

Т. В. Панько, А. І. Бугакова

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ГОСТРУ ТА ЗАТЯЖНУ НЕВРАСТЕНІЮ

Т. В. Панько, А. І. Бугакова

Клинико-психопатологические особенности больных острой и затяжной неврастенией

T. V. Panko, A. I. Bugakova

Clinical psychopathological features of patients with acute and prolonged neurasthenia

У статті наведені дані про особливості хворих на гостру та затяжну неврастенію. Їх аналіз показав, що при гострому перебігу неврастенії пацієнти мали помірний рівень депресії з переважанням когнітивного компонента, поєднання астено-депресивного, астено-агрипнічного та астено-іпохондричного симптомокомплексів, високий рівень тривожності, невпевненість в своїх силах, стурбованість, пригніченість і чутливість до реакцій оточуючих, зниження рівня адаптації, емоційного комфорту. Найважливішими рисами затяжного перебігу неврастенії були підвищений рівень депресії з домінуванням соматичної складової, провідний астено-депресивний симптомокомплекс, внутрішня напруженість, стурбованість, переважання похмурих передчуттів і роздумів, почуття провини, прагнення до більш високого рівня емоційного комфорту, адаптації та домінування у міжособистісних стосунках.

Ключові слова: невротичні розлади, неврастенія, гострий перебіг неврастенії, затяжний перебіг неврастенії, клініко-психопатологічні особливості

В статье представлены данные изучения особенностей больных острой и затяжной неврастенией. Их анализ показал, что при остром течении неврастении пациенты имели умеренный уровень депрессии с преобладанием когнитивного компонента, сочетание астено-депресивного, астено-агрипнического и астено-ипохондрического симптомокомплексов, высокий уровень тревожности, неуверенности в своих силах, беспокойства, подавленности и чувствительности к реакциям окружающих, сниженный уровень адаптации, эмоционального комфорта. Важнейшими чертами затяжного течения неврастении были повышенный уровень депрессии с преобладанием соматической составляющей, ведущий астено-депресивный симптомокомплекс, внутренняя напряженность, беспокойство, преобладание мрачных предчувствий и размышлений, чувство вины, стремление к более высокому уровню эмоционального комфорта, адаптации и доминированию в межличностных отношениях.

Ключевые слова: невротические расстройства, неврастенія, острое течение неврастении, затяжное течение неврастении, клинико-психопатологические особенности

The article gives data on the features of patients with acute and prolonged neurasthenia. Their analysis showed that in the acute course of neurasthenia patients had a moderate level of depression with a predominance of the cognitive component, a combination of asthenoid depression, asthenohypochondriac and asthen-agrypnical sympathetic complexes, a high level of anxiety, uncertainty in their strength, depression and sensitivity to the reactions of others, reducing the level of adaptation, emotional comfort. The most important features of the prolonged course of neurasthenia were elevated levels of depression with domination of the somatic component, a leading asthenoid-depressive symptom, internal tension, anxiety, the prevalence of gloomy feelings and reflections, feelings of guilt, a desire for a higher level of emotional comfort, adaptation and domination in interpersonal relationships.

Key words: neurotic disorders, neurasthenia, acute neurasthenia, prolonged course of neurasthenia, clinical and psychopathological features

Однією з найпоширеніших форм невротичних розладів є неврастенія. Психогенний конфлікт, що найчастіше призводить до розвитку цього захворювання, базується на підвищенні вимог до себе та неможливості їм відповідати [1, с. 9].

Діагностика неврастенії полягає у виявленні нервового виснаження, що розвивається після довготривалої дії на ЦНС психогенних або фізіологічних навантажень, високого рівня стресу та занепокоєння. Неадекватне оцінювання можливостей психічних ресурсів організму найчастіше спричиняє появу астеничного синдрому, який є провідним при неврастенії [2, с. 16].

Генез захворювання зумовлений перенапруженням мозкової діяльності в результаті надмірних навантажень, що призводять до неможливості повного розслаблення і повноцінного відпочинку. Результатом такого навантаження стає формування дистресу (надмірного нервового виснаження) з паралельним наростанням високого ступеня нервозності, хронічної втоми, інсомнії, нестримності емоцій і різких перепадів настрою [3, с. 43].

Клінічні дослідження показали, що важливими предикторами неврастенії були довготривалі хронічні патологічні процеси, токсичні впливи, інфекції різного походження і травми, які спричиняли порушення в обмінних процесах [4, с. 141].

