

І. О. Явдак

ФЕНОМЕНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ДИСОЦІАТИВНИХ РОЗЛАДІВ

И. А. Явдак

Феноменологические особенности клинических проявлений резистентности диссоциативных расстройств

I. Yavdak

Phenomenological specifics of clinical manifestations of dissociative disorders resistance

Наведено дані комплексного клініко-психопатологічного дослідження, спрямованого на вивчення особливостей клінічних проявів резистентності дисоціативних розладів. В рамках роботи проаналізовано особливості початку захворювання, фактори психотравматизації, синдромальна структура та клініко-психопатологічні прояви дисоціативного розладу в порівняльному аспекті двох досліджуваних груп: з ознаками резистентності та без. Як конкретні клініко-психопатологічні ознаки резистентності дисоціативних розладів виокремлено: наявність соматоневрологічної обтяженості; затяжний початок захворювання; перенесення власних переживань винятково в сферу здоров'я; переважання у клінічній картині перманентних соматовегетативних розладів та поєднання декількох психопатологічних (іпохондричного, депресивного, фобічного) синдромів; формування ригідної «обмежувальної» поведінки та реакцій ворожості та осуду, спрямованих на інших осіб.

Ключові слова: резистентність, клінічна картина, дисоціативні розлади

Представлены данные комплексного клинико-психопатологического исследования, направленного на изучение особенностей клинических проявлений резистентности диссоциативных расстройств. В рамках работы проанализированы особенности начала заболевания, факторы психотравматизации, синдромальная структура и клинико-психопатологические проявления расстройств в сравнительном аспекте двух групп: с признаками резистентности и без. В качестве конкретных клинико-психопатологических признаков резистентности диссоциативных расстройств выделены: наличие соматоневрологической отягощенности; затяжное начало заболевания; перенос собственных переживаний исключительно в сферу здоровья; преобладание в клинической картине перманентных соматовегетативных расстройств; сочетание нескольких психопатологических (ипохондрического, депрессивного, фобического) синдромов; формирование ригидного «ограничительного» поведения и реакций враждебности и осуждения, направленных на других лиц.

Ключевые слова: резистентность, клиническая картина, диссоциативные расстройства

The data of integrated clinical and psychopathological study aimed at examining clinical manifestations of dissociative disorder resistance is given. The paper analyzed characteristic features of disease onset, psychological traumatization factors, syndromal structure of clinical and psychopathological disorder manifestations, comparing the results of two groups, identifying those who demonstrated the signs of resistance and without them. The specific clinical and psychopathological symptoms of dissociative disorders were identified, including evident somatic and neurological complications; protracted onset of the disease; limiting one's own worries only to the sphere of health; predominance of permanent somatic-vegetative disorders in the clinical picture; a combination of several psychopathology (hypochondriac, depressive, phobic) syndromes; developing rigid «restrictive» behavior and reactions of hostility and disapproval towards others.

Key words: resistance, clinical picture, dissociative disorders

Зростання рівня важкокурабельних форм невротичної патології відображає безліч нерозв'язаних проблем в клінічній психіатрії. Найбільш складною з них є питання резистентності невротичних розладів, що є важливим чинником формування затяжних форм невротичної хвороби з розвитком патохарактерологічних розладів особистості та порушень соціального функціонування індивіда [1—5].

Незважаючи на велику кількість досліджень, присвячених невротичним розладам, питання резистентності при цій патології залишаються на сьогоднішній день не визначеними. Відсутні дані щодо критеріїв оцінки вірогідності формування резистентності невротичної хвороби, її специфічних клініко-патогенетичних маркерів, що не дозволяє розробляти та застосовувати конкретні цілеспрямовані програми подолання та попередження розвитку резистентності.

Вищезазначене і зумовило мету цієї роботи — визначити клініко-психопатологічні особливості резистентних форм дисоціативних розладів для удосконалення критеріїв їх прогнозування.

Обстежено 50 пацієнтів, хворих на дисоціативні розлади (F44.7, відповідно до критеріїв МКХ-10), з яких 30 — з ознаками резистентності склали основну групу дослідження, 20 — без ознак резистентності — групу контролю.

