положительные корреляции с нозогенными психотравмами и, в частности, с фактором «страх перед заболеванием/недугами старости». Страх перед грядущей немощностью, утратой женственности и сексуальной привлекательности являлись актуальными переживаниями у всех женщин позднего возраста с этой формой невроза.

В случаях неврастении, в противоположность истерическому неврозу, у мужчин позднего возраста обнаружили положительные корреляции с фактором «конфликты с сотрудниками/начальством» среди производственных психогений, что отражает сущность внутриличностного неврастенического конфликта между повышенной требовательностью к себе и невозможности реализовать свои способности при создавшихся на производстве условиях. Наименьшую патогенную роль играли нозогенные и антропокриминогенные психотравмы (отрицательные корреляционные связи). У женщин позднего возраста положительные корреляционные связи прослеживались с производственной стрессогенной и, прежде всего, неудовлетворённостью работой, что отражает пассивный протест, актуализирующий внутриличностный конфликт, а также с антропокриминогенным фактором «материальные потери». Интересен тот факт, что обнаружена отрицательная связь с нозогенным фактором «страх перед заболеванием/недугами старости», свойственным в большей мере истерическому типу внутриличностного конфликта.

У мужчин основной группы с обсессивно-фобическим неврозом устанавливались положительные корреляционные связи среди семейно-бытовых психогений с нарушением взаимоотношений между супругами, ссорами, изменами, сексуальной дисгармонией; в производственной сфере – «напряжённый характер работы/учёбы». Особенно были подвержены мужчины с этой формой невроза нозогенным психотравмам, главным образом – подозрению на инфаркт миокарда, когда в значительной степени ущемлялись их стремления, желания (актуальность внутриличностного конфликта), а среди антропокриминогенных психотравм – фактору «материальные потери», который также лишает личность потенциальных возможностей (стремлений, желаний). Среди женщин с обсессивно-фобическим неврозом значимых корреляций с определёнными психогениями не выявлено.

Необходимо отметить, что отсутствие чётких положительных корреляционных связей с рядом, выделенных нами, психогений при конкретных формах невротозов и, в частности, у женщин в случаях обсессивно-фобических невротических расстройств подчёркивает, высказанное нами положение о преимущественной патогформирующей роли комплексных психогений у больных позднего возраста.

Наши данные свидетельствуют о патогформирующем влиянии макросоциальных изменений, произошедших в России за последние 15-20 лет, которые ухудшили социальный статус населения, привели у людей позднего возраста к мультифакторности психогений с изменением их содержания в сторону производственных, антропокриминогенных факторов, страха перед заболеваниями и старостью. Причём, среди производственных факторов возник новый мощный стрессовый фактор «угроза увольнения или потеря работы», который стал даже более значимым, чем угроза выхода на пенсию. Также возникла такая психогения, как вынужденная миграция.

Сравнение средних показателей общего индекса тяжести симптомов (GSI) и индекса наличного симптоматического дистресса (PSDI), полученных по опроснику SCL – 90 – R не выявило значимых различий при разных формах невротозов позднего возраста. Однако тенденция к более высоким показателям этих индексов выявлена при обсессивно-фобическом невротозе и наиболее низким при невротозии, что согласуется с положениями «классической» психиатрии о невротозии как наиболее лёгкой форме невротоза.

Согласно результатам, полученным по опроснику SCL – 90 – R относительно преимущественных проявлений каких-либо синдромов при разных формах невротозов, статистически достоверных различий так же не выявлено. При всех невротозах выражены тревожно-депрессивные расстройства, а при обсессивно-фобическом они сопровождались обсессивно-компульсивными и фобическими нарушениями.

Значительные отличия от «классической» клинической картины невротозов в нашей выборке больных, характерной для каждой формы невротоза,

согласуется с данными литературы о полиморфизме невротических расстройств и трудностях их клинической дифференцировки в настоящее время (Карвасарский Б.Д., 1990; Чехлатый Е.И., 1994; Бабин С.М., 1996; Александровский Ю.А., 2000; Носков Г.Г., 2000).

При сравнении клинической картины каждой формы невроза в позднем возрасте в зависимости от пола выявлен ряд особенностей. У мужчин при истерическом неврозе достоверно более выражена ($p < 0,05$), чем у женщин, «фобическая тревожность», а при обсессивно-фобическом неврозе - «тревожность» и «враждебность», что свидетельствует о патогенной роли мужского пола в развитии более тяжёлых невротических проявлений. Это согласуется с приведенными выше данными о большей подверженности макросоциальным влияниям в современных условиях именно мужчин позднего возраста.

У женщин позднего возраста при неврастении, в отличие от мужчин этой же группы, достоверно преобладали явления «соматизации» ($p < 0,05$), которые можно отнести к лучшей способности женщин в современных условиях к «маскированию» (псевдокомпенсация) психических расстройств «соматической» симптоматикой.

Сравнение клинической картины каждой формы невроза у мужчин в зависимости от возраста, прежде всего, обращает на себя внимание значительно более тяжёлое течение истерического и обсессивно-фобического неврозов в возрасте инволюции, что выражается достоверно более высокими ($p < 0,05$), чем в возрасте до 45 лет, как общими индексами тяжести симптомов (GSI) при обеих формах неврозов, так и показателями почти всех шкал опросника при истерическом неврозе и подавляющего большинства шкал при обсессивно-фобическом неврозе.

Таким образом, в синдромальной картине истерического невроза у пожилых чётко прослеживается влияние психобиологических факторов (возраста и пола). В позднем возрасте, в отличие от контрольной группы больных, особую значимость приобретают ярко выраженные проявления

тревожной депрессии с преобладанием в ней эгоцентрической направленности и гиперболизированным преподнесением жалоб, обусловленные актуализацией, как экзистенциальных переживаний, так и характерных для позднего возраста психотравмирующих ситуаций: утраты или тяжёлой болезни близких, отхода от активной социальной деятельности, с нарастанием влияния одиночества и страхом перед «недугами старости». У позднеговозрастных пациентов психогении - утраты близких, увольнения с работы, участие в «горячих точках» - являются патогенными коморбидные депрессии обсессивно-компульсивные расстройства, которые превышают по степени выраженности у них подобные нарушения в контрольной группе. В позднеговозрастной группе больных в отличие от «молодых» в рамках истерического невроза более интенсивно проявляются эпатажно-шантажные деструктивно-агрессивные тенденции и регрессивно-инфантильное поведение, что, по нашему мнению, отражает преобладающую степень напряжённости внутриличностного конфликта с приумножением его патогенной роли в этом возрастном периоде по сравнению с контрольной группой. Конверсионные расстройства больных позднего возраста обнаруживают явный содержательный диморфизм, в частности, у женщин, ассоциированный со своеобразием психотравмирующей ситуации. Влияние позднего возраста на клинику истерического невроза проявляется высокой степенью соматизации его расстройств. Сложная психопатологическая структура истерического невроза с формированием социально-дезадаптирующего поведения и регрессивно-зависимого функционирования обуславливают более тяжёлое, с тенденцией к затяжному, течение его, особенно у мужчин. Половые различия внутри позднеговозрастной группы больных были представлены более глубокими депрессией с субпсихотическим уровнем нарушений витальных чувств, соматоформными расстройствами у женщин и большей выраженностью обсессивно-компульсивных симптомов, проявлений деструктивно-агрессивного поведения у мужчин. Можно говорить об определённом интранозоморфозе истерического невроза как результат воздействия кризисных (социально-экономических) условий на популяцию позднего возраста.

Неврастения в поздневозрастном периоде в отличие от её проявлений в молодом возрасте характеризуется преобладанием гиперстенической формы невроза с более выраженными симптомами соматизации, отражающими актуальные возрастные переживания. Половой фактор, по нашим данным, играет более выраженную патогенную роль при неврастеническом неврозе пожилых, обуславливая достоверно значимое превалирование соматизации расстройств у женщин, а также гиперстенической разновидности этого невроза у мужчин среди больных основной группы. Выраженность соматизации неврастенических расстройств у пожилых пациентов в большей степени, чем у молодых, а среди поздневозрастной группы у женщин, определяет большую тяжесть невротических проявлений и тенденцию к затяжному течению их.

Основными особенностями обсессивно-фобического невроза в позднем возрасте являлись: высокая напряжённость аффективных расстройств – тревожно-депрессивных, тревожно-фобических, проявляющихся у мужчин преимущественно кардиофобией с формированием вторичной агорафобии, у женщин – первичной агорафобией с паническими приступами и быстрым формированием ограничительного поведения. К патогенным механизмам в случаях невроза у мужчин можно отнести психогении, обнаружившие положительные корреляционные связи с этой формой невроза, и, прежде всего, нозогении с нередко возникающей вторичной ятрогенией, а у женщин семейно-бытовые и нозогенные разновидности психотравм, обуславливающих страх одиночества и экзистенциальный страх смерти, проекцией собственной вины за утрату близких. Интенсивность проявлений невротических расстройств, особенно тревожно-фобических и депрессивных у пожилых пациентов, значительно превосходит таковые проявления в контрольной группе пациентов и обуславливает более тяжёлое течение данного невроза, особенно у мужчин. Примечательная особенность половой инверсии тяжести клинической симптоматики с возрастом может

свидетельствовать о преобладании патогформирующего воздействия возраста и в случаях этого невроза.

Патогформирующее влияние возрастного фактора, определяющего выраженность клинической картины невротических расстройств и тяжесть течения их, особенно у мужчин после 45 лет, обуславливает большую ранимость (восприимчивость) этого контингента населения при воздействии на него современных макросоциальных изменений, таких как угроза сокращения или увольнение с работы, участие в «горячих точках» и антропокриминогенные воздействия.

Для уточнения генеза невротических расстройств в позднем возрасте было изучено патогформирующее влияние структуры личности у больных с разными формами неврозов, для чего использовался личностный опросник Шмишека (1970), основанный на концепции акцентуированной личности К. Леонгард (1976).

Анализ структуры личности у мужчин позднего возраста с невротическими расстройствами выявил два наиболее частых типа личностных черт - эмотивно-тревожные и педантичные. Первые из них характерны для больных истерическим неврозом и неврастенией, а вторые для истерического и обсессивно-фобического неврозов. Если у мужчин при неврастении преобладает только эмотивно-тревожный темперамент, то при истерическом неврозе он сочетается с педантичным характером, а при обсессивно-фобическом неврозе педантичный характер сочетается с аффективно-экзальтированным темпераментом. У женщин позднего возраста при всех формах неврозов превалирует демонстративный тип характера; кроме того, только для больных истерическим неврозом характерен ещё эмотивный темперамент.

Следовательно, у женщин позднего возраста патогформирующую роль при неврозах играет демонстративный характер, который редко встречается у мужчин, а у мужчин педантичный характер, который редко встречается у

женщин. И только при истерическом неврозе и для мужчин, и для женщин характерен эмотивный тип темперамента.

У больных неврозами до 45 лет вне зависимости от пола личностные черты, свойственные больным позднего возраста, значительно менее выражены (преимущественно различия статистически достоверны).

Таким образом, установлена патогформирующая роль следующих основных личностных структур при неврозах позднего возраста: 1) для истерического невроза у мужчин - сочетание эмотивно-тревожного темперамента и педантичного характера с чертами возбудимого; у женщин - эмотивного темперамента и демонстративного характера; 2) для неврастения у мужчин - эмотивно-тревожного темперамента; у женщин - демонстративного характера; 3) для обсессивно-фобического невроза у мужчин - аффективно-экзальтированного темперамента и педантичного характера; у женщин - демонстративного характера.

Для изучения структуры Эго-защиты у больных неврозами была применена методика диагностики Индекса жизненного стиля (LSI), позволяющая определить 8 основных типов механизмов психологической защиты (МПЗ).

Проведенное исследование показало наличие всего спектра изучаемых защитных механизмов у больных неврозами мужчин и женщин разного возраста, что подтверждает мнение, высказанное ранее и другими авторами (Ташлыков В.А., 1992; Таукенова Л.М., 1996) о достаточно выраженных адаптивных возможностях у данного контингента больных.

У мужчин позднего возраста при истерическом неврозе и неврастении основными видами психологической защиты были реактивные образования, регрессия, вытеснение, а при обсессивно-фобическом неврозе, помимо регрессии, наиболее выраженными оказались такие МПЗ, как замещение и компенсация, и несколько реже - реактивные образования (достоверность данных относительно больных обсессивно-фобическим неврозом сомнительна

в связи с малой выборкой мужчин позднего возраста с этой формой страдания).

