

**С. В. Рокутов**, *внештатн. науч. сотрудн.*  
Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

## НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ (КЛИНИКА, МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ)

Структура заболеваемости психическими расстройствами свидетельствует о том, что в Украине в последние годы отмечается значительный рост психогенных по происхождению, соматизированных, психосоматических и нейросоматических психических заболеваний с хроническим течением [1, 8, 9].

Среди этих форм патологии особое место занимает хроническая нейросенсорная тугоухость, при которой утрата слуха происходит в трудоспособном возрасте, когда нарушенная слуховая функция существенно затрудняет межличностное взаимодействие, коммуникации и обуславливает предпосылки развития и формирования пограничной патологии у этой категории больных [8, 11].

Эти пациенты, как правило, длительно наблюдаются и лечатся у ЛОР-специалистов, в то время как развившиеся у них невротические, невротоподобные и личностные проявления пограничного уровня остаются вне поля зрения психиатров [11].

Важной особенностью пациентов с хронической нейросенсорной тугоухостью является полиморфизм клинических проявлений, обусловленный различиями этиологии заболевания, степенью слуховой и вестибулярной дисфункции, сочетающийся с органическим поражением головного мозга, что создает предпосылки для формирования разнообразных пограничных, и прежде всего невротических расстройств [4].

Поэтому целью настоящего исследования явилось изучение клинико-психопатологических особенностей и патопсихологических механизмов формирования невротических расстройств у лиц с хронической нейросенсорной тугоухостью и разработка принципов терапии и реабилитации данного континента больных.

Для реализации данной цели в работе использован комплекс методов, включающий клинико-психопатологический метод и психодиагностические методики (стандартизированный многофакторный метод исследования личности [13], цветовой тест Люшера [7], методика оценки уровня тревожности Спилбергера — Ханина [10], шкала депрессии Зунге [15], Торонтская шкала алекситимии G. J. Taylor [10], Личностный опросник Айзенка (EPI) [10], Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) [5], Теппинг-тест [2], счет по таблицам Шульте [3], тест неоконченных предложений Сакса и Леви [14]), а также методы статистической обработки полученных данных [12].

Нами обследовано 73 больных с невротическими расстройствами, развившимися на фоне нейросенсорной тугоухости (основная группа): у 33 (45,2 %) больных регистрировалась неврастения (F 48.0), у 28 (38,4 %) больных — расстройства адаптации (F 43.21), у 12 (16,4 %) обследованных — обсессивно-фобическое расстройство (F 40.1).

Контрольную группу составили 53 больных нейросенсорной тугоухостью без признаков психической патологии.

Анализируя особенности тугоухости в данной группе больных, мы отметили, что I (легкая) степень тугоухости отмечалась у 28 (38,4 %) больных, II (уме-

ренная) — у 30 (41,1 %) больных, III (выраженная) — у 10 (13,7 %) обследованных, IV (тяжелая) — у 5 (6,8 %) больных, т. е. у больных невротическими расстройствами преобладали I и II степени нейросенсорной тугоухости с длительностью слуховых расстройств от 6 месяцев до 3 лет.

При обследовании 33 больных неврастением установлено следующее.

Причиной развития *неврастении* были психогенные факторы: утрата работы 54,5 % (18 человек), конфликты в семье 24,2 % (8 человек) и на работе 21,2 % (7 человек). При этом дефект слуха являлся специфической, «фоновой» психогенией, которая усиливала действия основной.

Клиническая картина неврастении у всех больных этой подгруппы характеризовалась наличием раздражительности (100 %), быстрой утомляемости (93,9 %), расстройств сна (90,9 %), вегетативных нарушений (84,8 %), сниженного настроения (63,6 %).

Раздражительность у больных проявлялась в гневливости, повышенной возбудимости, ворчливости, придирчивости, особенно в период, когда больные испытывали трудности в общении из-за своего дефекта слуха. Больные были недовольны собой и другими, для них была характерна «беспокойная» деятельность и «неумение отдыхать». У части обследуемых явления раздражительности были кратковременными и часто сменялись слезами или извинениями.