Неврастенія часто розвивається у людей у віці найбільшої активності (20—45 років). Якщо раніше серед пацієнтів домінували чоловіки, то сьогодні захворюва-

ність на неврастенію у жінок зрівнялася з чоловічою захворюваністю [5, с. 417].

Неврастенія, що розглядається як психогенне захворювання, має різні типи перебігу. Неврастенія з тривалістю до 6 місяців найчастіше відповідає критеріям гострого перебігу, тоді як затяжні форми неврастенії тривають декілька років. В кожному випадку співвідношення різних чинників визначає тривалість захворювання (особливості клінічних проявів, особистості, патогенної ситуації, церебрального «ґрунту», супутні соматичні захворювання та ін.) [6, с. 79].

Незважаючи на високе значення особливостей перебігу неврастенії, це питання недостатньо висвітлено в вітчизняній та зарубіжній літературі. Вищевикладене зумовило мету цього дослідження — виявити клініко-психопатологічні особливості неврастенії при гострому та затяжному перебігу.

Основну групу дослідження склали 80 хворих на неврастенію (F 48.0), з них 40 хворих — з гострим перебігом неврастенії (ГПН), тривалістю захворювання до 6 місяців та 40 пацієнтів — з затяжним перебігом неврастенії (ЗПН) тривалістю більш ніж 6 місяців.

В процесі виконання використовували комплекс методів: «Шкала депресії» [7], 16-факторний особистісний опитувальник Sixteen Personality Factor Questionnaire (16 PF) Р. Кеттелла [8], методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда [9], «Шкала астеничного стану» [10, с. 416—417].

Аналіз методики «Шкала астеничного стану» показав наявність астенії у хворих обох груп (рис. 1).

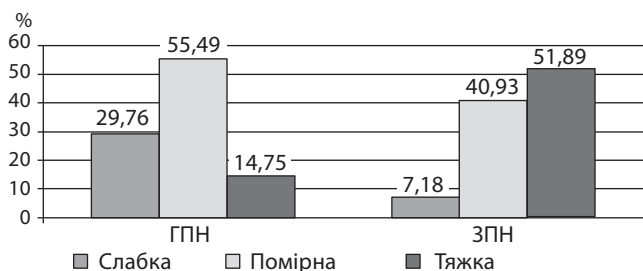


Рис. 1. Рівень астенії у хворих з ГПН та ЗПН

У хворих з ГПН найчастіше астенія була помірною (55,49 ± 1,01 %, $p < 0,05$), тяжка та слабка були наявні значно рідше (14,75 ± 0,84 % та 29,76 ± 0,36 % відповідно). При ЗПН тяжка астенія була зафіксована у 51,89 ± 1,43 % хворих, помірна — у 40,93 ± 1,21 %, а слабка — лише у 7,18 ± 0,42 % пацієнтів.

Під час вивчення вираженості симптомів депресії у хворих на неврастенію були отримані дані, наведені в таблиці. Було показано, що загальний рівень депресії (18,82 ± 0,64) у пацієнтів з ЗПН є вірогідно вищим за аналогічний показник при ГПН (13,64 ± 0,41, $p < 0,05$), при цьому когнітивна депресія в групі ГПН (8,08 ± 0,17) перевищує соматичну (5,56 ± 0,76, $p < 0,05$), а у хворих з ЗПН вони не мали вірогідних розбіжностей (9,24 ± 0,34 та 9,58 ± 0,41 відповідно).

Рівень депресії у хворих на неврастенію (в балах)

Показники	ЗПН (n = 40)	ГПН (n = 40)
Загальний рівень	18,82 ± 0,64*	13,64 ± 0,41
Когнітивна	9,24 ± 0,34	8,08 ± 0,17
Соматична	9,58 ± 0,41*	5,56 ± 0,76

Примітка. Дані наведені у форматі (M ± m). Вірогідність розбіжностей з контрольною групою за t-критерієм Стьюдента: * — розбіжності статистично вірогідні при $p < 0,05$

Структура симптомів депресії не мала значних розбіжностей у пацієнтів з різними формами неврастенії. Зокрема, скарги на дратівливість та стомлюваність при ГПН були найчастішими (70,00 ± 0,92 % та 74,21 ± 0,87 % відповідно (рис. 2).

