

*В. В. Сорока, В. Г. Нікіфорова*

**ФАКТОРЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ У МУЖЧИН С НЕВРОТИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ**

*В. В. Сорока, В. Г. Нікіфорова*

**ФАКТОРИ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ У ЧОЛОВІКІВ З НЕВРОТИЧНИМИ СТАНАМИ**

*V. V. Soroka, V. G. Nikiforova*

**MENTAL TRAUMATIZING FACTORS OF MEN WITH NEUROTIC STATUS**

С целью изучения особенностей невротогенеза были обследованы 150 мужчин с пограничными психическими расстройствами, из них 50 мужчин с невротическими реакциями, 50 — с невротическим расстройством, 50 — с невротическим развитием личности.

Основным методом являлся клинико-психопатологический в сочетании с анкетой опросником «Анкета характеристик факторов психической травматизации (ФПТ)», разработанная Н. А. Марутой и Т. В. Панько.

В результате исследования установлено, что основными факторами психической травматизации у мужчин с невротическими реакциями были факторы, связанные с профессиональной деятельностью.

У мужчин с невротическими расстройствами основные ФПТ были обусловлены социально-экономическими и социально-психологическими ситуациями.

У мужчин с невротическим развитием личности ведущими являлись ФПТ, связанные со здоровьем.

Установлено, что формирование невротической реакции происходит под влиянием интенсивных острых стрессовых факторов, а невротического развития личности — под влиянием хронических факторов психической травматизации.

ФПТ у мужчин с невротическими реакциями и невротическими расстройствами имели характер произошедшего события, а при невротическом развитии личности травмирующая ситуация у большинства обследованных сохранялась.

Большинство мужчин с невротическими реакциями ранее не имели опыта переживания аналогичных травмирующих ситуаций, в то время как при невротических расстройствах и невротическом развитии личности обследованные сталкивались со схожими травмирующими ситуациями.

Анализ клинического симптомокомплекса выявил, что у мужчин с невротическими реакциями оказались наиболее представлены тревожные, депрессивные проявления; у мужчин с невротическим расстройством — обсессивно-тревожные и астено-депрессивные проявления; у мужчин с невротическим развитием личности — ипохондрические и апатические проявления.

Выявленные закономерности определяют направления психотерапевтических воздействий при лечении данной категории больных.

**Ключевые слова:** факторы психической травматизации, невротические реакции, невротическое расстройство, невротическое развитие личности у мужчин

З метою вивчення особливостей невротогенеза було обстежено 150 чоловіків з пограничними психічними розладами, з них 50 чоловіків з невротичними реакціями, 50 — з невротичним розладом, 50 — з невротичним розвитком особистості.

Основним методом був клініко-психопатологічний в поєднанні з анкетною опитувальником «Анкета характеристик факторів психічної травматизації (ФПТ)», розроблена Н. А. Марутой і Т. В. Панько.

В результаті дослідження встановлено, що основними факторами психічної травматизації у чоловіків з невротичними реакціями були фактори, пов'язані з професійною діяльністю.

У чоловіків з невротичними розладами основні ФПТ були зумовлені соціально-економічними та соціально-психологічними ситуаціями.

У чоловіків з невротичним розвитком особистості провідними були ФПТ, пов'язані зі здоров'ям.

Встановлено, що формування невротичної реакції відбувається під впливом інтенсивних гострих стресових факторів, а невротичного розвитку особистості — під впливом хронічних чинників психічної травматизації.

ФПТ у чоловіків з невротичними реакціями і невротичними розладами мали характер вже минулої події, а при невротичному розвитку травмируюча ситуація у більшості обстежених зберігалася.

Більшість чоловіків з невротичними реакціями раніше не мали досвіду переживання аналогічних травмируючих ситуацій, у той час як при невротичних розладах і невротичному розвитку обстежені стикалися зі схожими травмируючими ситуаціями.