Утомляемость проявлялась более или менее быстро возникающим чувством физической и умственной усталости, снижением работоспособности, неспособностью к длительному напряжению. В работе больные быстро истощались, у них снижалось качество выполняемой работы. Ухудшение качества работы вызывало у больных отчаяние и слезы.

На фоне сниженного слуха и в связи со снижением качества работы больные еще сильнее чувствовали себя неполноценными и старались «работать еще лучше». Подобное состояние приводило к еще большему психическому и физическому истощению.

Расстройства сна у больных с нейросенсорной тугоухостью, осложненной неврастением, имели неоднородный характер. У части больных регистрировались затруднения в засыпании, при этом отмечалась закономерность — чем сильнее усталость, тем труднее засыпание (45,5 %). У другой части больных расстройства сна проявлялись упорной и длительной бессонницей или сном без «чувства сна», когда больной считает, что он не спал (54,5 %). Реже отмечалась повышенная сонливость днем, сочетающаяся с постоянной физической и психической усталостью и бессонницей ночью (33,3 %). У большинства больных сон характеризовался чуткостью, тревожностью, отсутствием «свежести» после сна (60,6 %). Нарушения сна у обследуемых всегда сочетались с колебаниями настроения, самочувствия и работоспособности.

Из вегетативных симптомов у обследуемых с неврастением чаще отмечались головные боли стягивающего характера при волнениях, усталости и стрессовых

состояниях (57,5 %), лабильность пульса и артериального давления (51,5 %), тремор пальцев рук (39,4 %), гипергидроз (42,4 %).

Наряду с вышеописанными симптомами, у больных неврастенией наблюдались колебания эмоционального состояния, частая смена настроения (от приподнятого до пессимистического), чередования тревоги, обиды, гневливости, растерянности и т. д. У 63,6 % больных настроение было сниженным.

Согласно результатам анализа данных опросника выраженности психопатологической симптоматики у больных неврастенией отмечено наличие межличностной сенситивности, депрессии и соматизации.

Среди обследованных было 12 (16,4 %) больных с диагнозом обсессивно-фобического расстройства, которые проявлялись в виде социальных фобий (F 40.1).

*Обсессивно-фобические расстройства* формировались в результате воздействия специфических психогений в виде перенесенных вегетососудистых пароксизмов — 75,0 % (9 человек) и переживаний по поводу болезни близких — 25,0 % (3 человека). Клиническими проявлениями обсессивно-фобических расстройств у всех больных нейросенсорной тугоухостью являлись состояния тревоги (91,6 %) и страха (100 %), обусловленные преимущественно ситуациями речевого общения (при встрече с противоположным полом, при публичном выступлении, при общении с администрацией и другими «важными» людьми т. д.). Состояние страха формировалось у большинства больных постепенно на фоне смущения по поводу ранее неудачных речевых коммуникаций с нарастающим чувством собственной неполноценности.

У 9 больных (75 %) отмечалось избегание подобных встреч и общений под любыми предлогами. Чем чаще больные нейросенсорной тугоухостью избегали речевых общений, тем быстрее у них формировался страх перед последующими коммуникациями и больше расширялся круг людей, с которыми больные избегали общения.

Постепенно к проявлениям страха при ожидании общения и в период самого общения присоединялись вегетативные расстройства, усиливающие чувство страха.

Из вегетативных расстройств у обследуемых наблюдались тремор, гипергидроз (75,0 %), боли и неприятные ощущения в области сердца (66,6 %), затруднения дыхания (50,0 %), головокружение (41,6 %). У 4 больных (33,3 %) концентрация внимания на вегетативных расстройствах обуславливала вторичный страх потери сознания. При этом ни у одного больного из этой подгруппы не выявлено выраженной панической атаки.