При всех формах невроза у женщин основным механизмом психологической защиты были реактивные образования, что можно считать сопоставимым с полученными данными о превалировании у женщин демонстративного характера. При этом мы исходим из того, что по психодиагностической системе Плутчика-Келлермана реактивные образования соответствуют диспозиции мании, а последняя по характеристике близка к демонстративному характеру в системе Леонгарда-Шмишека. Аналогичная связь превалирующих механизмов психологической защиты с личностной структурой у больных неврозами подтверждается и у мужчин. Так, МПЗ «регрессия» сопоставим с эмотивным темпераментом, «вытеснение» - с тревожным темпераментом. Полученные данные соответствуют психозволюционной теории Роберта Плутчика и структурной теории личности Генри Келлермана (Plutchik R., Kellerman H., Conte H., 1979; Plutchik R., 1980).

Возрастные особенности структуры Эго-защиты сопоставимы с полученными данными при анализе возрастных особенностей структуры личности, т.е. основные виды МПЗ, проявляющиеся при неврозах позднего возраста, менее выражены у больных контрольной группы (до 45 лет). В контрольной группе достоверно ниже показатель степени напряжения защиты (СНЗ) за счёт более узкого (меньшее число ведущих МПЗ) профиля Эго-защиты, в связи с чем, защита представляется относительно целенаправленной. Высокий показатель СНЗ в поздневозрастной группе обусловлен менее целенаправленной защитой (широкий профиль МПЗ), что снижает её протекторную функцию, способствует поддержанию невротического состояния и его хронизации (патопротекторная роль). Поскольку защитные механизмы являются одним из основных источников сопротивления (патопротекторная роль) в процессе психотерапии, для эффективного проведения последней необходимо учитывать полученные данные о зависимости превалирующих механизмов психологической

защиты от структуры личности пациентов позднего возраста и о менее целенаправленной защите у них.

Для получения полного представления о протекторной системе личностной адаптации при неврозе необходимо комплексное изучение структуры личности, механизмов Эго-защиты с копинг-поведением, которое нами исследовано методикой E.Heim.

Полученные данные свидетельствуют о широком использовании больными различных вариантов копинг-поведения во всех сферах, что согласуется с мнением Е.И. Чехлатого (1994), Б.Д. Карвасарского с соавт. (1999) о наличии различных возможностей к адаптации у больных неврозами.

У мужчин позднего возраста структура копинг-поведения по параметрам «конструктивность-неконструктивность» в поведенческой и когнитивной сферах при истерическом неврозе и неврастении существенно не отличается. В поведенческой сфере при этих формах неврозов преобладают конструктивные формы копинга (по 48 %) и одинаково часто отмечаются относительно конструктивные и неконструктивные варианты копинга (по 26%), выполняющие псевдозащитную или патопротекторную роль. Патопротекторная функция неконструктивных видов копинга наиболее выражена в когнитивной сфере (более 50%). В эмоциональной сфере при неврастении, по сравнению с истерическим неврозом отсутствовали относительно конструктивные варианты копингов. При обеих формах невроза неконструктивные варианты копинга встречаются несколько чаще, чем конструктивные.

Следовательно, у мужчин при обеих формах невроза превалируют конструктивные варианты копинга в поведенческой сфере, а неконструктивные в эмоциональной и особенно в когнитивной сферах, делая их наиболее уязвимыми к развитию невротических состояний (патопротекторная «зона адаптации»).

При обсессивно-фобическом неврозе у всех 3-х больных мужчин в поведенческой и когнитивной сферах выявлены неконструктивные варианты копинга, а в эмоциональной сфере у 2-х больных относительно конструктивные и

у 1 – неконструктивный вариант, но из-за небольшого количества больных эти данные малоинформативны.

У женщин позднего возраста при истерическом неврозе структура копинг-поведения существенно не отличается от таковой у мужчин этого же возраста. Можно только отметить несколько меньшую уязвимость когнитивной сферы у женщин за счёт увеличения относительно конструктивных вариантов копинга по сравнению с мужчинами. Это соответствует приведенным выше клиническим данным о более тяжёлом течении истерического невроза в позднем возрасте у мужчин.

При остальных формах неврозов у женщин выявляется примерно такая же структура копинг-поведения, как и при истерическом неврозе, за исключением превалирования при обсессивно-фобическом неврозе в когнитивной сфере конструктивных и относительно конструктивных вариантов копинга. Однако, относительно небольшая выборка больных этой формой невроза (11,8% всех больных женщин) делает приведенные данные недостаточно информативными. Следовательно, у женщин позднего возраста, как и у мужчин, при истерическом неврозе и неврастении превалируют конструктивные варианты копинга в поведенческой сфере, а неконструктивные в эмоциональной и особенно в когнитивной сферах (патопротекторная «зона адаптации»).

При анализе особенностей копинг-поведения в зависимости от возраста больных наибольшие различия выявлены у мужчин, у которых в позднем возрасте при всех формах неврозов в когнитивной сфере достоверно меньше ($p < 0,05$) конструктивных вариантов копинга, чем у больных более молодого возраста. Аналогичные достоверные различия ($p < 0,05$) копинг-поведения у женщин отмечены только при неврастении.

Эти данные указывают на нарушенные ценностные ориентации у позднеговозрастного контингента больных и подтверждают психогенное влияние макросоциальных изменений именно в этом периоде жизни человека. Сознательная блокировка когнитивной сферы больными неврозами позднего возраста, вызванная неприятием макросоциальных изменений в обществе, с одной

стороны, до определённого момента, (до развития невротического расстройства) выполняла протекторную функцию, снимая получаемое в данный момент времени эмоциональное напряжение (принцип действия «здесь и сейчас»), но в дальнейшем препятствовала выработке конструктивных способов адаптации в изменившихся условиях жизни, выполняя патопротекторную функцию, тем самым, сближаясь с механизмами психологической защиты. Внутри же позднего возраста группы установлено более частое использование неконструктивных (патопротекторных) вариантов копинга у мужчин, что соответственно делает их более уязвимыми в адаптации в сравнении с женщинами позднего возраста. В связи с этим целесообразным является применение в психотерапевтической работе с пациентами позднего возраста приёмов и методов, направленных на развитие у них адаптивных вариантов копинг-стратегий, в первую очередь в когнитивной сфере.

Результаты проведенных исследований, таким образом, довольно чётко определили взаимовлияние и взаимообусловленность биологических параметров (пол, возраст), психологических (преморбидной личности) на клинические проявления и течение, особенности механизмов психологической защиты, копинг-поведения у больных невротическими расстройствами в позднем возрасте.

Полученные данные о зависимости защитного реагирования от личностных особенностей больного свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода при проведении психотерапии с учётом патопротекторной роли, как механизмов психологической защиты, так и копинг-поведения конкретного больного. Для усовершенствования дифференциации невротических расстройств от невротоподобных в позднем возрасте и определения «мишеней» психотерапии была определена информативность и значимость использования с этой целью оригинальных психологических методов: написание психологической автобиографии, «сказки» и «письменного обращения к умершему» (у больных с психогенией «смерть близкого»). Анализ автобиографий позволил выделить пять их основных типов: регрессивно-зависимый, истеро-паранойяльный, тревожно-избегающий, алекситимно-формальный, истерический (конверсионно-соматизированный).

Клинические наблюдения свидетельствуют, что изучение автобиографии больного помогает выявить структуру его личности, существенные психогении, особенности психологической защиты, копинг-поведения и способствует дифференциации характера невротических расстройств и проведению целенаправленной психотерапии.

Все три указанных психологических метода дополняют друг друга, как при диагностике, так и для оптимизации психотерапии, способствуя интеграции больным своего прошлого в настоящее и повышая возможности вероятностной оценки своего настоящего и будущего. Полученные результаты свидетельствуют о значимости использования указанных психологических методов не только в индивидуальной, но и в групповой терапии.

Интегративный подход при проведении психотерапии у позднего возраста пациентов признан наиболее эффективным (Баранская И.В., Neuft G., 2000). Выраженным недостатком использования только суггестивной монотерапии является временное нивелирование симптоматики. Интегрирование же в суггестивную терапию психодинамических методов способствует проработке патогенных и патопротекторных этиопатогенетических связей при неврозе, что в конечном итоге повышает эффективность лечения.

Нами установлена целесообразность поэтапного интегрирования психодинамического метода – голотропной терапии (пневмокатарсиса), в суггестивную терапию в группе с последующим выходом на групповую голотропную терапию. Интенсивное дыхание, являющееся одним из ведущих в пневмокатарсисе, приводит к эмоционально насыщенным переживаниям в результате высвобождения из бессознательного подавленных аффектов, «вскрывает» психологические защиты, что способствует личностному росту пациента и повышает его адаптационные возможности (Белкин А.И. с соавт., 1998). Кроме того, этапность введения техник пневмокатарсиса позволяет преодолеть ряд противопоказаний к голотропной терапии и избежать некоторых её осложнений у больных неврозами в позднем возрасте (сосудистой патологии и остеопоротических переломов).

Резюмируя данные проведённого исследования можно выделить несколько основных положений:

1. Клинические проявления неврозов позднего возраста в современных условиях обнаруживают ряд особенностей обусловленных влиянием психобиологических факторов (возраста и пола) на синдромообразование, течение невротических расстройств.

- при всех формах неврозов значительно более выражен, чем в контрольной группе, тревожно-депрессивный синдром с интенсивной актуализацией явлений соматизации, в определённой мере отражающий личностные особенности больных этого возрастного периода и характер современных психогений с преимущественным звучанием в них экзистенциальных (жизненно важных) смыслов.

- для невротических расстройств этого возрастного периода характерен интранозоморфоз, определяющийся более сложной психопатологической структурой по сравнению с «молодым» возрастом с коморбидными депрессивным обсессивно-компульсивными расстройствами и тенденцией к затяжному течению вне зависимости от «классической» формы невроза, а также содержательным диморфизмом симптоматики.

- истерическому неврозу свойственны тревожная депрессия с эгоцентрической направленностью, эпатажно-шантажным деструктивно-агрессивным инфантильным поведением, содержательным диморфизмом конверсионных проявлений и обсессивно-компульсивными расстройствами, особенно у мужчин. Депрессивно-тревожные состояния при неврастении ассоциировались с гиперстенической формой этого невроза и актуальными возрастными фобиями (псевдоинфарктные маски), соматоформными проявлениями; половой фактор в случаях данного невроза играл более выраженную патогенную роль, нежели возрастной. Высокая напряжённость аффективных расстройств (тревожно-депрессивных, тревожно-

фобических) у больных обсессивно-фобическим неврозом манифестировала кардиофобией с формированием вторичной агорафобии у мужчин и первичной агорафобией у женщин с паническими приступами и быстрой организацией ограничительного поведения; в случаях этого невроза преобладающее патогформирующее воздействие оказывал возраст, о чём свидетельствовала выраженная половая инверсия симптоматики по сравнению с контрольной группой.

2. В развитии неврозов позднего возраста ведущее значение имеет мультифакторное воздействие психогений с основной их направленностью – преимущественная связь с социально-производственной сферой макросоциального уровня, а также состоянием здоровья и меньшая – с семейно-бытовыми обстоятельствами, в противоположность контрольной группе.

Патогформирующее влияние психогений в основной группе зависело от пола пациентов: мужчины проявили большую уязвимость к воздействию производственных и антропокриминогенных стрессорных факторов, женщины – к семейно-бытовым и нозогенным.

3. В позднем возрасте установлен повышенный риск патогформирующей роли для развития неврозов следующих свойств личности: истерического - у мужчин сочетание эмотивно-тревожного темперамента и педантичного с чертами возбудимого характера, у женщин – эмотивного темперамента и демонстративного характера; неврастении – у мужчин эмотивно-тревожного темперамента, у женщин демонстративного характера; обсессивно-фобического – сочетание аффективно-экзальтированного темперамента с педантичным характером у мужчин, а у женщин – демонстративного характера.

4. Патогформирующая и патопротекторная роль механизмов психологической защиты в случаях позднеговозрастных неврозов заключалась в активации наиболее примитивных незрелых их разновидностей (регрессия, подавление, реактивные образования), а также других, способствующих не

только актуализации, но и большему напряжению внутриличностного конфликта по сравнению с контрольной группой (замещение, компенсация).