Для реалізації мети дослідження використовували клініко-психопатологічний метод, що включав вивчення анамнезу і клінічного стану хворих та доповнювався використанням опитувальника (SCL-90-R) для оцінки вираженості психопатологічної симптоматики [6]. Оброблення отриманих даних проводили за допомогою комп'ютерних програм Excel та Statistica Electronic Manual Features 6.0, з використанням методів описової та порівняльної статистики.

За статтю та віком обстежені обох груп суттєво не відрізнялись. Серед обстежених осіб превалювали жінки, середній вік яких складав 35—37 років.

Для більшості хворих на дисоціативні розлади була характерна наявність соматичної обтяженості, при цьому у хворих основної групи показники соматичної обтяженості достовірно перевищували ці ж показники у хворих контрольної групи (100,00 % і 70,00 % відповідно). Проведений аналіз супутньої соматичної патології дозволив встановити, що хворі основної групи до звернення до психіатра достовірно частіше отримували консультації різних фахівців, проходили всебічні обстеження, курси лікування у терапевта та невропатолога, в результаті чого їм достовірно частіше, ніж хворим контрольної групи, встановлювали різноманітні діагнози (ВСД, холецистит, гастродуоденіт, коліт, дискінезія жовчовивідних шляхів, аутоімунний тиреоїдит, фаринголарингіт, наслідки черепно-мозкової травми, хронічний риніт, нейродерматит та ін.).

Аналіз початку формування дисоціативних розладів у обстежених хворих продемонстрував переважання серед хворих на дисоціативні розлади з ознаками резистентності пацієнтів з затяжним — 18 (60,00 %) та підгострим — у 10 (33,33 %) початком захворювання, тоді як у хворих без ознак резистентності початок хвороби був переважно гострим — у 12 (60,00 %) та підгострим — у 7 (35,00 %) (табл. 1).

Таблиця 1. Особливості формування захворювання у хворих на дисоціативні розлади

Початок хвороби	Хворі на дисоціативні розлади			
	з ознаками резистентності (n = 30)		без ознак резистентності (n = 20)	
	абс. к-сть	%	абс. к-сть	%
гострий	2	6,67	12	60,00 *
підгострий	10	33,33	7	35,00
затяжний	18	60,00 *	1	5,00

Примітка. Тут і далі: * — різниці достовірні при $p \leq 0,05$

Усі обстежені хворі на дисоціативні розлади характеризувались поєднанням психогеній, що посилювало соціальну дезадаптацію хворих (табл. 2). При цьому треба зазначити, що хворі основної групи самостійно не декларували свої особисті психотравмуючі переживання, роблячи акцент на проблемах свого соматичного здоров'я. При докладному аналізі у них значно частіше виявлялися психотравмуючі чинники як-от: погіршення матеріально-побутового рівня життя (70 %), несподіваний розпад сім'ї (46,67 %), а також ятрогенії (63,33 %), порівняно з хворими контрольної групи, де ці чинники психотравматизації фіксувались в 45 %, 20 % та 25 % випадків, відповідно, при $p \leq 0,05$. При цьому хворі без ознак резистентності достовірно частіше вказували на конкретні психотравмуючі чинники, серед яких переважали проблеми в міжособистісних взаєминах у родині, а саме — часті сімейно-побутові конфлікти — 80,0 %, при $p \leq 0,05$, порівняно з хворими на резистентні форми дисоціативних розладів (43,33 %).

Таблиця 2. Психотравмуючі чинники у хворих на дисоціативні розлади

Психотравмуючі чинники	Хворі на дисоціативні розлади			
	хворі з ознаками резистентності (n = 30)		хворі без ознак резистентності (n = 20)	
	абс. к-сть	%	абс. к-сть	%
Соціальні				
Службові конфлікти	12	40,00	7	35,00
Втрата роботи, безробіття	8	26,67	4	20,00
Вихід на пенсію	—	—	—	—
Матеріально-побутові				
Зміна місця проживання	2	6,67	1	5,00
Погіршення матеріально-побутового рівня життя	21	70,00*	9	45,00
Сімейні та особистісні				
Несподіваний розпад сім'ї	14	46,67*	4	20,00
Самотність, емоційна ізоляція	—	—	—	—
Сімейно-побутові конфлікти	13	43,33	16	80,00*
Ятрогенії	19	63,33*	5	25,00
Хвороба близької людини	6	20,00	4	20,00
Смерть близького	6	20,00	2	10,00
Наявність соматичного захворювання	17	56,67	8	40,00
Відсутність психотравмуючих чинників	—	—	—	—