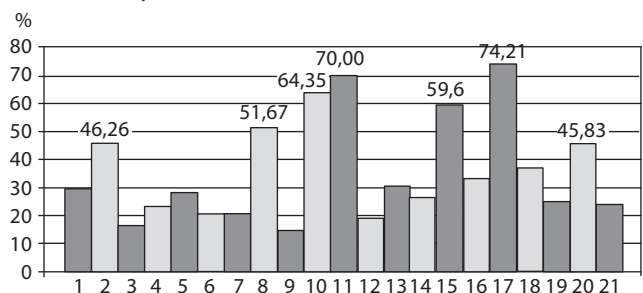


Рис. 2. Структура симптомів депресії у пацієнтів з ГПН

Умовні позначення. Тут і на рис. 3: 1 — Туга; 2 — Песимізм; 3 — Відчуття невдачливості; 4 — Незадоволеність собою; 5 — Почуття провини; 6 — Відчуття покарання; 7 — Самозаперечення; 8 — Самообвинувачення; 9 — Суїцидальні думки; 10 — Сльозливість; 11 — Дратівливість; 12 — Почуття соціальної відчуженості; 13 — Нерішучість; 14 — Дисморфобія; 15 — Труднощі в роботі; 16 — Порухення сну; 17 — Стомлюваність; 18 — Втрата апетиту; 19 — Втрата маси тіла; 20 — Заклопотаність станом здоров'я; 21 — втрата сексуальної пристрасті

Також у пацієнтів з ГПН були зафіксовані скарги на сльозливість (64,35 ± 0,38), самообвинувачення (51,67 ± 0,99), труднощі в роботі (59,6 ± 1,1), песи-

мізм (46,26 ± 0,72), заклопотаність станом здоров'я (45,83 ± 0,62).

Вираженість симптомів депресії при ЗПН відображена на рисунку 3.

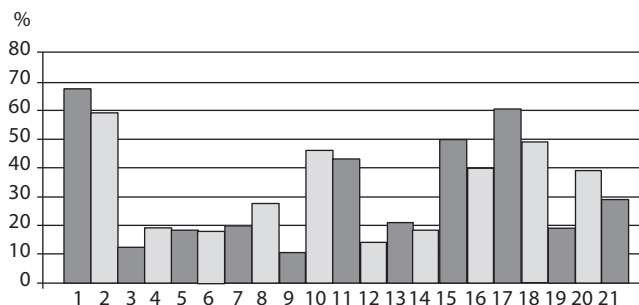


Рис. 3. Структура симптомів депресії у пацієнтів з ЗПН

Для хворих з ЗПН найбільш актуальними були скарги на тугу, песимізм та стомлюваність (67,3 ± 0,84, 60,4 ± 0,75 та 59,22 ± 0,87 відповідно). Також важливе значення мали труднощі в роботі (50,1 ± 0,63), втрата апетиту (49,23 ± 0,58), сльозливість (46,42 ± 0,88), дратівливість (43,11 ± 0,47), заклопотаність станом здоров'я (39,11 ± 0,46) та порушення сну (39,86 ± 0,93).

На ґрунті аналізу клініко-психопатологічних даних та зіставлення їх з результатами методики «Шкала депресії» були виокремлені провідні симптомокомплекси у хворих на неврастенію обох груп: астено-депресивний, астено-агрипнічний та астено-іпохондричний. В групі хворих з ГПН усі симптомокомплекси спостерігалися з однаковою частотою: астено-депресивний (34,62 ± 2,11 %), астено-агрипнічний (33,01 ± 1,09 %) та астено-іпохондричний (32,37 ± 0,83 %). У групі хворих з ЗПН переважав астено-депресивний (64,73 ± 1,06 %) симптомокомплекс (рис. 4).

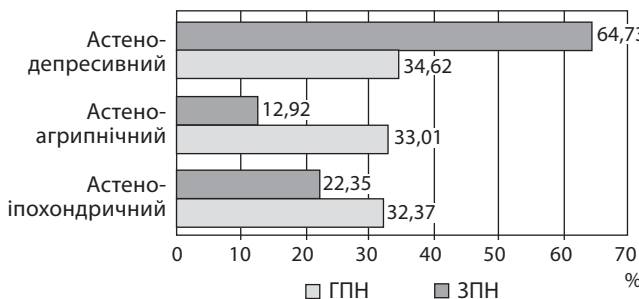


Рис. 4. Основні психопатологічні симптомокомплекси у хворих на неврастенію

Вірогідно ($p < 0,001$) значущі розбіжності за вираженістю перелічених симптомокомплексів у групах дослідження були виявлені щодо астено-депресивного (34,62 ± 2,11 % хворих з ГПН та 64,73 ± 1,06 % хворих з ЗПН, ДК = 2,45, MI = 2,03), астено-іпохондричного (32,37 ± 0,83 % та 22,35 ± 1,42 % відповідно, ДК = 3,78, MI = 2,71) та астено-агрипнічного (33,01 ± 1,09 % та 12,92 ± 0,47 % відповідно, ДК = 3,34, MI = 2,21), де ДК — діагностичний коефіцієнт, MI — міра інформативності Кульбака.