Психологическая защита у пациентов основной группы имела достоверно более широкий профиль (число ведущих МПЗ), чем в контрольной, что обуславливало значительно меньшую их целенаправленность со снижением протекторной её роли и усилением противоположной – патопротекторной.

5. Патоформирующее влияние возраста определялось использованием больными в позднем возрасте преимущественно неконструктивных вариантов совладания со стрессом, особенно в когнитивной сфере, что предопределяло патопротекторную роль копингов в дальнейшем течении болезни (патопротекторная «зона адаптации»). Наибольшая уязвимость адаптационной функции в когнитивной сфере приводила к выраженному нарушению ценностных ориентаций больных, усугубляющих клинические проявления неврозов и способствующих их затяжному течению. Половые различия в основной группе сказывались превалированием тенденции к конструктивным вариантам совладания со стрессом у женщин только при обсессивно-фобическом неврозе.

6. Использование оригинальных психологических методов (написание психологической автобиографии, «сказки» и «письменного обращения к умершему» способствует усовершенствованию дифференциации невротических расстройств от неврозоподобных в позднем возрасте и определяет «мишени» психотерапии.

7. Поэтапное интегрирование техник пневмокатарсиса в суггестивную психотерапию (интегративно-управляемый пневмокатарсис) в группе с последующим выходом на только групповую голотропную терапию позволило преодолеть ряд противопоказаний к проведению голотропной терапии, а также оптимизировать её эффективность.

8. При проведении комплексной терапии, включающей психофармакотерапию современными антидепрессантами (пароксетин,

миртазапин, венлафаксин), социотерапию и психотерапию в индивидуальной и групповой формах следует учитывать гендерный фактор, определяющий особенности клиники, копинг-механизмов, что позволяет повысить её эффективность.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авербух Е.С. Психические нарушения в позднем возрасте. – Л.: Медицина, 1969. – 283 с.
2. Авербух Е.С., Телешевская М.Э. Неврозы и неврозоподобные состояния в позднем возрасте. – Л.: Медицина, 1976. – 160 с.
3. Агарков В.А. Диссоциация как механизм психологической защиты в контексте последствий психической травмы: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2002. – 22 с.
4. Айрапетянц М.Г., Вейн А.М. Неврозы в эксперименте и в клинике. – М.: Наука, 1982. – 272 с.
5. Александровский Ю.А. К вопросу о понимании сущности неврастенических расстройств (краткий исторический очерк)// Актуальные вопросы пограничной психиатрии» Сб. научн. трудов НИИ общей и судебной психиатрии им. В.П.Сербского // под ред. проф. Ю.А.Александровского. – М. 1991. – с.10-14.
6. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
7. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства // Русский медицинский журнал. – 1996. - Том 3, № 11. – С. 689-694.
8. Асатиани Н.М. Некоторые особенности клиники и патогенеза невроза навязчивых состояний и психастении //Клиническая динамика неврозов и психопатий. – Л., 1967. – С. 36-58.
9. Бабин С.М. Супружеская психотерапия больных неврозами пожилого возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 1996. – 25 с.
10. Баранская И.В. Патологические реакции горя в позднем возрасте: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 28 с.
11. Бассин Ф.В., Бурлакова Н.К., Волков В.Н. Проблема психологической защиты // Психологический журнал. – 1988. - № 3. – С. 78-83.

12. Бассин Ф.В. О «силе Я» и «психологической защите» // Вопросы философии. - 1969. - № 2. – С. 118-125.
13. Безносюк Е.В., Соколова Е.Д. Механизмы психологической защиты. // Ж. невроп. и псих. им. С.С. Корсакова. – 1997. – Т.97, № 2. – С. 44-48.
14. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика – Киев: Здоров'я, 1986. – 280 с.
15. Березанцев А.Ю. Психосоматика и соматоформные расстройства. – М.: Информационные технологии, 2001. – 191 с.
16. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л.: Наука, 1988. – 295 с.
17. Биография и человеческие отношения в психотерапевтической диагностике/ П. Бухгейм, В. Райнер, Д. Кехеле, Х. Кехеле // Независимый психиатрический журнал. – 1994. - № 4. – С. 12-25.
18. Будза В.Г. О клинико-патопсихологическом стереотипе болезней Пика и Альцгеймера: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1973. – 22 с.
19. Будза В.Г. Норма и патология мышления в старости // Всесоюзный съезд геронтол. и гериатр.. – Киев, 1982. – С. 54-55.
20. Будза В.Г. Диагностика сенильной деменции: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Л., 1990. – 46 с.
21. Буйков В.А. Психопатологические особенности резистентных невротических расстройств и психосоматических заболеваний в среднем и позднем возрасте и их лечение // Ж. неврол. и псих. им. С.С.Корсакова. – 2003. - № 6. – С.55-56.
22. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психологической диагностике. – Киев: Наукова думка, 1989. – 200 с.
23. Бурминский Д.С. Сравнительное исследование особенностей социально-психического функционирования больных депрессией в условиях стационара и поликлиники.// Аффективные и шизоаффективные расстройства: Сб. материалов. Российской конф. 1-3 октября 2003 г. – М., 2003. - С. 25.

24. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). – М.: Изд-во МГУ, 1984. – 200 с.
25. Веселова Н.В. Особенности психологических конфликтов и копинг-поведения у лиц, обращающихся за психологической консультативной помощью и больных неврозами: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 1994. – 24 с.
26. Войтенко Р.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: Руководство для врачей и психологов. – СПб.: ИКФ «Фолиант», 2002. – 256 с.
27. Воловик В.М., Вид В.Д. Общие принципы и методы групповой психотерапии при шизофрении // Групповая психотерапия при неврозах и психозах. – Л., 1975. - С. 26-28.
28. Воробьев В.М., Коновалова Н.Л. Адаптивные психические процессы и патологические защиты психики // Обзор психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. – 1996. - № 4. – С. 88-94.
29. Выявление психических расстройств у лиц позднего возраста, их лечение и профилактика в условиях территориального центра социально обслуживания. Пособие для врачей / Ю.И. Полищук, В.Б. Гурвич, Л.И. Голубцова и др. - М., 1999. – 20 с.
30. Гаврилова С.И., Калын Я.Б. Роль стрессогенных факторов в развитии психической патологии в пожилом возрасте // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. - № 6. – С. 212-215.
31. Гаврилова С.И. Психические расстройства в населении пожилого и старческого возраста (клинико-статистическое и клинико-эпидемиологическое исследование): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1984. – 36 с.
32. Голотропное дыхание: показание и техника. Пособие для врачей / А.И. Белкин, В.А. Вяткина, А.В. Литвинов, В.Д. Заставный – М., 1998. – 28 с.
33. Грановская Р.М. Практическая психология. – СПб., 1997. – 200 с.

34. Гроф С. Путешествие в поисках себя: измерения сознания и новые перспективы психотерапии и исследования внутреннего мира: Пер. с англ. - М.: Изд-во трансперсонального института, 1994. – 342 с.
35. Гуревич М.О. Психиатрия. - М.: Медгиз, 1949. – 503 с.
36. Гурович И.Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – Прил. № 1. – С. 3-6.
37. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: ИД МЕДПРАКТИКА, 2004. – 492 с.
38. Давиденков С.Н. Неврозы. – Л.: Медгиз, 1963. - 271с.
39. Давыдовский И.В. Геронтология. – М., 1966. – 298 с.
40. Дифференциальная диагностика пограничных психических расстройств в позднем возрасте. Методическое письмо / Ю.И. Полищук, В.Б. Гурвич, Г.Е. Лиманов, Л.И. Голубцова. - М., 1995. – 20 с.
41. Журбин В.И. Понятие психологической защиты в концепциях З.Фрейда и К.Роджерса // Вопросы психологии. – 1990. - № 4. – С. 23-26.
42. Зозуля Т.В., Грачёва Т.В. Динамика и прогноз заболеваемости психическими расстройствами лиц старшего возраста // Ж. невроп. и псих. им. С.С.Корсакова. - 2001. - Т.101, № 3. – С.37 - 41.
43. Зуйкова Н.В. Зависимость психопатологической симптоматики от особенностей защитно-совладающего стиля поведения на примере больных с депрессивными расстройствами // Материалы научно-практической конференции молодых учёных (Бехтеревские чтения) 28 февраля – 1 марта 2002 г. – СПб., 2004. – С. 83-87.
44. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Концепция отношений В.Н.Мясищева // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. – 1996. - № 4. - С. 94-103.

45. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Концепция отношений В.Н.Мясищева // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. – 1997. - № 1. – С. 84 - 93.
46. Исурина Г.Л. Динамика системы отношений больных неврозами в процессе групповой психотерапии // Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях. – Л., 1982. – С. 57-63.
47. Калын Я.Б. Психическое здоровье населения пожилого и старческого возраста (клинико-эпидемиологическое исследование): Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – М., 2001. – 36 с.
48. Каннабих Ю.В. История психотерапии. – М., 1929. – 268 с.
49. Карандашева Э.А. Психологические и биохимические аспекты патогенетических механизмов и психотерапии невротических фобий // Тез. докл. III -го Всеросс. съезда невропатологов и психиатров. – М., 1974. – Т.2. – С. 260-263.
50. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. – Л.: Медицина, 1982. – 271 с.
51. Карвасарский Б.Д. Неврозы. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1980. – 448 с.
52. Карвасарский Б.Д. Неврозы. Руководство для врачей. - Изд. 2-е. - М.: Медицина, 1990. – 572 с.
53. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – М.: Медицина, 1985. – 303 с.
54. Кемпински А. Психопатология неврозов: Пер. с польск. – Варшава, 1975. – 270 с.
55. Кибрик Н.Д., Ягубов М.И., Решетняк Ю.А. Терапия психосексуальной дезадаптации мужчин пожилого возраста. Пособие для врачей. – М., 1998. – 20 с.
56. Клиническая психология / Под ред. Б.Д. Карвасарского. - СПб: Питер, 2002. – 960 с.

57. Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб.: Питер, 2002. – 1312 с.: ил. – (Серия «Мастера психологии»).
58. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине: Пер. с чешск. – Прага: Авиценум, 1974. – 405 с.
59. Копинг-поведение у больных неврозами и его динамика под влиянием психотерапии. Пособие для врачей / Б.Д. Карвасарский, В.А. Абабков, А.В.Васильева и др. – СПб., 1999. – 22 с.
60. Кришталь В.В. Условия развития, варианты проявлений сексуальной дисгармонии супружеской пары и её психотерапевтическая коррекция: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – Л., 1985. – 26 с.
61. Курганский Н.А. Целеполагание и его мотивационные детерминанты при неврозах // Психологический журнал. – 1989. - № 6. – С. 67-74.
62. Липгарт Н.К. Навязчивые состояния при неврозах. – Киев, 1978. – 78 с.
63. Лупандин В.И. Математические методы в психологии: Учеб. пособие. - 3-е изд., перераб. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2002. – 208 с.
64. Лэнктон К., Лэнктон С. Волшебные сказки: ориентированные на цель метафоры при лечении взрослых и детей: Пер. с англ. – Воронеж: НПО «МОДЭК», 1996. – 432 с.
65. Малкова Л.Д. Изучение невротической астении в аспекте эмоционального стресса // Эмоциональный стресс и пограничные нервно-психические расстройства. – Л., 1977. – С. 72-76.
66. Максимова С.Г. Социально-психологические аспекты дезадаптации лиц пожилого и старческого возраста // Клиническая геронтология. – 2000. – Т. 6, № 5-6. – С. 58-62.
67. Матвеев В.Ф. Учебное пособие по психиатрии. – М.: Медицина, 1975. – 352 с.
68. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств / Под ред. Ю. Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. - СПб., 1994. – 196 с.