Аналіз наведених даних дозволив встановити більшу представленість психогеній в групі хворих на дисоціативні розлади з ознаками резистентності, які у більшості спостережень були приховані за хвилюваннями у сфері власного здоров'я. Зазначене свідчить про трансформацію особистих переживань резистентних хворих у сферу здоров'я.

Клінічна картина хворих на дисоціативні розлади характеризувалась «мерехтінням» симптоматики, наявністю протилежних за знаком і полярних за значенням емоцій. Емоційні порушення у хворих основної групи формувалися переважно у відповідь на особистісно значимі для хворого психотравмуючі чинники, які після приєднання соматовегетативних розладів трансформувалися

в хвилювання у сфері власного здоров'я, з формуванням і поступовим ускладненням клінічної симптоматики. Соматовегетативні прояви мали як ситуативний, так і перманентний характер, були лабільні та поступово сприяли створенню складних багатовимірних соматовегетативних синдромів.

У хворих на дисоціативні розлади без ознак резистентності достовірно частіше виявляли емоційно лабільний синдром (75,00 % хворих групи контролю та 36,67 % хворих основної групи) і тривожні розлади (60,00 % хворих групи контролю та 43,33 % хворих основної групи), вісцеральні прояви мали переважно пароксизмальний характер (55,00 % хворих групи контролю) (рис. 1).



Рис. 1. Синдромальна структура дисоціативних розладів у хворих основної та контрольної груп

Умовні позначення: 1. Емоційно лабільний; 2. Тривожний; 3. Депресивний; 4. Астенічний; 5. Іпохондричний; 6. Соматовегетативний (пароксизмальний); 7. Соматичний (перманентний); 8. Фобічний; 9. Сенестопатичний; 10. Агріпнічний; 11. «Обмежувальна» поведінка

Клінічні ж прояви у хворих на дисоціативні розлади з резистентним типом перебігу характеризувалися формуванням більш складних синдромокомплексів (іпохондричних, фобічних, депресивних та їх поєднанням) з достовірним збільшенням соматовегетативних проявів внаслідок формування перманентних соматичних розладів (76,67 % хворих основної групи).

Однією з відмінних особливостей між хворими досліджуваних груп є тривога. Дані, наведені на рисунку 1, демонструють превалювання тривоги в структурі дисоціативних розладів без ознак резистентності. З іншого боку, наведені дані свідчать, що у хворих з ознаками резистентності поряд з соматизацією достовірно частіше формуються іпохондричні (70,00 % хворих основної групи) і фобічні (53,33 % хворих основної групи і 30,00 % хворих контрольної групи) переживання. Отже, тривожні прояви і переживання у хворих з резистентними дисоціативними розладами «нівельюються», трансформуючись у більш складні за структурою і курабельністю синдромокомплекси. Тобто наявність в клінічній картині тривоги є «мобілізуєчим» фактором, спрямованим на пошук способів подолання хвороби, виходу зі складної ситуації. При подальшій трансформації тривоги в інші синдроми знижується біологічна стимульність до змін і хвороба може приймати стійкий (резистентний) характер.

Формування у хворих на резистентні дисоціативні розлади перманентного соматовегетативного, іпохондричного, фобічного, депресивного синдромів сприяло розвитку у 80,00 % спостережень «обмежувальної поведінки», яка мала переважно умовно вигідний характер і характеризувалася лабільністю, вираженою залежністю від зовнішніх чинників.

При провідних іпохондричних переживаннях поведінка хворих мала «охоронний» для здоров'я характер (контроль за роботою внутрішніх органів, багаторазові обстеження і консультації, обмеження рухового режиму, особливий режим харчування тощо).