Наступним етапом дослідження було вивчення індивідуально-психологічних особливостей хворих на неврастенію. Аналіз результатів за опитувальником Р. Кеттелла дозволив продемонструвати деякі риси хворих з ГПН. Для них були притаманні такі характерологічні особливості: високий рівень тривожності, невпевненість в своїх

силах, стурбованість, пригніченість і чутливість до реакцій оточуючих ($7,34 \pm 1,67$ стевів). Було висловлено недовірливість, підозрілість, фіксація на невдачах, дратівливість, наявність внутрішнього напруження і захисту. При цьому хворі очікували від оточуючих прийняття відповідальності за власні помилки ($7,51 \pm 1,46$ стевів). Ці пацієнти характеризувалися також фрустрованістю, високою напруженістю ($6,97 \pm 1,42$ стевів); зайвою увагою до дрібниць ($4,85 \pm 1,73$ стевів); емоційною нестабільністю, вразливістю і занепокоєнням ($4,40 \pm 1,86$ стевів).

Аналіз результатів за опитувальником Р. Кеттелла в групі хворих на ЗПН показав, що серед особистісних характеристик цих пацієнтів переважали такі риси: внутрішня напруженість, висока тривожність, стурбованість, переважання похмурих передчуттів і роздумів, почуття провини ($7,42 \pm 1,81$ стевів). При цьому були виражені такі риси: підозрілість, догматичність, сильне почуття обов'язку і обмеженість у вчинках ($7,82 \pm 1,75$ стевів), а також емоційна нестабільність та вразливість ($4,02 \pm 1,79$ стевів). Пацієнти цієї групи відрізнялися також високим самоконтролем, цілеспрямованістю ($6,91 \pm 1,37$ стевів), практичністю, зібраністю та серйозністю ($4,62 \pm 1,39$ стевів).

Додатковий аналіз результатів дозволив виокремити 4 комплексних фактора другого порядку: F1, F2, F3 і F4, які оцінюють такі характеристики особистості: тривожність, екстраверсію, емоційну нестабільність і незалежність відповідно. Для пацієнтів з ГПН були характерні високі показники тривожності і стурбованості з приводу подій, що відбуваються, незадоволеність досягнутим ($F1 = 7,25$ стевів); достатня збалансованість між показниками екстраверсії і інтроверсії ($F2 = 5,25$ стевів); чутливість, вразливість, труднощі у прийнятті рішень через надлишок роздумів ($F3 = 4,74$ стевів); а також залежність від оточуючих, пасивність, схильність орієнтуватися на групові норми ($F4 = 3,6$ стевів).

Для пацієнтів з ЗПН були характерні високі показники тривожності і стурбованості з приводу подій, що відбуваються, незадоволеність досягнутим ($F1 = 7,86$ стевів); достатня збалансованість між показниками екстраверсії і інтроверсії ($F2 = 5,28$ стевів); наявність гіперемоційності, труднощів у прийнятті рішень через вагання і сумніви ($F3 = 4,49$ стевів); а також відносної незалежності від оточуючих, сміливості і кмітливості ($F4 = 5,71$ стевів).

Вивчення особливостей соціальної адаптації дозволило виокремити деякі загальні та специфічні характеристики хворих з ЗПН та ГПН (рис. 4).

Загальні особливості пацієнтів з ГПН та ЗПН полягали в тому, що досліджувані обох груп вище середнього оцінювали показники «прийняття інших» ($66,85 \pm 7,23 \%$ і $70,05 \pm 8,23 \%$ відповідно) і «інтернальність» ($59,72 \pm 6,84 \%$ і $54,88 \pm 6,11 \%$ відповідно).