69. Мельник Е.М. Клиника и восстановительное лечение невротических и неврозоподобных состояний у сосудистых больных пожилого возраста // Лечение и реабилитация психически больных позднего возраста. – Л., 1990. – С. 122-129.
70. Мизинова Е.Б., Колотильщикова Е. А. Динамика механизмов психологической защиты и копинг-поведения в процессе групповой психотерапии при неврозах // Материалы научно-практической конференции молодых учёных (Бехтеревские чтения) 28 февраля – 1 марта 2002 г. – СПб., 2004. – С. 147-151.
71. Минеев А.Н. Клиника и течение маниакально-депрессивного психоза с дебютом после 40 лет: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1976. – 20 с.
72. Михайлова Н.М. Психические расстройства у пациентов геронтопсихиатрического кабинета общесоматической поликлиники (клинико-статистические и лечебно-организационные аспекты): Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – М., 1996. – 36 с.
73. Михайлова Н.М. Невротические расстройства у пожилых пациентов общей практики. // Современная психиатрия им. Ганнушкина. – 1998. - № 4. – С. 12-19.
74. Мишина Т.М. К исследованию психологического конфликта при неврозах // Неврозы и пограничные состояния. – Л., 1972. – С. 77-83.
75. Морозов Г.В., Лебединский М.С. Соотношение психического и соматического в соматической болезни и наши задачи // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. – М., 1972. – С. 5-24.
76. Мурзенко В.А. Групповая психотерапия при неврозах // Групповая психотерапия при неврозах и психозах // Сб. научных трудов и-та им. В.М.Бехтерева. – Л., 1975. – Т.76. – С. 77-83.
77. Мягер В.К. Диэнцефальные нарушения и неврозы. – Л.: Медицина, 1976. – 186 с.
78. Мясищев В.Н. Личность и неврозы.- Л.: Изд-во Ленинград. ун-та, 1960. – 426 с.

79. Мясищев В.Н., Яковлева Е.К. Неврозы в инволюционном периоде // Труды I Всероссийского съезда невропатологов и психиатров – Л., 1963. – Т. II. – С. 33.
80. Назыров Р.К. Отношение к болезни и лечению, интра- и интерперсональная конфликтность и копинг-поведение у больных неврозами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 1993. – 20 с.
81. Насанович Н.Н. Психосоциальное исследование вахтовых специалистов, работающих на газодобывающих предприятиях крайнего севера (в связи с задачами создания стандарта рекреационных учреждений): Автореф. дис. ...канд. мед. наук. - СПб., 2002. – 25 с.
82. Немчин Т.А. Состояния нервно-психического напряжения. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1983. – 167 с.
83. Никишова М.Б. Психогении по типу затяжных реакций тяжёлой утраты (типологическая дифференциация, динамика, терапия): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2001. – 27 с.
84. Носков Г.Г. Спонтанный саногенез невротических расстройств: Автореф дис...д-ра. мед. наук. – СПб., 2000. – 36 с.
85. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List – 90 – Revised – SCL – 90 – R)// Практикум по психологии посттравматического стресса / Под ред. Н.В.Тарабриной - СПб: Питер 2001 - С. 146-181.
86. Павлов И.П. Типы высшей нервной деятельности в связи с неврозами и психозами и физиологический механизм невротических и психотических симптомов // Полн. собр. соч. – М.-Л., 1951. – Т.3. – Кн. 2. – С.344-349.
87. Падун М.А. Особенности базисных убеждений у лиц переживших травматический стресс: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 26 с.
88. Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия: семья, как терапевт: Пер. с англ., нем. – М.: Смысл, 1993. – 332 с.
89. Платонов К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор. – М., 1957. – 532 с.

90. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике //Под ред. академика РАМН А.Б.Смулевича.- М.: Издательский дом «Русский врач», 2000. – 160 с.
91. Полищук Ю.И. Разрушение высших личностных смыслов как важный фактор психогенеза невротических расстройств в позднем возрасте // Материалы XIII съезда психиатров России. - М., 2000. – С. 164.
92. Полищук Ю.И. Социально-стрессовые расстройства у людей пожилого возраста. // Материалы Международной конференции психиатров. - М.: РЦ Фармединфо, 1998. – С. 94 – 95.
93. Положий Б.С. Психическое здоровье как отражение социального состояния общества. // Обозрение психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. – 1993. - № 4. – С. 6-11.
94. Положий Б.С. Стрессы социальных изменений и расстройства психического здоровья. // Обозрение психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. – 1996. - № 2. – С. 136-143.
95. Портнов А.А., Федотов Д.Д. Неврозы, реактивные психозы и психопатии. – М., 1957. - 125 с.
96. Практическая психология в тестах, или Как научиться понимать себя и других // Составители Римская Р., Римский С. – М.: АСТ – ПРЕСС, 1997. – 376 с.
97. Психогении в экстремальных ситуациях /Ю.А. Александровский, О.С. Лобастов, Л.И. Спивак, Б.П. Щукин. – М.: Медицина, 1991. – 96 с.
98. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. Пособие для врачей и психологов / Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова и др. – СПб., 1999. – 48 с.
99. Психотерапевтическая энциклопедия // Под ред. Б.Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 1999. - 752 с.
100. Психотерапевтическая энциклопедия // Под ред. Б.Д. Карвасарского. — Изд. 2-ое. - СПб.: Питер, 2002. – 1024 с.

101. Психотерапия // Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб: Изд. «Питер», 2000. – 544 с.
102. Пухальская Б.М. Старость: Популярный справочник: Пер. с польского. – М.: Научн. изд-во «Большая Российская Энциклопедия», 1996. – 331 с.
103. Рахальский Ю.Е. О соотношении сосудистого и атрофического заболевания мозга в позднем возрасте при их сочетании. // Материалы V Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. - М., 1970. - Т. 2 – С. 334 – 335.
104. Реан А.А, Лукин С.Е. Методическое руководство по исследованию типов акцентуаций – СПб.: «ИМАТОН», 1993.- 66 с.
105. Родштат И.В. Неврологические аспекты невротических синдромов и некоторых соматических заболеваний: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1979. – 42 с.
106. Ротенберг В.С. Психологические проблемы психотерапии // Психологический журнал. - 1986. - № 3. - С. 111-113.
107. Салливан Г. С. Интерперсональная теория в психиатрии. — СПб., 1999. – 201 с.
108. Савенко Ю.С. Проблема психологических компенсаторных механизмов и их типология // Проблема клиники и патогенеза психических заболеваний. – М., 1974. – С. 95-112.
109. Свирепо О.А., Туманова О.С. Образ, символ, метафора в современной психотерапии. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2004. – 270 с.
110. Свядоц А.М. Неврозы. – 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1982. – 368 с.
111. Семке В.Я., Аксенов М.М. Пограничные состояния. Региональные аспекты. – Томск, 1996. – 162 с.
112. Семке В.Я. Истерические состояния. - М.: Медицина, 1988. – 221 с.
113. Сергеев И.И. Психогенные заболевания с началом в позднем возрасте и их терапия: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1984. - 36 с.

114. Сергеев И.И. Психопатология и динамика психогенных истерических расстройств с началом в пресениуме и старости // Ж. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 1977. - № 12. – С. 1853-1857.
115. Сергеев И.И. Психофармакотерапия невротических расстройств // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. - Т. 5, № 6. – С. 230-235.
116. Сиранчиев М.А. Неглубокие затяжные депрессии позднего возраста (поздние дистимии): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 21 с.
117. Скударь К.Е. Факторы риска развития депрессивных состояний в позднем возрасте: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Оренбург, 2001. – 23 с.
118. Слабинский В.Ю. Реактивные расстройства у пострадавших от землетрясения и их психотерапия: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – СПб., 2002. – 23 с.
119. Случевский Ф.И. Эмоции и их патология //Актуальные вопросы медицинской психологии. – Л., 1974. – С. 103-110.
120. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.:Медицинское информационное агенство, 2003 – 432 с.
121. Смулевич Н.А. Реактивные депрессии позднего возраста (клиническая типология, диагностика, терапия): Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 1989. – 31 с.
122. Тарабрина Н.В. Экспериментальное исследование фрустрации при истерии // Клинико-психологические исследования личности. – Л., 1971. – С. 205-208.
123. Таукенова Л.М. Кросскультуральные исследования личностных и межличностных конфликтов, копинг-поведения и механизмов психологической защиты у больных неврозами: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – СПб., 1996. – 22 с.
124. Ташлыков В.А. Внутренняя картина болезни при неврозах и её значение для терапии и прогноза: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – Л., 1986. – 36 с.

125. Ташлыков В.А. Психологическая защита у больных неврозами и с психосоматическими расстройствами. Пособие для врачей. – СПб., 1992. – 23 с.
126. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. – Л.: Медицина, 1984. – 192 с.
127. Тибилова А.У. Неврозоподобные нарушения в позднем возрасте (генез, клиника и восстановительная терапия). // Тр. НИИ им. В.М.Бехтерева. – 1986. – Т.114. – С. 8-16.
128. Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ. Теория: В 1 т.: Пер. с англ./ Общ. ред. А.В. Казанской. – М.: Издательская группа «Прогресс» - «Литера», Издательства Агенства «Яхтсмен», 1996. – 576 с.
129. Узнадзе Д.Н. Психологические исследования. – М.: Наука, 1966. – 451 с.
130. Условия жизни и пожилой человек / Под ред. Д.Ф.Чеботарёва. – М.: Медицина, 1978. – 312 с.
131. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. – М.: Медицина, 1978. – 400 с.
132. Фель М.М. Инволюционные психозы. – Баку, 1962. – 178 с.
133. Фёдоров А.П. Затяжные неврозы и их психотерапия: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1996. – 36 с.
134. Франкл В. Человек в поисках смысла: Пер. с англ., нем. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.
135. Франкл В. Психотерапия на практике: Пер. с нем. – СПб., 2001. – 256 с.
136. Фрейд З. Лекции по введению в психоанализ: Пер. с нем. - М., Пг.: Госиздат, 1923. – 250 с.
137. Фрейд З. Психоанализ и учение о характерах: Пер. с нем. - М., Пг.: Госиздат, 1923. – 101 с.
138. Фромм Э. Бегство от свободы. Человек для себя: Пер. с англ. — Минск, 1998. – 121 с.
139. Фромм Э. Психоанализ и логика: Пер. с англ. — М.: Республика, 1993. – 112 с.

140. Фунин Р.Е. Лечение невротических расстройств методом адаптации к периодической гипоксии в условиях барокамеры: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Челябинск, 1998. – 23 с.
141. Хинчлифф П., Холл С. Поколение в переходный период: положение пожилых людей и реакция гражданского общества в Восточной и Центральной Европе: Пер. с англ. - Help Age International, 2002. – 68 с.
142. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ: Пер. с англ. – М., 1993.- 250 с.
143. Хойфт Г., Крузе А., Радебольд Г. Геронтопсихосоматика и возрастная психотерапия: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений.: Пер. с нем. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 370 с.
144. Цветкова Н.Б. Вопросы нейрогормональной патологии. – Горький, 1967. – 69 с.
145. Чехлатый Е.И. Личностная и межличностная конфликтность и копинг-поведение у больных неврозами и их динамика под влиянием групповой психотерапии: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – СПб., 1994. – 25 с.
146. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. – М.: Медицина, 1977.- 300 с.
147. Штернберг Э.Я. Психология старения и старости и её значение для геронтопсихиатрии. // Ж. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1968. -№ 8. – С. 1236-1251.
148. Эпштейн А.Л. Невропатическая конституция. – Л.: Практическая медицина, 1927. – 127 с.
149. Юдин Т.И. Не полноценность современного понятия «неврозы» с точки зрения патогенетической, клинической и врачебно-практической // Труды Первого Украинского съезда невропатологов и психиатров. – Харьков, 1935. – с. 477 - 484.
150. Яковлева Е.К. Патогенез и терапия невроза навязчивых состояний и психастении. – Л., 1958. – 148 с.
151. Якубик А. Истерия: Пер. с польск. – М.: Медицина, 1982. - 344 с.

152. Ялов А.М. Копинг-поведение и механизмы психологической защиты у больных неврозами. // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. – 1996. - № 3. – С. 35 – 37.
153. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия: Пер. с англ. – М.: Класс. – 1999. – 349 с.
154. Alexander E. The impact of Freudian Psychiatry. – Chicago, 1980.
155. Alexopoulos G.S. New concepts for prevention and treatment of late-life depression. // American J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 158, № 6. – P. 835-838.
156. Anderson I. M., Edwards J. G. Guidelines for choice of selective serotonin reuptake inhibitor in depressive illness //Adv. in Psychiatr. Treatment. 2001. - № 7. - P. 170-180.
157. Arcel L.T., Simunkovic G.T. War violence, trauma and the coping process: armed conflict in Europe and survivor responses. – Copenhagen: RCT, IRCT and the Institute of Clinical Psychology, University of Copenhagen, 1998.
158. Baumann U., Perrez M. Klinische psychologie – psychotherapie. – Verlag Hans Huber AG, 1998.
159. Brandstädter J., Rothermund H.K. Bewältigungspotentiale im höheren Alter – Adaptive und protektive Prozesse // In Kruse A. (Hrsg.) Psychosoziale Gerontologie, Bd I: Grundlagen. - Hogrefe, Gottingen, 1998. – S. 48 – 79.
160. Cameron N. Neuroses of Later maturity. // In Kaplan O. (Ed.). Mental disorders in Later Life. - 2nd ed. Stanford, 1956. – P. 201-243.
161. Carpenter L. L., Yasmin, S., Price L. H. A double-blind, placebo-controlled study of antidepressant augmentation with mirtazapine // Biological Psychiatry. - 2002. - № 51. - P.183–188.
161. Colarusso C.A., Nemiroff R.A. Adult development. – N.Y.: Plenum Press, 1981.
162. Comley M. Learning to listen. Counselling skills for helpers of older people. – London: HAI, 1996.