Согласно результатам анализа данных опросника выраженности психопатологической симптоматики у этой подгруппы пациентов выявлено преобладание межличностной сенситивности, обсессивно-компульсивных расстройств, генерализованной и фобической тревожности.

*Расстройства адаптации* регистрировались у 28 (38,4 %) обследованных и проявлялись в виде пролонгированной депрессивной реакции (F 43.21).

Важно отметить, что у 42,9 % больных (12 чел.) с расстройствами адаптации определялась I (легкая) степень тугоухости, у 32,1 % больных (9 чел.) определялась II (умеренная) степень тугоухости, у 3,6 % (1 больного) — III степень тугоухости. Из этой подгруппы больных только 6 чел. (21,4 %) пользовались слуховыми

аппаратами. Ни один больной из этой подгруппы не был инвалидом.

Согласно результатам исследования расстройства адаптации в 95,4 % случаев встречаются у больных нейросенсорной тугоухостью I—II степени, с длительностью слуховых нарушений от 1 до 3-х лет.

Депрессивные проявления в этой подгруппе возникали у обследованных в ответ на острую психогению. У 18 (64,3 %) больных в качестве психогении выступало наличие дефекта слуха (установление диагноза, чувство неполноценности, связанное с тугоухостью, мысли о невозможности полноценно трудиться или устроить свою личную жизнь), а у 10 больных (35,7 %) — переживание разлуки или болезнь близких.

Под действием этих факторов у пациентов возникало чувство неуверенности, они считали, что не справятся с жизненными задачами из-за плохого слуха, думали, что к ним относятся по-особому, одни с жалостью, другие с пренебрежением. На высоте подобных переживаний возникали мысли о личной обузе для семьи и сотрудников по работе, «никчемности», профессиональной непригодности и т. д. На этом фоне у этих больных формировались астено-депрессивные и депрессивные расстройства в рамках расстройств адаптации.

Расстройства адаптации у обследованных проявлялись сочетанием астенических (89,3 %) и депрессивных (100,0 %) расстройств.

Больные с этим вариантом психической патологии отмечали повышенную утомляемость (89,3 %), которую пытались преодолеть старательностью, усидчивостью и повышенной требовательностью к себе и окружающим. Подобная гиперкомпенсация по типу замкнутого круга усиливала утомляемость и углубляла астенические явления. Усиление астенических симптомов приводило к ухудшению слуха и новым проблемам в речевом общении.

Характерным для больных было снижение трудоспособности (96,4 %), ухудшение памяти (64,3 %) и внимания (67,9 %), что приводило к рассеянности на работе, увеличению числа ошибок, которые с еще большей силой убеждали больного в его профессиональной некомпетентности и обузе для окружающих.

Указанные нарушения сопровождались возбудимостью, раздражительностью (89,3 %), несдержанностью (89,3 %), нетерпимостью (64,3 %), эмоциональной неустойчивостью (96,4 %). Эмоциональные реакции больных, как правило, были не адекватны раздражителю, при небольших проблемах на работе или в семье настроение резко снижалось, больные пессимистически относились к своему будущему, перспективам выздоровления.

Признаки астении у этих больных сопровождались сниженным настроением депрессивного уровня. Больные постоянно чувствовали себя усталыми, вялыми, потерявшими интерес к окружающему, отмечался пессимизм с тенденцией восприятия всех сторон жизни и деятельности в мрачном свете, замедленность течения мыслей. Мимика и жестикуляция отражали состояние некоторой подавленности и пессимистического отношения к жизни. Депрессивные переживания у больных носили ситуационный характер. Ни у одного из обследуемых не наблюдались суицидальные мысли.

Из вегетативных расстройств у большинства обследуемых отмечалась лабильность пульса (53,6 %)

и артериального давления (67,9 %), спонтанная дермографическая реакция (42,8 %), гипергидроз (32,1 %), головные боли (53,6 %).