Аналіз клінічного симптомокомплексу виявив, що у чоловіків з невротичними реакціями найбільш вираженими були тривожні, депресивні прояви; у чоловіків з невротичним розладом — обсессивно-тривожні та астено-депресивні прояви; у чоловіків з невротичним розвитком особистості — іпохондричні та апатичні прояви.

Виявлені закономірності визначають напрями психотерапевтичних впливів при лікуванні даної категорії хворих.

**Ключові слова:** фактори психічної травматизації, невротичні реакції, невротичний розлад, невротичний розвиток особистості у чоловіків

150 men with border psychic disorder were examined in order to research characteristics of neurogenesis: 50 of them were with neurotic reaction, 50 with neurotic disorder and 50 with neurotic development of personality

The main method of investigation was clinical-psychopathological in combination with questionnaire inventory "Questionnaire of characteristics of mental traumatizing factors" (MTF), developed by N. A. Maruta, T. V. Panko.

The results show that the main factors of mental traumatizing of men with neurotic reaction were factors connected with professional activity.

The main MTF of men with neurotic disorder depend on social-economic and psychosocial situations.

The basic MTF of men with neurotic development of personality were health factors.

It is established that neurotic reaction formation is occurred under the influence of sharp stress factors and neurotic development of personality when affected by chronic factors of mental traumatizing.

MTF of men with neurotic reaction and neurotic disorders were of happened event nature and those patients with neurotic development kept this traumatic situation.

The majority of men with neurotic reactions haven't had the experience of passing through similar traumatic situations, while those with neurotic disorders and neurotic development have faced the similar traumatic situations.

Clinical symptom complex analysis shows that the men with neurotic reactions have anxious depressed manifestations; there are obsessive-anxious and asthenodepressive presentations of those men with neurotic disorders; and men with neurotic development of personality have hypochondriacal and anergic presentations.

**Key words:** mental traumatizing factors of men, neurotic reaction, neurotic disorders, neurotic development of personality

В последнее время все более широкое признание в медицине и здравоохранении получает биопсихосоциальная модель болезни, заостряющая вопрос о соотношении биологических, психологических и социальных воздействий в возникновении и лечении психогенных заболеваний [12, 14, 16, 17].

Большинство современных авторов [5—7], признавая очевидность и важность различных аспектов этиопатогенеза невротических расстройств, отводят определяющую роль в возникновении невротического процесса психогении.

Психогенный фактор, воздействуя на человека, запускает сложные психические процессы, включающие оценку воздействующего фактора и сопоставление его с индивидуальным жизненным опытом, при этом один и тот же фактор может являться стрессором для одних людей и быть индифферентным для других [15, 20].

Рядом исследований [4, 20, 21] показано, что пусковыми моментами для возникновения невротического процесса являются социальные факторы: всевозможные конфликты, происходящие чаще в микросоциальной среде, потеря близких, судебное преследование и другие ситуации.

Хорошо известно, что социальные факторы, конфликты, бытовая и семейная неустроенность, потеря близкого человека и другие часто не только провоцируют начало болезни, но и приводят к обострениям состояния, нарушениям адаптации и усложнению симптоматики, приводя к затяжному течению невротического процесса.

Психические травмы могут быть единичными и повторными, короткими и длительными. Существует зависимость между характером психической травмы и типом патологической реакции на нее [1—3]. Наблюдения [7] показали, что длительно и исподволь действующие ситуационные психические травмы вызывают преимущественно неврозы и патологическое развитие личности. Короткие психические травмы, связанные с угрозой жизни и испугом (при взрывах, пожарах, стихийных бедствиях, нападениях) чаще вызывают кратковременные патологические реакции [9]. Индивидуальные травмы, направленные на определенную, конкретную личность, более патогенны, чем групповые, действующие на целый коллектив [4, 20].

В работах В. Л. Марищука, Т. А. Немчина [13] в качестве основных показателей, отражающих характер эмоционального напряжения в деятельности, выделены сила, длительность, степень, модальность.