163. Cowen P.J. New drugs, old problems revisiting...Pharmacological management of treatment-resistant depression//Adv. in Psychiatr. Treatment. 2005. N 11. P.19-27.
164. Das Konzept des Aktualkonfliktes und seine Bedeutung für die Therapie / G. Heuft, S.O. Hoffmann, E.J. Mans, S. Mentzos, G. Schüßler. // Z. psychosom. Med. – 1997. - № 43. – S. 1-14.
165. Derogatis L. R., Cleary P.A. Confirmation of the dimensional structure of the SCL – 90: a study in construct validation // J. Clin. Psychol. – 1977. – Vol. 33. - p. 981 – 989.
166. Duke M.P., Fenhagen E. Self-parental alienation and locus of control in delinquent girls. // J. of genetic psychol. – 1974. – Vol. 78. - p. 308-314.
167. Egle U.T., Hoffmann S.O., Joraschky P. Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung.- Stuttgart: Schattauer, 1997.
168. Erikson E.G. Childhood and Society. – London: Pelican, 1950.
169. Erikson M., Rossi E., Rossi S. Hypnotic realities. – N.Y., 1976.
170. Eysenck H.J., Rachman S. Neurosen – Ursachen und Heilmethoden. - Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, 1967.
171. Fenichel O. The psychoanalytical theory of neurosis. – N.Y., 1945.
172. Fitzgerald R.V. Conversation in psychotherapy. – Jason Aronson Inc., Northvale, N. Jersey, London, 1992.
173. Franke G.H. SCL – 90 – R. Die Symptomcheckliste von Derogatis. Deutsche Version. – Göttingen: Testzentrale, 1995.
174. Francl V.E. Die Psychotherapie in der Praxis, eine Kasuistische Einführung für Ärzte. - Wien, 1961.
175. Francl V.E. Man's search for Meaning. An Introduction to Logotherapy. - Boston, 1962.
176. Francl V.E. Psychotherapy and Existentialism. Selected Papers on Logotherapy.- N.Y., 1973.
177. Francl V.E. The Doctor and the Soul. From Psychotherapy to Logotherapy- N.Y., 1972.
178. Francl V.E. Theorie und Therapie der Neurosen. - Wien: Urban, 1956. – 200 p.

179. Freeman E.W. Treatment of depression associated with the menstrual cycle: premenstrual dysphoria, postpartum depression, and the perimenopause // Dialogues in clinical neuroscience. - 2002. – Vol.4 (1). – P. 177-191.
180. Freud A. The ego and the mechanisms of defence. – N. Y., 1946.
181. Freud S. The ego and the id. // SE. - 1923. – Vol. 19. - P. 1-66.
182. Freud S. Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. - GW XI Fischer, Frankfurt/M, 1917.
183. Fromm E. The Heart of Man. - N. Y., 1964.
184. Fromm E. Values Psychology and Human Existence // In: New knowledge in Human Values. - N. Y., 1959. – P. 151-164.
185. Guenon R. Crisis of the contemporary world. – N.Y., 2001.
186. Gur R.E., Gur R.C. Gender differences in aging: cognition, emotions, and neuroimaging studies // Dialogues in clinical neuroscience. - 2002. – Vol.4 (1). – P. 197-210.
187. Greve W., Roos J. Der Untergang des Edipuskomplexes. – Bern: Huber, 1996.
188. Grincer R.R., Spiegel J. P. Men under Stress. – Philadelphia, 1945.
189. Grzegolowska H.J. Proba reinterpretacji zjawiska mechanizmów obrownych na podstawie teorii aktywacji // Przeglad Psych. – 1976. – Vol. 3. – S. 323-339.
190. Heckhausen J., Schulz R. A life –span theory of control // Psychological Review. – 1995. - Vol. 102. – P. 284-304.
191. Heim E. Coping und Adaptivitat: Gibt es geelgnetes oder ungeeionetes Coping? // Psychother., Psychosom., Med. Psychol. – 1988. – № 1. – S. 8-17.
192. Heuft G., Marschner C. Psychotherapeutische Behandlung im Alter // A. Psychotherapeut. – 1994. - № 39. – S. 205-219.
193. Heuft G. Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. – München; Basel: E. Reinhardt, 2000.
194. Hildebrand H.P. Psychotherapy with older patients // Brit. J. Med. Psychol. – 1982. - Vol. 55. – P. 19-28.
195. Hoffman L. Grundlagen der Familientherapie. - Hamburg: ISKO-Press, 1982.
196. Hoffmann S.O., Hochapfel G. Einführung in die Neurosenlehre und Psychosomatische Medizin. - Stuttgart: Schattauer, 1995.

197. Holahan C.J., Moos R.H., Schaefer J.A. Coping, stress-resistance and growth: Conceptualizing adaptive functioning // In M. Zeidner (Eds.) Handbook of coping. Theory, research, applications. – N.Y.: Wiley, 1996. – P. 24-43.
198. Horney K. Neurosis and human growth. – N.Y., 1950.
199. Ibor L. Die Angst als Grundstörung der Neurosen und ihre Behandlungen. // Deutsch. Med. Wschr. – 1961. – № 12. – S. 572-577.
200. Izard C.E. Human emotions. - New York: Plenum Press, 1979.
201. Jakubik A. Histeria Metodologia Teoria Psychopatologia. - Warszawa, 1979.
202. Jung C.G. The Seasons of a Man's Life. - N.Y., 1978.
203. Kernberg O.F. Innere Welt und äußere Realität. Anwendungen der Objektbeziehungstheorie. – München: Verlag International Psychoanalyse, 1988.
204. Kohler Ch. Kommunikative Psychotherapie. – Jena: Fisher. – 1968. – 182 S.
205. Laireiter A., Baumann U. Klinisch-psychologische Soziodiagnostik: Protektive Variablen und soziale Anpassung // Diagnostika. – 1988. – № 34. – S. 190-226.
206. Laplanche J., Pontalis J.B. Das Vokabular der Psychoanalyse. - Frankfurt: Suhrkamp, 1973.
207. Lawrence M., Maguire M. Psychoterapy with women. Feminist perspectives. – Mamillan Press LTD, 1997.
208. Lazarus R.S. Emotion and adaptation. - N.Y., Oxford: Oxford University Press, 1991.
209. Lazarus R.S., Launier R. Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt // In R.Nitsch Streß: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. – Bern: Huber, 1981. – S. 213-259.
210. Lazarus R.S. Psychological stress and the coping process. – N.Y.:McGraw Hill, 1966.
211. Lehr U. Altern in Deutschland. Trends demographischer Entwicklung // In Kruse A. (Hrsg) Psychosoziale Gerontologie. - Gottingen: Hogrefe, 1998. – S. 13-34.
212. Lehr U. Gesundheit und Lebensqualität im Alter. //Z. Gerontopsychol. – psychiatrie. – 1997. - №. 10. – S. 277-287.
213. Lehr U., Thomae H. Psychologie des Alterns. - Wiesbaden: Quelle und Meyer, 2000.
214. Leonhard K. Akzentuierte Persönlichkeiten. - VEB Verlag Volk und Gesundheit. Berlin – 1976. – 328 s.
215. Loch W. Anmerkungen zum Thema Ich-Veränderungen, Ich-Defekte und psychoanalytische Technik. // Psyche. – 1977. - № 31. – S. 216-227.

216. Mayer K.U., Baltes P.B. Die Berliner Altersstudie. – Berlin: Akademie Verlag, 1996.
217. Mayer K.U. Wissen über das Alter. – Berlin: Akademie Verlag, 1996.
218. McWilliams N. Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process. —N.Y., London: The Guilford Press, 1994.
219. Mertens W. Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität. – Stuttgart: Kohlhammer, 1996.
220. Mithen S. The prehistory of the mind. - London, 1996.
221. Murphy L.B. Coping, vulnerability and resilience in childhood. // In. Coelho G.V., Hamburg D.A., Adams J.E. (Eds.) Coping and adaptation. - N.Y.: Basic Books, 1974. –P. 121-143.
222. Neurotic symptom dimensions as perceived by psychiatrists and patients of various social classes / L. R. Derogatis, R.S. Lipman, L. Covi et al. // Arch. Gen. Psychiatr. - 1971. – Vol. 24., p. 454-464.
223. Parkes C.M. Grief: lessons from the past, visions for the future.// Death Stud.. – 2002. – Vol. 26 (5). – P. 367-385.
224. Perrez M., Reicherts M. Stress, coping, and health. A situation-behavior approach. Theory, methods, applications. - Seattle: Hogrefe and Huber Publishers, 1992.
225. Perrig-Chiello P. Autonomie, Wohlbefinden und Gesundheit im Alter – Das Basier IDA – Projekt. // Z. Gerontol. Geriat. – 1996. - № 29. – S. 95-109.
226. Peseschkian N. Positive Psychotherapy. – S. Fisher Verlag, 1978.
227. Plutchik R., Kellerman H., Conte H. A structural theory of ego defences and emotions // In: E. Isard. Emissions in personality and psychopathology. – N. Y., 1979. – P. 229 – 257.
228. Plutchik R. A. General Psychoevolutionary Theory of Emotions / In R. Plutchik and H. Kellerman Emotion: Theory, research and experience. – N.Y.: Academic Press, 1980. – Vol. 1. – p. 3-33.
229. Qaseem A., Snow V., Denberg T.D., et al. Using second-generation antidepressants to treat depressive disorders: a clinical practice guideline from the American college of physicians// Ann Intern Med. 2008. - № 149. - P. 725-733.
230. Radebold H., Schweizer R. Der mühselige Aufbruch – Über Psychoanalyse im Alter. Reihe «Geist und Psyche». - Fischer, Frankfurt/M, 1996.

231. Refferals for bereavement counselling in primary care: a qualitative study/ R. Wiles, N. Jarrett, S. Payne, D. Field // Patient Educ. Couns. – 2002. – Vol. 48 (1). – P. 79-92.
232. Reiss D.R., Price R.H. National research agenda for prevention research. // Am. Psychologist. – 1996. – Vol. 51. – P. 1109-1115.
233. Rogers C.B. A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework// Psychology: a study of a science. - 1959. – Vol .3 – P.120-158.
234. Rogers C.B. Client-centered therapy. - Boston: Houghton, 1951. – 572 p.
235. Roth J.P. Nicht mehr Auto zu fangen – ein kritisches Lebensereignis. // Z. Verkehrssicherhei. – 1993. - № 39. – S. 12-16.
236. Scherer K.R. On the nature and function of emotion: A component process approach. // In K.R. Scherer, P. Ekman Approaches to emotion. - Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum, 1984. - P. 293 – 317.
237. Schmieschek H. Fragebogen zur Ermittlung akzentuierter Persönlichkeiten // Psychiat. Neurol. Med. Psychol. – 1970. – № 10. – S. 378.
238. Schulte D. Therapieplanung. - Göttingen: Hogrefe, 1996.
239. Schulz P., Steimer T. Psychotropic medication, psychiatric disorders, and higher brain functions // Dialogues in clinical neuroscience. - 2000. – Vol.2 (3). – P. 177-182.
240. Skinner B.F. Beyond freedom and dignity. – London: Cape, 1971.
241. Skinner B.F. Contingencies of reinforcement: a theoretical analysis. – New York: Appleton, 1969.
242. Skinner B.F. Science and human behavior. – New York: Macmillan, 1953.
243. Sokolik Z., Malewski J. Niektore sporne zagadnienia diagnoctyki i terapii nerwic // Neurol. neurochir. i psychiat. Polska. – 1965. - Vol. 15. - P. 943-950.
244. Starzomska M. Diagnoctyki i terapii nerwic // Psychiatr. Polska. – 2002. - Vol. 36 (3) – P. 385 – 392.
245. Stern D.N. The motherhood constellation. - New York: Basic Books, 1995.
246. Sullivan H. S. Clinical studies in psychiatry. — New York: Norton, 1973.
247. Sullivan H.S. The interpersonal theory of psychiatry. — New York: Norton, 1953.