У разі превалювання в клініці фобічної симптоматики (8 — 26,67 % обстеження основної групи) хворі підкреслювали страх перед нападами, перед «інсультом», конт-

ролювали серцевий ритм, уникали дій і місць, з якими були пов'язані фобії.

Акцентом на депресивних почуттях характеризувалися 16,67 % хворих основної групи. Вони відрізнялися прагненням до усамітнення, «самоізоляції», поясненням своїх дій пригніченим настроєм та ін.

Синдромоутворення у хворих на резистентні дисоціативні розлади характеризувалось первинним виникненням соматовегетативних розладів, які після перенесення психотравмуючих хвилювань у сферу власного здоров'я ускладнювались іпохондричною симптоматикою, фобічними та депресивними синдромами, в результаті чого формувалися умовно вигідні поведінкові «стратегії уникнення» (залежно від специфіки синдрому: «фобічні», «іпохондричні», «депресивні»).

Дані, отримані при використанні шкали SCL-90-R, повністю збігаються з клінічною картиною обстежених хворих і дозволили більш докладно оцінити їхній стан. Статистично оброблені дані графічно наведені на рисунку 2.

Вираженість, бали

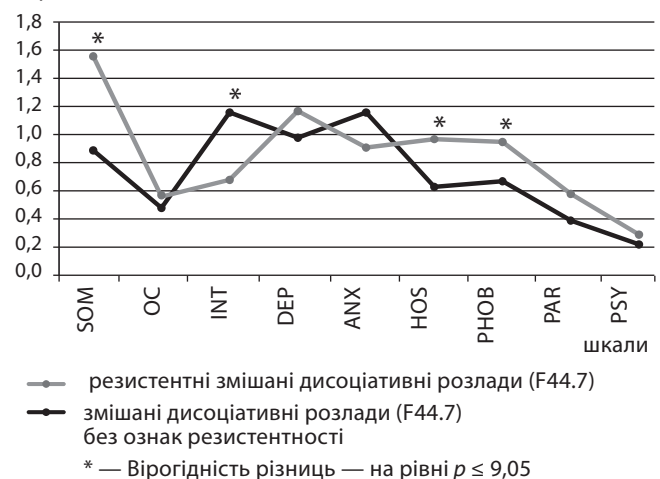


Рис. 2. Вираженість психопатологічної симптоматики у хворих на дисоціативні розлади основної та контрольної груп (за даними шкали SCL-90-R)

Умовні позначення шкал: SOM — Шкала соматизації (Somatization), OC — Шкала обсессивності-компульсивності (Obsessive-Compulsive), INT — Шкала міжособистісної сенситивності (Interpersonal Sensitivity), DEP — Шкала депресії (Depression), ANX — Шкала тривожності (Anxiety), HOS — Шкала ворожості (Hostility), PHOB — Шкала фобічної тривожності (Phobic Anxiety), PSY — Шкала психотизму (Psychoticism), PAR — Шкала параноїальних тенденцій (Paranoid Ideation)

Як видно з наведеної діаграми, у хворих на дисоціативні розлади з резистентним перебігом за даними шкали SCL-90-R домінувала соматизація (SOM). При цьому рівень соматизації у хворих з резистентними дисоціативними розладами був статистично значно вираженішим, ніж у хворих контрольної групи (1,56 бала та 0,89 бала відповідно при $p \leq 0,01$), що відображало їхню фіксованість на відчутті тілесної дисфункції, наявність еквівалентів соматичної тривожності. В той час як у хворих без ознак резистентності превалювали симптоми, що клінічно були пов'язані з високим рівнем маніфестованої тривоги (1,16 бала за шкалою ANX на відміну 0,91 бала у хворих основної групи), тобто нервовість, напруження, тремтіння, напади паніки та ін.