Современные отечественные исследователи [9, 10] обращают внимание, что для системного понимания психотравмирующего воздействия важным является изучение факторов и механизмов возникновения стрессоров с учетом личностных и ситуационно-средовых факторов.

На основании вышеизложенного можно предположить, что существуют определенные факторы, оказывающие влияние на возникновение, развитие и течение тяжелых невротических расстройств. Знание их течения и предпосылок имеет большое значение для ранней диагностики и профилактики тяжелых невротических форм, а следовательно, может способствовать правильному подбору метода психотерапии.

Было обследовано 150 мужчин, обратившихся за специализированной помощью в Областную клиническую психоневрологическую больницу — Медико-Психологический Центр (г. Донецк).

Согласно традиционному для отечественной школы психиатрии динамическому подходу, обследованные

были разделены, в зависимости от фазы развития невротического процесса, на три группы.

Первую группу составили 50 мужчин, обнаружившие невротические реакции. Средний возраст мужчин данной группы составил  $28,55 \pm 1,5$  года. Основными диагнозами у данных мужчин являлись F43.1, F43.2.

Вторую группу составили 50 мужчин, получавших лечение в связи с невротическими расстройствами. В этой группе средний возраст мужчин составил  $34,5 \pm 1,49$  года, основными диагнозами у данных мужчин являлись F41, F40, F48.

Третью группу составили 50 мужчин с невротическим развитием личности, средний возраст мужчин этой группы составил  $44,18 \pm 4,56$  года, основными диагнозами у данных мужчин являлись F62.

Диагнозы были установлены с учетом критериев МКБ-10.

Критериями включения в исследование явились: наличие у больных невротического состояния, развившегося в связи с психотравмирующей ситуацией; присутствие в переживаниях психотравмирующих обстоятельств с зависимостью клинических проявлений от их интенсивности и улучшением состояния больного при разрешении психотравмы.

Методами исследования являлись клинико-психопатологический, психологический, в сочетании с анкетой-опросником «Анкета характеристик факторов психической травматизации (ФПТ)» [9]; статистический.

С целью детального изучения особенностей психогений применяли анкету-опросник «Анкета характеристик факторов психической травматизации (ФПТ)» (Марута Н. А., Панько Т. В., Федченко В. Ю., Каленская Г. Ю., 2010), структура которой предоставляла возможность определить и проанализировать факторы, которые испытуемые считали значимыми и расценивали как психогенные, в количестве от 1 до 5 среди представленных 51.

По данным анкеты-опросника установлено, что в генезе невротических состояний преобладали различные факторы психической травматизации (ФПТ). Представляется возможным выделить особенности ФПТ для мужчин в зависимости от стадии невротического процесса.

По значимости ФПТ в группе мужчин с невротическими реакциями ведущими являлись ФПТ, связанные с профессиональной деятельностью ( $7,6 \pm 1,12$  балла в сравнении с  $5,8 \pm 1,96$  балла и  $1,5 \pm 0,41$  балла по аналогичному показателю в группе «Невротическое расстройство» и «Невротическое развитие личности» соответственно). У мужчин с невротическими расстройствами ведущими являлись ФПТ, связанные с социально-экономическими и социально-психологическими ситуациями ( $8,1 \pm 0,7$  балла в сравнении с  $7,2 \pm 0,99$  балла и  $5,5 \pm 2,2$  балла по аналогичному показателю в группе «Невротическая реакция» и «Невротическое развитие личности» соответственно). При невротическом развитии личности мужчины наибольшую значимость отводили ФПТ, связанным со здоровьем ( $8,9 \pm 0,3$  балла в сравнении с  $5,8 \pm 1,41$  балла и  $5,2 \pm 1,9$  балла по аналогичному показателю в группе «Невротическая реакция» и «Невротическое расстройство» соответственно).

Обследованные мужчины с невротическими реакциями отличались активностью, амбициозностью, выраженным чувством долга, переоценкой собственных возможностей. Они были склонны предъявлять повышенные требования к себе, стремились контролировать ситуацию межличностного взаимодействия.