248. Temoshok L., van Dyke C., Zegans L.S. Emotions in health and illness. - New York: Grune & Stratton, 1983.
249. Thorndike E.L. The fundamentals of learning. – New York: Teacher College, 1932.
250. Tomkins S. Affect theory // In P. Ekman (Ed.), Emotion in the human face. Cambridge: Cambridge University Press, 1982. – P. 353-395
251. Veiel H.O., Baumann U. The meaning and measurement of social support. - New York: Hemisphere, 1992.
252. Veith I. Hysteria: the history of disease. - Chicago: University Chicago Press, 1965.
253. Villiant J. Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms // Archives of General Psychiatry. – 1971. - Vol. 24. - P. 107-117.
254. Watson J.B. Behaviorism. - Norton, New York, 1925.
255. Wells R.G., Wells M.C. Menopause and mid-life. – Tyndale House Publishers Inc., 1990.
256. Wolpe J. Behavior therapy for psychosomatic disorders // Psychosomatics. - 1980. - Vol.21. - P. 379-385.
257. Wolpe J. Psychotherapy by reciprocal inhibition. – Stanford: University Press, 1958.
258. Wolpe J. The practice of behavior therapy. – New York: Pergamon Press, 1973.
259. Zarbock G. Individualisierung statt Standardisierung – Verhaltenstherapie als biographisch orientierte Neuerfahrung // Verhaltenstherapie. – 1996. - № 6. – S. 244-251.
260. Yalom I.D. Theorie und praxis der gruppenpsychotherapie. – München: Pfeiffer., 1996.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.

Психодиагностическая система Келлермана-Плутчика

Диспозиция мании.

Личность этого типа насыщена энергией, её цель участвовать во всевозможных мероприятиях и проектах. Для неё характерно хорошее отношение к людям, дружелюбие, общительность и гипертрофированная социабельность. Преобладающая эмоция – радость; врождённая потребность к избытку приятных стимулов – гедонизм. Защитным механизмом являются реактивные образования, целью которых является только управление поведением. Супер-Эго подавляет привлекательность приятных стимулов, особенно это касается объектов, влечение к которым социально не одобряемо.

Диспозиция истерии.

Характерны: большая внушаемость, отсутствие критичности, селективное невнимание, преобладающий тип защиты – отрицание. Эмоция принятия и защита отрицанием, являющиеся элементами истерического функционирования, позволяют этому типу идеализировать объект реагирования. Эмоционально незрелая жизненная позиция сводится к полному совпадению собственного «Я» и ролевой позиции.

Агрессивная диспозиция.

Поведение прямо противоположное поведению пассивного типа. Основная эмоция – гнев (раздражение), основная защита – замещение, служащая для управления гневом и агрессией. При отсутствие этого механизма такая личность напрямую выражала бы свою агрессивность, что привело бы к возникновению серьёзных конфликтов. Этот механизм позволяет направить реакцию агрессии на более безопасный объект.

Диспозиция психопатии.

Противоположность обсессивной диспозиции. Выражена потребность оставаться во внеподконтрольном состоянии. Защита регрессией, характерная для данной диспозиции, даёт возможность такой личности возможности для разрядки импульсов, возвращаясь, время от времени, к более или менее зрелым моделям удовлетворения потребностей. Личность этого типа стимулируется чем-либо избыточным из внешней среды, чтобы нейтрализовать внутренний эмоциональный «паралич» и чувство оцепенения, которые возвращают её к детской незащищённости, а также сама способна неосознанно провоцировать конфликтные ситуации с целью получить этот избыток стимулов. Основная эмоция – удивление.

Депрессивная диспозиция.

Личность такого типа все время страдает из-за утраты воображаемого объекта и потери самоуважения. Основная эмоция – печаль. Основной способ защиты – компенсация, направленная на избегание чувства депрессии. Компенсация особенно эффективна для поддержания достаточно высокой самооценки, под влиянием этого механизма происходит выход из состояния подавленности.

Параноидальная диспозиция.

Характерно отсутствие внушаемости и высокая критичность, преобладающие эмоции – отвращение или неприятие, в качестве защиты используется механизм проекции. Параноидальная личность, ощущая собственную неполноценность, защищается проекцией, которая позволяет ей этого не замечать, объектом критики становится окружающая действительность.

Пассивная диспозиция.

Характерны: инертность, пассивность, избегание, уход в себя, безынициативность, склонность быть зависимым от кого-либо. Основная

эмоция – страх, тревога, основной механизм защиты – подавление (вытеснение).

Обсессивная диспозиция.

Выражается в стремлении контролировать окружающую среду, в качестве средств для этого выступают антиципация и ожидание, защита осуществляется посредством интеллектуализации, рационализации и сублимации. Развитие обсессивной личности основано на отчуждении от инстинктов и эмоций. Для неё характерны совестливость, опрятность (гипертрофированная социальность), стремление придерживаться во всём середины, педантичность в сочетании с неспособностью загадывать человеческие эмоции. За этими чертами скрывается тревога потерять контроль за ситуацией.

Приложение 2.**ОПИСАНИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ОПРОСНИКА SCL-90-R**

Шкала включает 90 пунктов, ранжированных по пятибалльной шкале (от 0 до 4), где 0 соответствует позиция «совсем нет», а 4 – «очень сильно». Ответы на 90 пунктов подсчитываются и интерпретируются по 9 основным шкалам симптоматических расстройств (синдромов): соматизации – Somatization (SOM), обсессивности-компульсивности - Obsessive-Compulsive (O-C), интерперсональной сензитивности - Interpersonal Sensitivity (INT), депрессии – Depression (DEP), тревоги – Anxiety (ANX), враждебности - Anger-Hostility (HOS), фобической тревоги - Phobic Anxiety – (PHOB), паранойяльных тенденций - Paranoid Ideation (PAR), психотизма – Psychoticism (PSY), а также по трём обобщённым шкалам второго порядка: общий индекс тяжести симптомов (GSI), индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI), общее число утвердительных ответов (PST). Кроме того, в опроснике имеется 7 вопросов, которые не входят ни в одну из указанных шкал. Они участвуют в общей обработке теста: доп. 1 – «плохой аппетит»; доп.2 – «переедание»; доп.3 – «то, что Вам трудно заснуть»; доп.4 - «мысли о смерти»; доп.5 - «бессоница по утрам»; доп.6 – «беспокойный и тревожный сон»; доп. 7 – «чувство вины». Работа по адаптации, валидации и созданию нормативного ряда проведена в Институте психологии РАН в Лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии (Тарабрина Н.В. с соавт., 2001).

Приводим краткие характеристики каждой шкалы опросника, отражающие синдромальный профиль невротического состояния.

Соматизация (Somatization - SOM) - пункты, охватывающие этот параметр, отражают дистресс, возникающий от осознания нарушений функций тела. Симптомокомплекс включает жалобы на сердечно-сосудистую, желудочно-кишечную, дыхательную и др. системы. Компонентами расстройства являются также головные боли, другие алгии, дискомфорт общей мускулатуры и в дополнение – соматические эквиваленты

тревожности. В случае исключения органической основы жалоб, регистрируются разнообразные соматоформные расстройства и эквиваленты тревоги.

Обсессивно-компульсивные расстройства (Obsessive-Compulsive – O-C) - ядром данного симптомокомплекса является одноименный клинический синдром, в основе которого лежат чужеродные для личности навязчивые мысли, импульсы и действия с осознанием их болезненности и тщетности попыток борьбы с ними. Эта шкала также включает пункты, указывающие на повторяемость и нежелательность этих явлений, а также на наличие более общих познавательных затруднений («в мыслях появляются пропуски»).

Межличностная сензитивность (Interpersonal Sensitivity - INT) - симптомы, составляющие основу этого синдромального фактора, сконцентрированы на чувствах личной неадекватности и неполноценности. Фактор включает пункты, отражающие самоосуждение, чувство неловкости и выраженного дискомфорта при межличностном взаимодействии; отражает склонность к рефлексии и пониженную самооценку с отрицательными ожиданиями.

Депрессия (Depression - DEP) - пункты, относящиеся к этому параметру, отражают широкий круг обстоятельств, сопутствующих клиническому депрессивному синдрому. Симптомы дисфорического аффекта и настроения представляются как признаки синдрома угасания интереса к деятельности, недостаточности мотивации и потери жизненной энергии. Сюда также включены пункты, связанные с мыслями о смерти, чувством безнадежности, бесполезности, а также соматическими характеристиками депрессии.

Тревожность (Anxiety - ANX) - относится группа симптомов и реакций, которые обычно клинически связываются с очевидной (явной) тревогой, отражающей чувство гнетущего беспричинного внутреннего беспокойства. Основой данной синдромальной шкалы является ощущение нервозности, нетерпеливости и внутреннего напряжения в сочетании с соматическими,

моторными проявлениями и диссоциативными явлениями дереализационного характера (так называемая истерическая тревога).

Враждебность (Anger-Hostility – HOS) - данный параметр формируется из трех категорий враждебного поведения: мысли, чувства и действия. Важность данного симптомокомплекса в различных клинических решениях, принимаемых в отношении психически больных (например, определение диагноза, лечения, размещения и формы курации пациента), послужило основой официального включения параметра «враждебность» в SCL-90.

Фобическая тревожность (Phobic Anxiety - PNOB) - при выделении этого синдромального профиля авторы большое значение придавали симптомам, которые наблюдались в условиях, вызывающих состояние навязчивой тревоги или агорафобии. Ориентированные страхи фобической природы связывались с путешествиями, открытыми пространствами, толпами, общественными местами, транспортом и фобическими реакциями социального характера.

Паранойяльные симптомы (Paranoid Ideation - PAR) - при создании данного параметра L.R.Derogatis et al. исходили из тех позиций, что паранойяльное поведение лучше всего рассматривать с синдромальной точки зрения. Авторы придерживались позиции относительно того, что паранойяльные явления лучше постигаются при их восприятии, как образа мышления. Черты паранойяльного мышления, имеющие первостепенную важность в рамках ограничений, налагаемых опросником, были включены в шкалу. Это, прежде всего, проецирующее мышление, враждебность, подозрительность, сосредоточенность, иллюзии, идеи отношения, потеря автономии как кардинальные паранойяльные особенности.

Психотизм (Psychoticism - PSY) - с тех пор, как психотическая симптоматика стала чаще наблюдаться в амбулаторной практике и стала играть критическую роль в административных и лечебных решениях (период роспуска крупных психиатрических институтов в США), параметр "психотизм" был доработан и включен в SCL-90. При построении этой

шкалы учитывались примеры из широкого спектра психотических реакций. Наряду с "цветущей" симптоматикой, в шкалу были включены также реакции, обычно рассматриваемые как косвенные и менее очевидные показатели психотического процесса. Основой данного параметра являются пункты, отражающие шизофренические симптомы первого ранга Курта Шнайдера: слуховые галлюцинации, передача мыслей на расстояние, внешнее управление мыслью и вторжение мыслей извне. Наряду с этими пунктами в опроснике представлены другие косвенные признаки психотического поведения, а также симптомы, указывающие на аутистическое поведение.

МЕТОДИКА ХЕЙМА.

Следующие утверждения касаются Вашего поведения, чувств, мыслей, возникающих в трудной для Вас ситуации. Постарайтесь вспомнить, каким образом Вы чаще всего разрешаете для себя эти непростые ситуации. Поставьте напротив букв, в каждом из разделов (А, В, С) тот номер, который Вам подходит.

А.

1. Я погружаюсь в любимое дело, стараясь забыть о неприятностях.
2. Я стараюсь помочь людям, и в заботах о них забываю о своих горестях.
3. Всячески избегаю думать о своих неприятностях.
4. Стараюсь отвлечься и расслабиться (с помощью алкоголя, успокоительных средств, еды и т.п.)
5. Чтобы пережить эти трудности, я берусь за осуществление своей давней мечты.
6. Я изолируюсь, стараюсь остаться наедине с собой.
7. Я использую сотрудничество со значимыми мне людьми для преодоления трудностей.
8. Я обычно ищу людей, способных помочь мне советом.

В.