Большинство пациентов не идентифицировали свое состояние с проявлениями психической патологии, а связывали его с имеющимся дефектом слуха и его негативными последствиями в их социальной жизни. В отличие от больных с клинически выраженной пограничной психической патологией они отказывались от квалифицированной психиатрической помощи, так как считали, что проблема не в них самих, а в патологии слуха.

Анализ результатов опросника выраженности психопатологической симптоматики показал наличие у этого контингента больных межличностной сенситивности, расстройств депрессивного и тревожного спектра с выраженной их соматизацией.

Исследование патофизиологических механизмов формирования невротических расстройств у лиц с нейросенсорной тугоухостью показало следующее.

Анализ результатов СМИЛ больных тугоухостью, осложненной невротическими расстройствами, показал повышение показателей СМИЛ по 7-й шкале интроверсии —  $70 \pm 6$  Т-баллов; по 0-й шкале интроверсии —  $69 \pm 8$  Т-баллов; по 1-й шкале сверхконтроля —  $64 \pm 7$  Т-баллов; по 2-й шкале депрессии —  $66 \pm 8$  Т-баллов. Усредненный профиль СМИЛ больных свидетельствовал о выраженных тревожных, депрессивных и фобических патофизиологических феноменах, возникающих на фоне внутри- и межличностного конфликта.

Тест Люшера у больных нейросенсорной тугоухостью с невротической патологией выявил преобладание коричневого и серого на первой и второй позициях выбора и фиолетового и желтого — на седьмой и восьмой позициях. Подобное сочетание цветов в выборе больных тугоухостью свидетельствовало о состоянии тревоги, беспокойстве, о переживании конфликта, усталости и психическом перенапряжении. Описанные сдвиги отражали наличие тревожных опасений, касающихся своего здоровья и социальных контактов, страх перед будущим, потребность в понимании, в покое и расслаблении. Описанная цветовая гамма отражает также повышенную чувствительность к средовому влиянию, стремление освободиться от ответственности, снижение социальной активности, фрустрированную потребность в спонтанной самореализации, уход от межличностных контактов в мир собственных переживаний.

Исследование у больных ситуативной и личностной тревожности, проведенное по шкале Ч. Спилбергера и Ю. Ханина, показало, что уровень личностной тревожности у больных тугоухостью с невротическими расстройствами составил  $46 \pm 9$  баллов, а уровень ситуативной тревожности —  $43 \pm 8$  баллов, что достоверно превышало уровень показателей в контрольной группе.

Результаты, полученные по шкале депрессии Зунге, с достоверностью  $p < 0,05$  по отношению к результатам контрольной группы, указали на средне-высокий уровень депрессивных расстройств —  $SDS = 0,67 \pm 0,19$ .

Исследование с помощью Торонтской шкалы алекситимии больных тугоухостью с невротическими расстройствами показало выраженность алекситимии в  $73 \pm 9$  балла (при  $p < 0,05$  по отношению к контрольной группе), что свидетельствует о снижении способности

больных адекватно выражать свои эмоции и идентифицировать эмоции ближайшего окружения, что поддерживает наличие психогенного конфликта.

Личностный опросник Айзенка (EPI) позволил определить в 83,6 % случаев (61 чел.) интровертированные личностные особенности и в 73,9 % случаев (54 чел.) — средне-высокий уровень нейротизма. (Среди обследованных контрольной группы преобладали лица с экстравертированными личностными особенностями (81,1 %) и средне-низким уровнем нейротизма).

Изучение личностных особенностей у пациентов с невротическими расстройствами с помощью теста Сакса и Леви показало, что основными личностными качествами пациентов были внутреннее чувство неполноценности, связанное с дефектом слуха 89,0 % (65 чел.), импульсивность эмоций, проявляющаяся в стрессовых ситуациях 87,6 % (64 чел.), пассивная зависимость 86,3 % (63 чел.), потребность в признании и принятии 80,8 % (59 чел.). При сравнении с контролем описанные величины отличались статистически значимо ( $p < 0,05$ ).