Виявленим інтрапсихічним конфліктом у мужчин данної групи являлось несоответствие между уровнем притязаний и уровнем достижений — больные указывали на то, что они не умеют довольствоваться тем, чего добивались до сих пор.

У 52 % мужчин с невротическими реакциями отмечался высокий уровень раздражительности и агрессивности, что приводило к частым внутрисемейным конфликтам, а в 20 % случаев частые конфликты происходили и вне семьи.

Обследованные описывали тревожность как ощущение внутренней напряженности, приводившее к насто-роженности, «ожиданию неприятностей» и создававшее тягостный душевный дискомфорт.

Тревога при этом выступала либо как основное проявление нарушения адаптации, либо как базис, на котором формировались другие психопатологические или психосоматические проявления.

В структуре ФПТ у мужчин с невротическим расстройством основными явились ухудшение/утрата социального статуса, неуверенность в завтрашнем дне, конфликтное отношение к себе.

Ранжирование мужчинами с невротическими расстройствами основных проблем-жалоб выявило их ощущение себя пассивными и неработоспособными, не способными осуществлять текущую деятельность, обучаться новому, приобретать новые знания и навыки. У данных обследованных определялся конфликт между собственными поступками и социальными нормами. Значительная часть мужчин с невротическими расстройствами утверждали; что часто кто-либо раздражает их или злит, им хочется раскритиковать кого-либо, доказать свою правоту, отстоять свою позицию с помощью агрессивных воздействий, но они воздерживаются, так как знают, что этого делать не следует.

Преобладание тех или иных психопатологических расстройств определяло развитие одного из вариантов невротического расстройства. У данных пациентов отмечалось появление выраженных обсессивных, тревожных, депрессивных расстройств, которые усложнялись за счет присоединения астенических и соматовегетативных проявлений.

Наиболее типичными для мужчин данной группы были непрерывное беспокойство, робость, склонность к преувеличению трудностей, часто возникающие сомнения и опасения, выраженная мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения. В обыденной жизни поведение таких лиц сопровождалось излишними опасениями, трудностью принятия решений. Обследованные мужчины высказывали малообоснованные идеи о грядущих неудачах в жизни, работе, взаимоотношениях с родственниками. Нежелательные представления, опасения, мысли, образы воспринимались пациентами как насильственные. Многие больные были вынуждены скрывать свои переживания от окружающих, настолько нелепыми им кажутся их ритуалы и навязчивые мысли. Для уменьшения возникающей тревоги, внутреннего напряжения многие мужчины прибегали к арифмомании. Совершаемые навязчивые мыслительные последовательности имели статус защиты и служили для предотвращения мнимой опасности. Однако, навязчивый счет про себя этажей домов, номеров автомобилей, прохожих приводил к тому, что сам пациент начинал оценивать данную защиту как нелогичную, нелепую и пытался с ней бороться.

С обсессивными проявлениями в данной группе были ассоциированы панические атаки, в которых аффект страха был слабо выражен и наиболее актуальной для больного являлась вегетативная составляющая атаки («паника без паники»).

Ведущими по степени значимости у мужчин с невротическим развитием личности были выявлены ФПТ, связанные со здоровьем ( $8,9 \pm 0,3$  балла).

Собственная болезнь служила у мужчин фактором психической травматизации в 12 наблюдениях (24 %), в 3 наблюдениях (6 %) психической травматизацией служила смерть близкого члена семьи; в 12 случаях (24 %) ФПТ являлась длительная болезнь близких. Кроме того, для этого типа больных было характерно неумение формулировать эмоционально-психологические элементы своего переживания болезни.

При этом пациенты обнаруживали низкий уровень осознания причин заболевания, значительные нозофобные проявления. Конфликт между выраженной потребностью проявить себя и отсутствием способности к усилию приводил к утверждению пациентом себя в роли больного, отстранению от нагрузок.

Хронизация невротических расстройств сопровождалась трансформацией первичных психопатологических расстройств в более стойкие и стабильные.