1. Говорю себе: есть вещи важнее, чем эти трудности.
2. Говорю себе: это судьба, нужно с этим смириться.
3. Это не существенные трудности, не все так плохо, в основном всё хорошо.
4. Я не теряю самообладания и контроля над собой и стараюсь не показывать никому своего состояния.
5. Я стараюсь проанализировать, всё взвесить и объяснить себе, что же случилось.
6. Я говорю себе: по сравнению с проблемами других людей - это пустяк.
7. Если что-то случится, то так угодно Богу.
8. Я не знаю что делать и мне временами кажется, что не выпутаться из этих

трудностей.

9.Я придаю своим трудностям особый смысл, я совершенствую себя.

10.В данное время я не могу справиться с этими трудностями, но смогу справиться и с более сложными, как ранее.

С.

1.Я всегда глубоко возмущен несправедливостью судьбы ко мне и протестую.

2.Я впадаю в отчаянье, я рыдаю и плачу.

3.Я подавляю эмоции в себе.

4.Я всегда уверен, что есть выход из трудной ситуации.

5.Я доверяю преодолению своих трудностей другим людям, которые готовы мне помочь.

6.Я впадаю в состояние безнадёжности.

7.Я считаю себя виноватым и получаю по заслугам.

8.Я впадаю в бешенство, становлюсь агрессивным.

К адаптивным вариантам копинга относятся в поведенческой сфере – «сотрудничество», «обращение», «альтруизм» - под этим понимается такое поведение личности, при котором она вступает в сотрудничество со значимыми (более опытными) людьми, ищет поддержки в ближайшем социальном окружении или сама предлагает её близким в преодолении трудностей; в когнитивной сфере – «проблемный анализ», «установка собственной ценности», «сохранение самообладания» - формы поведения, направленные на анализ возникших трудностей и возможных путей выхода из них, повышение самооценки и самоконтроля, более глубокое осознание собственной ценности как личности, наличие веры в собственные ресурсы в преодолении трудных ситуаций; в эмоциональной сфере – «протест», «оптимизм» - эмоциональное состояние с активным возмущением и протестом по отношению к трудностям и уверенностью в наличии выхода в любой, даже самой сложной ситуации.

К неадаптивным вариантам копинг – поведения относятся следующие: в поведенческой сфере – «активное избегание», «отступление» - поведение, предполагающее избегание мыслей о неприятностях, пассивность, уединение, покой, изоляцию, стремление уйти от активных межличностных контактов, отказ от решения проблемы; в когнитивной сфере – «смирение», «растерянность», «диссимуляция», «игнорирование» - пассивные формы поведения с отказом от преодоления трудностей из-за неверия в свои силы и интеллектуальные ресурсы, с умышленной недооценкой неприятностей; в эмоциональной сфере – «подавление эмоций», «покорность», «самообвинение», «агрессивность» - типы поведения, характеризующиеся подавленным эмоциональным состоянием, состоянием безнадёжности, покорности и недопущения других чувств, переживанием злости и возложением вины на себя и других.

К относительно адаптивным вариантам копинг-поведения, конструктивность которых зависит от значимости и выраженности ситуации преодоления, относятся: в поведенческой сфере – «компенсация», «отвлечение», «конструктивная активность» - поведение, характеризующееся стремлением к временному отходу от решения проблем с помощью алкоголя, лекарственных средств, погружения в любимое дело, путешествия, исполнением своих заветных желаний; в когнитивной сфере – «относительность», «придача смысла», «религиозность» - формы поведения, направленные на оценку трудностей в сравнении с другими, придание особого смысла их преодолению, веру в бога и стойкость в вере при столкновении со сложными проблемами; в эмоциональной сфере – «эмоциональная разгрузка», «пассивная кооперация» - поведение, которое направлено либо на снятие напряжения, либо на передачу ответственности по разрешению трудностей другим лицам.

Опросник «Индекс жизненного стиля»**А - отрицание**

1. Я очень лёгкий человек и со мной легко ужиться.
16. Многое во мне людей восхищает.
22. Я всегда вижу светлую сторону вещей.
28. Я свободен от предрассудков.
34. Люди мне никогда не надоедают.
42. Мне требуется много времени, чтобы разглядеть плохие качества в других людях.
51. Люди говорят мне, что я всему верю.
61. То, что мне не нравится, я выбрасываю из головы.
68. Я всегда оптимистичен.
77. Я думаю, что ситуация в мире намного лучше, чем думает большинство людей.
82. Я живу так хорошо, что многие люди хотели бы оказаться в моём положении.
90. В моей семье почти никогда не противоречат друг другу.
94. Я счастлив, что у меня меньше проблем, чем у большинства людей.

В – вытеснение

6. Я редко помню сны.
11. Я человек, который никогда не плачет.
19. У меня плохая память на лица.
25. Я с трудом запоминаю имена.
35. Многое из своего детства я не могу вспомнить.
43. Я никогда не волнуюсь, когда читаю или слышу о какой-либо трагедии.
49. Когда я вижу кого-нибудь в крови, это меня почти не беспокоит.
59. Мне кажется, что я не могу выржать свои эмоции.
66. Звуки детского плача не беспокоят меня.

- 75. Я не понимаю некоторых своих поступков.
- 85. Я почти ничего не помню о своих первых годах в школе.
- 89. Когда я слышу о жестокостях, это не трогает меня.

С – регрессия

- 2. Когда я хочу чего-нибудь, я никак не могу дождаться, когда это получу.
- 14. Меня легко вывести из себя.
- 18. Я много болею.
- 26. У меня склонность к излишней импульсивности.
- 33. Когда я чем-нибудь расстроен, я много ем.
- 48. Иногда, когда у меня что-нибудь не получается, я злюсь.
- 50. У меня портится настроение и я раздражаюсь, когда на меня не обращают внимание.
- 58. Когда я не могу справиться с чем-либо, я готов заплакать.
- 69. Я много лгу.
- 78. Когда у меня неудача, я не могу сдержать плохого настроения.
- 86. Когда я расстроен, я невольно поступаю как ребёнок.
- 88. Мне кажется, что я не могу закончить ничего из того, что начал.
- 93. Когда я расстроен, я часто напиваюсь.
- 95. Когда что-нибудь расстраивает меня, я сплю более, чем обычно.

Д – компенсация

- 3. Всегда существовал человек, на которого я хотел бы походить.
- 10. В мечтах я всегда в центре внимания.
- 24. Мне трудно избавиться от чего-либо, что мне принадлежит.
- 29. Мне крайне необходимо, чтобы люди говорили мне о моей сексуальной привлекательности.
- 37. В своих фантазиях я совершаю великие поступки.
- 45. Мне совершенно необходимо слышать комплименты.
- 52. Я ношу одежду, которая скрывает мои недостатки.

64. Я многое коллекционирую.

65. Я работаю более упорно, чем большинство людей для того, чтобы добиться результатов в области, которая меня интересует.

74. Я буду делать всё, чтобы произвести хорошее впечатление.

Е – проекция

7. Меня бесят люди, которые всеми вокруг командуют.

9. Меня раздражает тот факт, что люди слишком много задаются.

23. Я ненавижу злобных людей.

27. Люди, которые добиваются своего криком и воплями, вызывают у меня отвращение.

38. В большинстве своём люди раздражают меня, так как они слишком эгоистичны.

41. Я полагаю, что люди обведут вас вокруг пальца, если вы не будете осторожны.

55. Меня отталкивает от людей то, что они неискренни.

63. Я терпеть не могу людей, которые всегда стараются быть в центре внимания.

71. В основном люди несносны.

73. Меня раздражает то, что людям нельзя доверять.

84. Я испытываю отвращение, когда сталкиваюсь с людьми низкого морального уровня.

92. Ненавижу людей, которые топчут других, чтобы продвинуться вперёд.

96. Я нахожу отвратительным, что большинство людей лгут, для того, чтобы добиться успеха.

Ф – замещение

8. Иногда у меня появляется сильное желание пробить стену кулаком.

15. Когда кто-нибудь толкает меня в толпе, я чувствую, что готов толкнуть его в ответ.

20. Когда меня отвергают, у меня появляются мысли о самоубийстве.

31. Иногда мне хочется, чтобы атомная бомба разрушила весь мир.
40. Если кто-нибудь надоедает мне, я не говорю это ему, а стремлюсь выразить своё недовольство кому-нибудь другому.
47. Когда я веду машину, у меня иногда появляется сильное желание толкнуть другую машину.
54. Мне кажется, я много спорю с людьми.
60. Я бываю так сердит, что мне хочется крушить всё вокруг.
67. Когда кто-нибудь толкает меня, я прихожу в ярость.
76. Я через силу смотрю кинокартины, в которых много насилия.
83. Как-то я был так сердит, что саданул по чему-то и случайно поранил себя.
91. Я много кричу на людей.
97. Я говорю много неприличных слов.

G – интеллектуализация

4. Люди не считают меня эмоциональным человеком.
13. Я всегда готов выслушать обе стороны во время спора.
17. Я полагаю, что лучше хорошенько обдумать что-нибудь до конца, чем приходить в ярость.
30. Когда я собираюсь в поездку, я планирую каждую деталь заранее.
36. Когда я собираюсь в отпуск, я обычно беру с собой работу.
44. В споре я обычно более логичен, чем другой человек.
56. Люди говорят мне, что я слишком беспристрастен во всем.
62. Я очень редко испытываю чувства привязанности.
70. Я больше привязан к самому процессу работы, чем к отношениям, которые складываются вокруг неё.
80. Я не позволяю своим эмоциям захватывать меня.
81. Я всегда планирую наихудшее, с тем, чтобы не быть застигнутым врасплох.
87. Я предпочитаю больше говорить о своих мыслях, чем о своих чувствах.

Н – реактивные образования

5. Я выхожу из себя, когда смотрю фильмы непристойного содержания.
12. Необходимость пользоваться общественным туалетом заставляет меня совершать над собой усилие.
21. Когда я слышу сальности, я очень смущаюсь.
32. Порнография отвратительна.
39. Прикосновение к чему-нибудь осклизлому, скользкому вызывает у меня отвращение.
46. Беспорядочность отвратительна.
53. Мне очень трудно пользоваться неприличными словами.
57. Я знаю, что мои моральные стандарты выше, чем у большинства других людей.
72. Я бы ни за что не пошёл на фильм, в котором слишком много сексуальных сцен.
79. То, как люди одеваются сейчас на пляже – неприлично.

Каждому из этих 8 видов защитных механизмов соответствуют от 10 до 14 утверждений, описывающих личностные реакции индивида, которые обычно возникают в различных ситуациях. При этом некоторые из шкал опросника авторы методики сделали однородными, другие представляют собой совокупность нескольких защитных механизмов. Однородные шкалы это:

- «отрицание» - МПЗ, посредством которого личность либо отрицает некоторые фрустрирующие, вызывающие тревогу обстоятельства, либо отрицается какой-либо внутренний импульс или сторона самого себя. Наиболее значимое утверждение для этой шкалы – «Я очень лёгкий человек и со мной легко ужиться»;

- «замещение» - действие этого механизма проявляется в разряде подавленных эмоций (как правило, враждебности, гнева), которые направляются на объекты, представляющие меньшую опасность или более

доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции и чувства. Наиболее значимым утверждением является: «Если кто-нибудь надоедает мне, я не говорю это ему, а стремлюсь выразить своё недовольство кому-нибудь другому»;

- «проекция» - процесс, посредством которого неосознаваемые и неприемлемые для личности чувства и мысли локализуются вовне, приписываются другим людям и таким образом фактом сознания становятся как бы вторично. Наиболее значимое утверждение для этой шкалы – «Я полагаю, что люди обведут вас вокруг пальца, если вы не будете осторожны»;

- «регрессия» - личность, подвергающаяся действию фрустрирующих факторов, заменяет решение субъективно более сложных задач на относительно более простые и доступные в сложившихся ситуациях. Наиболее значимое утверждение: «У меня портится настроение, и я раздражаюсь, когда на меня не обращают внимание»;

- «реактивные образования» - предотвращение выражения неприемлемых для личности чувств, мыслей или поступков путём преувеличенного развития противоположных стремлений. Наиболее значимое утверждение для этой шкалы: «Порнография отвратительна».