Крім цього, достовірні відмінності між групами виявлені за шкалами міжособистісної сенситивності (INT), ворожості (HOS) та фобічної тривожності (PHOV). Зокрема, хворі на резистентні дисоціативні розлади характеризувались значно вираженішим рівнем ворожості (0,97 бала) та фобічної тривожності (0,95 бала) порівняно з контрольною групою, де ці показники склали 0,63 та 0,67 бала відповідно, при $p \leq 0,05$. Тобто, резистентним хворим були більш властиві прояви афективного стану злості, як-от агресивність, роздратованість та обурення, а також стійкі реакції страху, які призводять до поведінки «уникнення». Водночас у хворих контрольної групи порівняно з резистентними хворими значно вираженішим виявився рівень міжособистісної сенситивності (1,16 та 0,68 бала відповідно при $p \leq 0,01$), що свідчить про виражене відчуття особистої неповноцінності, наявність дискомфорту в процесі міжособової взаємодії, причина якого пов'язується з власною особою. У хворих же з резистентним типом перебігу дисоціативного розладу превалювали реакції ворожості та осуду, спрямовані на інших осіб.

Оцінюючи показники за шкалами, що характеризують тривогу, треба зазначити, що у хворих без ознак резистентності тривожні прояви у вигляді маніфестованої тривоги (нервовість, напруження, тремтіння, напади паніки та ін.) за шкалою ANX були вище цих показників в основній групі. При цьому у хворих основної групи вищими були показники за шкалами фобічної тривожності (PHOV) і соматизації (SOM), що свідчить про трансформацію маніфестованої тривоги у хворих на резистентні дисоціативні розлади в більш складні синдромоутворення (соматизація, фобії та ін.).

Отже, за даними шкали SCL-90-R, хворі з резистентним типом перебігу дисоціативного розладу характеризувались високим рівнем соматизації (відчуттям тілесної дисфункції), ворожості щодо оточення (дратівливість, агресивність, реакції гніву) та вираженим відчуттям страху. Тоді як хворим на дисоціативні розлади без ознак резистентності був властивий більш виражений рівень міжособистісної сенситивності та маніфестованої тривоги, що свідчить про наявність відчуття особистісної чутливості та невпевненості, що пов'язуються з власною особою, а у резистентних хворих, навпаки, превалюють претензійні реакції осуду оточення.

Отже, результати проведеного дослідження дозволяють окреслити характерні клініко-психопатологічні ознаки резистентності дисоціативних розладів, які включають: наявність соматоневрологічної обтяженості; затяжний початок захворювання; перенесення власних переживань винятково в сферу здоров'я; переважання

у клінічній картині перманентних соматовегетативних розладів та поєднання декількох психопатологічних (іпохондричного, депресивного, фобічного) синдромів; формування ригідної «обмежувальної» поведінки з маскою тяжкого соматичного хворого, депресії або фобій та наявністю реакцій ворожості та осуду, спрямованих на інших осіб.

Передумовою формування резистентності у хворих на дисоціативні розлади є поєднання складних, суб'єктивно важкоподоланих психотравмуючих чинників, поширених переважно на сферу здоров'я, що клінічно відображається у вигляді соматизації, з формуванням складних клініко-психопатологічних комплексів (іпохондрично-депресивно-фобічних).

Отримані в процесі дослідження дані є доцільним використовувати для розроблення програм діагностики, терапії та профілактики резистентності при дисоціативних розладах.

Список літератури

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства // Психиатрия : национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова и др. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 331—349.
2. Васильева А. В., Караваева Т. А., Полторац С. В. Затяжные формы невротических расстройств: клинико-психопатологические аспекты и вопросы терапии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2012. № 4. С. 81—87.
3. Резистентні тривожно-фобічні розлади (чинники формування та методи корекції) / Н. О. Марута, І. О. Явдак, С. П. Колядко, О. С. Череднякова // Таврический журнал психиатрии. 2013. Т. 16, № 3 (64). С. 116—123.
4. Марута, Н. О. Клинико-психопатологические особенности современных невротических расстройств // Международный медицинский журнал. 2004. Т. 10, № 1. С. 38—42.
5. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні (Інформаційно-аналітичний огляд за 2002—2011 рр.). Київ; Харків, 2012. С. 131.
6. Практикум по психології посттравматического стресса / под ред. Н. В. Тарабриной. СПб.: Питер, 2001. 272 с.

Надійшла до редакції 23.02.2017 р.

ЯВДАК Ірина Олександрівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу неврозів і пограничних станів Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна; e-mail: iyavdak@ukr.net

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