Ригидные признаки у мужчин данной группы проявлялись жалобами на утрату гибкости приспособления к новому, неподатливость изменениям (100 % мужчин), трудность переключаемости с одного вида работы на другой (86 % мужчин).

Дезадаптирующие признаки у мужчин с невротическим развитием личности проявлялись жалобами на утрату близкого контакта с людьми (100 % мужчин) или частыми конфликтами при общении (78 % мужчин); снижением социального взаимодействия (92 % мужчин).

У 32 мужчин с невротическими реакциями отмечалось острое воздействие ФПТ, а при невротических расстройствах уже наблюдалось превалирование хронической воздействующего ФПТ (32 мужчины). Острый характер воздействия ФПТ вовсе не определялся у мужчин с невротическим развитием личности.

Длительность стрессового воздействия также была различной, приводя к хронификации невротического процесса. Минимальное по продолжительности воздействию ФПТ испытывали мужчины с невротическими реакциями (1—3 месяца), при невротических расстройствах у мужчин стрессовый фактор воздействовал в течение 6—12 месяцев. Максимальная продолжительность воздействия психотравмирующего фактора (более 12 месяцев) наблюдалась у мужчин с невротическим развитием личности.

Манифестация клинической картины происходила также в различные периоды. Минимальный интервал от воздействия ФПТ до возникновения клинических проявлений (до месяца) выявлялся у мужчин с невротическими реакциями. При невротических расстройствах у мужчин отмечались клинические проявления через 3—6 месяцев, а при невротическом развитии личности — через 6—12 месяцев.

ФПТ у мужчин с невротическими реакциями и невротическими расстройствами имели характер произошедшего события, а при невротическом развитии личности травмирующая ситуация у большинства обследованных сохранялась.

На момент обследования динамика воздействия ФПТ была следующей: у мужчин с невротическими реакциями

травмирующая ситуация полностью или частично разрешилась; при невротических расстройствах продолжала сохраняться без изменений, а при невротическом развитии личности отмечалась тенденция к усугублению ФПТ.

Большинство мужчин с невротическими реакциями ранее не имели опыта переживания аналогичных травмирующих ситуаций, в то время как при невротических расстройствах и невротическом развитии личности обследованные сталкивались со схожими травмирующими ситуациями.

Таким образом, изучение факторов психической травматизации у мужчин с позиций современной биопсихосоциальной парадигмы психиатрии требует системного, методологически обоснованного подхода к пониманию этого феномена, подбора специальных адаптационно-адекватных психодиагностических методов исследования, которые позволили бы определить особенности личностно-средового взаимодействия и факторов психоэмоционального стресса, а также механизмов его интрапсихической переработки.

### Список литературы

1. Абабков В. А. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии / В. А. Абабков, М. Перре. — СПб.: Речь, 2004. — 166 с.
2. Александровский Ю. А. Системный анализ механизмов психической дезадаптации, сопровождающей пограничные психические расстройства // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. — 2010. — № 5. — С. 27—35.
3. Вассерман Л. И. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика / Л. И. Вассерман, В. А. Абабков, Е. А. Трифонова. — СПб.: Речь, 2010. — 192 с.
4. Вельтищев Д. Ю. Острые стрессовые расстройства: факторы прогноза и профилактики затяжного течения / Д. Ю. Вельтищев // Социальная и клиническая психиатрия. — 2010. — Т. 20, вып. 2. — С. 48—51.
5. Дмитриева Т. Б. Половые и тендерные аспекты стрессоустойчивости : (аналитический обзор) / Т. Б. Дмитриева, А. З. Дроздов // Российский психиатрический журнал. — 2010. — № 1. — С. 18—24.
6. Краснов В. Н. Границы современной психиатрии и направления её развития / В. Н. Краснов // Социальная и клиническая психиатрия. — 2001. — № 1. — С. 19—21.
7. Курпатов В. И. Динамика клинических проявлений психогенно обусловленных расстройств / В. И. Курпатов, С. А. Осипова // Современные методы лечения пограничных расстройств : материалы ежегод. науч.-практ. симпозиума / под ред. В. И. Курпатова. — СПб.: СПбМАПО, 2008. — С. 2—14.
8. Лакосина Н. Д. Психогенные заболевания / Н. Д. Лакосина // Психиатрия : учебник. — 3-е изд. / М. В. Коркина, Н. Д. Лакосина, А. Е. Личко, И. И. Сергеев. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — Гл. 28. — С. 408—449.
9. Марута Н. О., Панько Т. В., Федченко В. Ю., Каленська Г. Ю. Анкета характеристик факторів психічної травматизації (ФПТ) : свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір. № 35636; 10.11.2010.