К составным шкалам опросника относятся:

- «интеллектуализация», которую авторы объединили с сублимацией и рационализацией, поэтому в данном случае она представляет собой уход в интеллектуальный мир с целью избегания беспокоящих эмоций и создания неверных, но приемлемых для личности объяснений своего или чужого поведения с использованием вероятных причин для его оправдания. Наиболее значимое утверждение: «В споре я обычно более логичен, чем другой человек»;

- «вытеснение», объединённое с изоляцией и интроекцией – исключение из сознания желаний, мыслей, чувств, вызывающих тревогу на когнитивном

уровне, изолированно от аффекта, то есть без связанной с ним тревоги. Наиболее значимое утверждение: «Я редко помню свои сны»;

- «компенсация», объединённая с идентификацией и фантазированием, - попытка найти подходящую замену для реального или воображаемого физического или психического недостатка с помощью фантазирования или присвоения себе ценностей, поведения или черт других людей. Наиболее значимое утверждение: «В своих фантазиях я совершаю великие поступки».

Ответы на эти утверждения фиксируются на бланке по типу «да-нет» и затем подсчитывается количество баллов по каждому виду защитных механизмов. Сырые оценки затем переводятся в процентильные показатели (использованы данные авторов апробации), которые показывают условное расположение испытуемого в выборке стандартизации в соответствии с её процентным распределением, и на специальном бланке выстраивается профиль индивидуальной защитной структуры. В качестве дополнительной характеристики структуры Эго-защиты использовался также предложенный авторами апробации вторичный показатель, который представляет собой сумму «сырых» баллов по всем шкалам. Он был создан в соответствии с предположением, что в своей основе все защитные механизмы выполняют одну и ту же функцию (в большинстве своём снижение уровня тревоги) и, таким образом, в соответствии с этим «общим знаменателем» могут быть объединены в некую общую защиту «Я». Суммарная оценка шкальных оценок отражает уровень её выраженности, который был назван Степенью Напряжённости Защиты (СНЗ).

Психологическая автобиография**И С Т О Р И Я Ж И З Н И**

Инструкция: ниже приведённый текст является примерным планом написания автобиографии. Вы можете изложить историю своей жизни в свободной форме, придерживаясь данному плану, но стараясь не отвечать односложно (да, нет) на вопросы. Ту часть автобиографии, которую Вы считаете **наименее** значимой, Вы отражаете кратко и формально. Те вопросы, которые Вы считаете **наиболее** ценными, отражайте подробнее.

Сведения из автобиографии представляют медицинскую тайну и будут использованы при работе с Вами только Вашим лечащим врачом и психологом отделения

(в историю болезни не вкладываются).

1. Фамилия, Имя, Отчество -

2. Число, месяц, год рождения -

3. Домашний адрес:

4. Образование (конкретно какое?):

5. Профессия:

6. Семейное положение:

7. Социальный статус (работающий, безработный, на пенсии по возрасту, выслуге лет, по инвалидности):

8. С какого числа, месяца, года находитесь в отделении в настоящее поступление:

9. Какая по счёту госпитализация в нашу больницу (укажите время предыдущих госпитализаций):

I. Наблюдался ли кто-либо из родственников у психиатра, либо отмечались «странности» в поведении» злоупотребление алкоголем, были попытки самоубийства?.

Как протекали беременность и роды у матери?

Были ли Вы желанным ребёнком?

II.Ранний период детства (до 3 лет)

1.Кормление:

Кормление грудью или из бутылочки?

До какого возраста - менее года, до года, до 2 лет, более 2 лет?

Какие нарушения наблюдались при кормлении - пищевая аллергия, избирательный приём пищи, насильственное кормление, срыгивание?

2.Раннее развитие:

Когда начал ходить? Когда начал говорить?

Были ли признаки неудовлетворённых потребностей?

Были ли признаки нарушения сна?

Были ли признаки тревожности в присутствии посторонних лиц или в одиночестве?

Были ли признаки тоски по материнской ласке?

3.Приучение к туалету:

Возраст, когда научился пользоваться туалетом -

Отношение родителей - придавали большое значение, не обращали внимания.

Переживания, имевшие место -

4.Особенности Вашего поведения -

5.Особенности характера в раннем детском возрасте:

Застенчивость. Беспокойство. Подвижность.

Уход в себя (замкнутость). Упрямство. Пугливость.

6.Физическое развитие - нормальное, отставал, опережал.

7.Любил ли играть с другими детьми - в какие игры играли(чаще)-

Какие роли принимал в играх - активные или пассивные?

8.Наиболее частые Ваши сны и фантазии, оставшиеся в памяти -

III.Средний период детства (от 3 до 11 лет). Младший школьный возраст.

1. Хотел ли ходить в детский сад?
Как перенёс разлуку с матерью?
2. Умение различать пол.
3. Кто преимущественно окружал Вас - мужчины женщины?
4. Какие наказания существовали в семье?
5. Когда научился читать?
6. Хотел ли ходить в школу?
7. Отношение со сверстниками -
8. Ночные кошмары, страхи -
9. Ночное недержание мочи -
10. Заболевания, травмы, операции в детстве -

IV. Поздний период детства (от 11 до 14-15 лет).

1. Отношения с окружающими:
 - с родителями – дружеские, холодные, конфликтные, подчинённые;
 - с братьями, сёстрами – дружеские, холодные, конфликтные, подчинённые, лидерские;
 - с друзьями – равные, конфликтные, подчинённые, лидерские.
- Сколько у Вас было друзей? В том числе близких -
- Вы были лидером или подчинённым?
- Популярность среди сверстников -
- Любили ли Вы коллективные игры?
- Проявления агрессии (драки, конфликты) -
- Были ли у Вас идеалы? Кто? -
- Тревожность. Пассивность - да, нет. Правонарушения?
2. Школьная жизнь:
 - Возраст начала учёбы в школе -
 - Успехи в учёбе – отличные, хорошие, посредственные.
 - Отношения с учителями - был ли любимчиком у учителей, или наоборот, бунтарём, или ни тем ни другим?

Любимые предметы, с чем связано -

Увлечения, отношение к неприятностям в школе - болезненное переживание, равнодушное, спокойное.

3. Проблемы, наблюдавшиеся в подростковый период:

Ночные кошмары, ночное недержание мочи.

Страхи, побеги из дома.

Правонарушения, Употребление наркотиков.

Курение, употребление алкоголя.

Суицидальные мысли и попытки - нанесение самопорезов, приём лекарств с целью покончить с собой? С чем связано? -

Переживания по поводу своей внешности, что предпринимали конкретно -

Чувство собственной неполноценности -

V. Настоящее время -

1. Имеете ли друзей, держитесь обособленно, бываете в обществе.

2. Черты Вашего характера (до болезни): скрытный - открытый, менее сообразительный - более сообразительный, подверженный эмоциям - эмоционально устойчивый, полагающийся на случай - добросовестный, подчинённый - подчиняющий, серьёзный-беззаботный, застенчивый - раскованный, твёрдый - чувствительный, доверчивый - недоверчивый, практичный - романтический, прямолинейный - дипломатичный, самоуверенный - озабоченный, консервативный - вольнодумный, независимый - следующий за другими, неконтролируемый - пунктуальный, спокойный - напряжённый, любящий быть в центре внимания - предпочитающий быть на вторых ролях.

Изменения черт характера в последнее время, какие черты появились, с чем связываете -

3. Достигнутый образовательный уровень: начальный, 8 классов, 10-11 классов, вечерняя школа, среднее специальное, высшее образование (какое учебное заведение? где? когда закончил?) -

Профессия -

Выбор профессии - случайный, совет друзей, совет родителей, собственный выбор, сложившиеся обстоятельства.

Основные этапы трудовой деятельности (где, когда и кем работали?) -

Кем работаете в настоящее время -

Есть ли статус безработного -

Находитесь ли на пенсии или продолжаете трудовую деятельность после пенсии и с чем это связано -

Отношения:

- с начальством - ровные, конфликтные, дружеские.
- с сослуживцами - ровные, конфликтные, дружеские.
- с подчинёнными - ровные, конфликтные, дружеские.

Проблемы связанные с работой -

- неудовлетворённость характером труда,
- плохие заработки,
- профессиональные вредности,
- напряжённый характер труда,
- угроза безработицы,
- конфликты с начальством/руководством,
- изменение условий труда/положения на работе за последнее время (какие именно и с чем связаны?)

4. Военная служба - в том числе участие в «горячих» точках Вас или Ваших близких (Афганистан, Чернобыль, Средняя Азия, Кавказ и др.):

5. Перенесённые заболевания, физические травмы (переломы, сотрясения и т.п.) операции (Когда? Какие? Оказали ли влияние на Ваше сегодняшнее состояние?)

6. Пережитые утраты, потрясения, экстремальные ситуации, психические перегрузки - (Какие? Когда? Оказали ли влияние на Ваше сегодняшнее состояние?)

7. Мысли о нежелании жить, попытки покончить с собой в прошлом – да, нет; когда? какие?

VI. Психосексуальный анамнез

1. В детстве:

Ранний онанизм – да, нет.

Интерес к сексуальной сфере – да, нет.

2. Сексуальность в подростковый период:

Объятия – да, нет. Вечеринки – да, нет.

Свидания – да, нет. Поглаживания – да, нет.

Онанизм – да, нет. Ночные поллюции – да, нет.

3. Отношение к противоположному полу:

Избегание, Застенчивость,

Агрессивность, Случайные связи -

4. Сексуальность:

время первой эякуляции у мужчин -

начало менструаций у женщин - длительность -

их регулярность, болезненность -

эротические сновидения -

климакс (с какого возраста?) -

5. Начало половой жизни: возраст -

первый половой акт – удачный, неудачный;

время появления оргазма -

сексуальные связи перед браком -

6. Семейный анамнез.

Семейное положение: холост, женат/замужем.

Брак первый, повторный, гражданский брак.

Мотивы вступления в брак: по любви, материальные соображения, возраст, по настоянию и совету родственников и знакомых, по настоянию одного из супругов, вынужденный брак,

«назло» любимому человеку.

В каком возрасте вступил в брак -

Длительность пребывания в браке -

Возраст супруги(а)-

Его(её) профессия -

его(её) характерологические особенности -

Число беременностей - ; желанность беременностей - да нет; имена и

возраст детей - .

Вопросы, по которым мнения супругов расходятся - финансовые дела, взгляды на воспитание детей, ведение хозяйства, роль родственников, другие

-

Кто является инициатором половой близости в семье – муж, жена?

Удовлетворённость в половом отношении – да, нет?

Внебрачные связи – да, нет? Их устойчивость – да, нет? Их мотивы -

Сексуальные проблемы: да, нет.

отсутствие оргазма, импотенция,

преждевременная эякуляция, отсутствие влечения.

Связано ли Ваше настоящее состояние с семейными проблемами? С какими в наибольшей степени?

VII.Религиозность:

Строго соблюдаю религиозные правила. Не соблюдаю их.

Среднее, промежуточное между этими крайностями.

Не религиозен(на).

Наличие конфликтов в отношении к религиозности (с самим собой, с родственниками и т.п.).

VIII.Проблемы в настоящее время:

1.Начало первых болезненных проявлений - какие? когда? с чем связано?

2.Первое обращение к психиатру, психотерапевту, психологу - когда? с чем связано?

3.Где, когда и какими методами лечились непосредственно перед поступлением в отделение неврозов?

4. Утратилась ли Ваша трудоспособность?

5. Пребывание на больничном листе за последние 12 мес., укажите продолжительность -

6. Что беспокоит в настоящее время (желательно подробнее) -

7. На какие методы лечения возлагаете наибольшие надежды -

8. Чтобы Вы сделали, если бы лечение привело к полному выздоровлению -

9. Ваше отношение к произошедшим в стране политическим и социальным изменениям?

10. Оценка государственной политики в отношении социальной сферы?

Пациентам предлагалось самостоятельно (письменно) отразить весь свой жизненный путь, начиная с детских воспоминаний, с характеристикой атмосферы воспитания, взаимоотношений в родительской семье, основных этапов трудового и семейного анамнеза, описать особенности характера в различные возрастные периоды, а также начало заболевания, с указанием его возможной причины, динамику и проявления расстройств. При этом отсутствовало чёткое указание следовать пунктам опросника с конкретным ответом на поставленные вопросы, и обращалось внимание на то, что он имеет лишь вспомогательное значение, оказывая помощь в организации процесса работы пациента над методикой. В интерпретации данных оценивался объём изложения, стиль изложения, динамические характеристики почерка, непосредственное отношение пациента к заданию, чёткость выполнения инструкции.