Результаты теппинг-теста показали, что в 82,2 % случаев (60 чел.) график максимального темпа работы имел нисходящий, промежуточный, либо вогнутый тип. Такой тип работы характеризовал нервную систему средне-слабой силы. В 9,5 % случаев (7 чел.) кривая темпа работы имела выпуклый тип и свидетельствовала о сильной нервной системе. В 8,2 % случаев (6 чел.) кривая темпа работы была ровного типа, отражая наличие нервной системы средней силы.

На поиск чисел по методике Шульте больные тугоухостью, осложненной невротическими расстройствами затратили в среднем 40—44 с, что соответствует нормативным данным для здоровых лиц и достоверно не отличалось от результатов, полученных в контроле.

Изучение отношения к болезни показало, что у больных основной группы преобладали тревожное (26,0 %) и неврастеническое отношение к болезни (24,7 %), а гармоничное встречалось лишь в 8,2 % (у больных контрольной группы преобладал гармоничный тип отношения к болезни — 71,1 %,  $p < 0,001$ ). Большинство больных основной группы относятся к своему дефекту слуха с беспокойством, мнительностью, сосредоточенностью на недостатках слуха, с преувеличением его негативных последствий, с депрессивной реакцией на свой дефект, с неуверенностью в успехе лечения, удрученностью или апатией. Такое отношение к болезни может приводить к углублению невротического конфликта и поддерживать выраженность психопатологических нарушений.

Причиной развития невротических расстройств у больных с нейросенсорной тугоухостью являются острые и хронические психогенные факторы, действие которых усиливается специфической психогенией (в психогенной ситуации обостряется ощущение собственной неполноценности). Самостоятельное значение специфические психогении имеют лишь в подгруппе больных с расстройствами адаптации.

У больных невротическими расстройствами среди личностных радикалов преобладают сенситивность, тревожность, лабильность эмоций и импульсивность, которые при наличии дефекта слуха способствовали формированию психогении в сфере социальных контактов и собственного здоровья.



У больных с невротической патологией выявлены высокий уровень как ситуативной, так и личностной тревожности, выраженная депрессивная реакция на тугоухость и ее последствия, нарушение адекватного выражения своих эмоций и идентифицирования эмоций других, интровертированность поведения и высокий уровень нейротизма, тревожное и неврастеническое отношение к дефекту слуха.

Все эти факторы отражают низкий реабилитационный потенциал больных с нейросенсорной тугоухостью, у которых сформировались невротические расстройства, слабые саногенные возможности их психики, что должно учитываться при разработке системы психотерапии и реабилитации.

#### Список литературы

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. — Ростов н/Д.: Феникс, 1997. — 576 с.
2. Ахмеджанов Э. Р. Психологические тесты. Составление, подготовка текста, библиография. — М., 1997. — 320 с.
3. Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словарь-справочник по психодиагностике. — СПб.: Питер, 1999. — 528 с.
4. Заболотный Д. И., Митин Ю. В., Драгомирецкий В. Д. Оториноларингология / — К.: Здоров'я, 1999. — 368 с.
5. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — Л.: Медицина, 1983. — 312 с.

6. Кліменко Д. І. Хронічні захворювання слухового і вестибулярного аналізаторів (Клініка, діагностика, відновне лікування, медико-соціальна експертиза, професійна реабілітація). — Дніпропетровськ: ДДУ, 1997. — 140 с.