10. Марута Н. А. Современные аспекты невротогенеза и клинической динамики диссоциативных расстройств / Н. А. Марута, В. Ю. Федченко, О. Э. Перчаткина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2013. — № 5 (80). — С. 33—40.

11. Марищук В. Л. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса / В. Л. Марищук, В. И. Евдокимов. — СПб.: Питер, 2001. — 260 с.

12. Николаев Е. Л. Интеграция биопсихосоциального подхода в общеврачебную практику: возможности и перспективы / Е. Л. Николаев, Ф. В. Орлов // Социальная и клиническая психиатрия. — 2005. — № 2. — С. 82—84.

13. Пшук Н. Г. Особливості міжособистісної комунікації хворих на невротичні розлади // Вісник ВНМУ. — 2013. — № 17 (1/2). — С. 89—91.

14. Фролова Ю. Г. Биопсихосоциальная модель как концептуальная основа психологии здоровья / Ю. Г. Фролова // Философия и социальные науки : научный журнал. — 2008. — № 4. — С. 60—65.

15. Шелепов А. М. Экстремальные ситуации и психогенные факторы военно-профессиональной деятельности / А. М. Шелепов, Н. К. Смагулов // Фундаментальные исследования. — 2013. — № 7 (часть 1). — С. 225—228.

16. Alonso Y. The Biopsychosocial Model in Medical Research: The Evolution of the Health Concept over the Last Two Decades / Y. Alonso // Patient Education and Counseling. — 2003. — Vol. 53. — P. 239—244.

17. Borrell-Carrió F. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry / F. Borrell-Carrió, A. L. Suchman, R. M. Epstein // The Annals of Family Medicine. — 2004. — Vol. 2(6). — P. 576—582.

18. Branney P. Big boys don't cry: Depression and men / P. Branney, A. White // Advances in Psychiatric Treatment. — 2008. — Vol. 14. — P. 256—262.

19. The Relationship of Borderline Personality Disorder to Posttraumatic Stress-Disorder / J. A. Golier, R. Yehuda, L. M. Bierer et al. // American Journal of Psychiatry. — 2003. — Vol. 160. — P. 2018—2024.

20. Gonzales J. Adherence to mental health treatment in a primary care clinic / J. Gonzales, J. W. Williams, P. H. Noel // J. Am. Board. Family Practice. — 2005. — Vol. 18. — P. 87—96.

*Надійшла до редакції 17.02.2014 р.*

**СОРОКА Владимир Викторович**, психиатр, Областная клиническая психоневрологическая больница — Медико-Психологический Центр, г. Донецк; e-mail: 39\_9@mail.ru

**НИКИФОРОВА Виктория Геннадиевна**, преподаватель кафедры современных европейских языков, Киевский национальный торговко-экономический университет, г. Киев; e-mail: vic\_nikiforova@ukr.net

**SOROKA Volodymyr Viktorovych**, psychiatrist, Donetsk regional clinical psychoneurological Hospital — Medical-Psychological Center, Donetsk; e-mail: 39\_9@mail.ru

**NIKIFOROVA Viktoriia Gennadiivna**, Senior teacher of Modern European languages department, Kyiv national University of trade and economics, Kyiv; e-mail: vic\_nikiforova@ukr.net