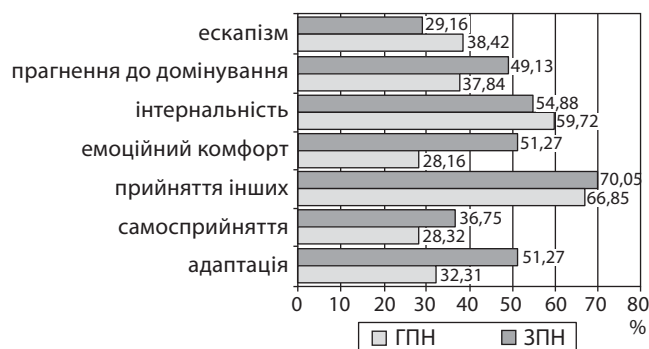


Рис. 5. Особливості соціальної адаптації пацієнтів з ГПН та ЗПН

Були виокремлені специфічні особливості пацієнтів з ГПН, які полягали в низьких показниках рівня адаптації ($32,31 \pm 2,97 \%$), емоційного комфорту ($28,16 \pm 2,52 \%$) і прагнення до домінування ($37,84 \pm 3,02 \%$), тоді як при ЗПН ці показники були вірогідно вищими ($51,27 \pm 4,97 \%$, $51,27 \pm 4,21 \%$, $49,13 \pm 4,13 \%$ відповідно). Також відрізнялися показники «ескапізму» і «самосприйняття»: у пацієнтів з ГПН був більш виражений ескапізм ($p \leq 0,05$, $t = 3,480$), тоді як у пацієнтів з ЗПН вищими були показники самосприйняття ($p \leq 0,05$, $t = 2,663$). Аналізуючи отримані дані, можна сказати, що пацієнти з ГПН відрізнялися від пацієнтів з ЗПН переважанням стратегії уникнення, небажанням брати на себе відповідальність ($p \leq 0,05$, $t = 2,271$), наявністю дезадаптації ($p \leq 0,05$, $t = 3,590$) і вираженим емоційним дискомфортом ($p \leq 0,05$, $t = 3,541$).

Отже, проведене дослідження дозволило виокремити базові клініко-психопатологічні особливості хворих з ГПН та ЗПН. При ГПН до таких були віднесені: помірний рівень депресії з переважанням когнітивного компонента, поєднання астено-депресивного, астено-агрипнічного та астено-іпохондричного симптомокомплексів, високий рівень тривожності, невпевненість в своїх силах, стурбованість, пригніченість і чутливість до реакцій оточуючих, зниження рівня адаптації, емоційного комфорту.

Найважливішими рисами хворих з ЗПН були підвищений рівень депресії з домінуванням соматичної складової, провідний астено-депресивний симптомокомплекс, внутрішня напруженість, стурбованість, переважання похмурих передчуттів і роздумів, почуття провини, прагнення до більш високого рівня емоційного комфорту, адаптації та домінування у міжособистісних стосунках.

Список літератури

1. Вельтищев Д. Ю. Неврастения: история и современность // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2011. № 4. С. 9—13
2. Шамрей В. К. Резидуально-дефицитарные состояния при расстройствах невротического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. № 4. С. 14—18
3. Чутко Л. С., Сурушкина С. Ю. Неврастения: состояние проблемы и подходы к терапии // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013. № 2. С. 42—45
4. Федченко В. Ю. Роль сучасних факторів психічної травматизації в розвитку неврастенії // Експериментальна і клінічна медицина. 2012. № 2. С. 141—147.
5. Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврология и психосоматическая медицина. Москва : МЕДпресс-информ, 2002. 608 с.
6. Гнатюк Р. М., Чабан О. С. Перебіг та вихід неврастенії сучасності // Вісник наукових досліджень. 2000. № 3. С. 79—80.
7. Бек А., Раш А., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб. : Питер, 2003. С. 304.
8. Батаршев А. В. Диагностика пограничных психических расстройств личности и поведения. Москва : Изд-во Института психотерапии, 2004. 320 с.
9. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. Москва : Изд-во Института психотерапии, 2002. С. 193—197.
10. Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога : учебное пособие. Москва : ГИЦ «Владос», 1999. С. 416—417.

Надійшла до редакції 26.10.2017 р.

ПАНЬКО Тамара Василівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу неврозів та пограничних станів Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна; e-mail: tamarapanko@ukr.net

БУГАКОВА Аріна Ігорівна, студентка 4 курсу Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна, медичний факультет, м. Харків, Україна

PANKO Tamara, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: tamarapanko@ukr.net

BUGAKOVA Arina, Student of 4 year of V. N. Karazin's Kharkiv National University, Faculty of Medicine, Kharkiv, Ukraine