7. Люшер М. Сигналы личности. — М., 1993. — 171 с.
8. Матвеев В. Ф. К вопросу о клинических особенностях некоторых пограничных психических расстройств у соматических больных // Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики: Тез. докл. на Пленуме правления об-ва. — М., 1990. — С. 156—158.
9. Марута Н. А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах: Монография. — Харьков: Арсис, 2000. — 160 с.
10. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. — Самара: БАХРАХ-М, 2000 — 672 с.
11. Рахманов В. М. Психосоциальная реабилитация больных функциональными и органическими расстройствами слуха: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук по специальности (14.00.18, 19.00.04, 14.00.04). — СПб., 1992. — 37 с.
12. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии. — СПб.: Речь, 2001. — 349 с.
13. Собчик Л. Н. Введение в психологию индивидуальности. — М.: Институт прикладной психологии, 2000. — 512 с.
14. (Saks D. M., Levi S.) Сакс Д. М., Леви С. Тест «Завершение предложений». В кн. Проективная психология. — М.: Эксмо-Пресс, 2000. — С. 203—237.
15. Zung W., Durham N. A self-rating depression scale // Arch. Gen. Psychiat. — 1965. — V. 12. — P. 63—70.

Надійшла до редакції 10.12.2006 р.

**С. В. Рокутов**

#### Невротичні розлади у осіб з нейросенсорною приглухуватістю (клініка, механізми формування)

*Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України  
(м. Харків)*

Нами обстежено 73 хворих з невротичними розладами, що розвинулися на фоні нейросенсорної приглухуватості: у 33 (45,2 %) хворих реєструвалася неврастенія (F 48.0), у 28 (38,4 %) хворих — розлади адаптації (F 43.21), у 12 (16,4 %) обстежених — обсесивно-фобічний розлад (F 40.1).

Встановлено, що причиною розвитку невротичних розладів у хворих з нейросенсорною приглухуватістю ставали гострі і хронічні психогенні чинники, дія яких посилювалась специфічною психогенією (в психогенній ситуації загострювалися відчуття власної неповноцінності). Самостійне значення специфічні психогенії мають лише в групі хворих з розладами адаптації.

У хворих на невротичні розлади серед особистісних радикалів переважали сенситивність, тривожність, лабільність емоцій і імпульсивність, які за наявності дефекту слуху сприяли формуванню психогенії у сфері соціальних контактів і власного здоров'я.

У хворих з невротичною патологією виявлені високий рівень як ситуативної, так і особистісної тривожності, виражена депресивна реакція на приглухуватість та її наслідки, порушення адекватного вираження своїх емоцій й ідентифікації емоцій інших, інтровертованість поведінки та високий рівень нейротизму, тривожне і неврастеничне відношення до дефекту слуху.

Усі ці чинники відображають низький реабілітаційний потенціал хворих, у яких сформувалися невротичні розлади, слабкі саногенні можливості їх психики, що повинні враховувати під час розроблення системи психотерапії і реабілітації.

**S. V. Rokutov**

#### Neurotic Disorders in Persons with Neurosensory Hypoacusis (clinic, forming mechanisms)

*Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology  
of the AMS of Ukraine  
(Kharkiv)*

We examined 73 patients with neurotic disorders developing on the background of neurosensory hypoacusis: 33 (45,2 %) has neurasthenia (F 48.0), in 28 (38,4 %) patients — adaptation disorders (F 43.21), in 12 (16,4 %) inspected — obsessive-fobical disorder (F 40.1).

The reason of development the neurotic disorders in persons with neurosensory hypoacusis is the acute and chronic psychogenic factors the act of which increases by specific psychogenia (in psychogenic situation sharpening the sensation of theirs defectiveness). The independent of the specific psychogenia have only in patients group with adaptation disorders.

In patients with neurotic disorders personality the sensitivity, anxiety, emotion's lability and impulsivity, which were the hearing defect and facilitate the forming of psychogenia in sphere of social contacts and their own health.

In patients group with neurotic pathology revealed the high level as situational as in personal anxiety, acute depressive reaction on hypoacusis and its result, the disturbance of identical expression their emotions and identification, behavior and the high level of neurotism, anxiety and neurasthenic attitude to the hearing defect.

All these facts reflect the low rehabilitation potential of patients, who have the neurotic disorders, wear sanogenic possibilities of their psychic and that must take into account in elaborating the system of psychotherapy and rehabilitation.