

гических свойств крови. Поэтому применение медикаментозных средств, положительно влияющих на выброс эндогенных антикоагулянтов и активаторов пламиногена (сосудорасширяющих препаратов, средств, улучшающих микроциркуляцию и обеспечивающих дезагрегацию форменных элементов крови), способствует коррекции функции противосвертывающей системы. Включение в комплексную терапию позднего токсикоза беременных гепарина в суточной дозе 5000 ед. содействует еще большей нормализации гемодинамических и гемостазиологических показателей. Анализ результатов лечения гепарином беременных с поздним токсикозом позволяет расширить показания к его применению при условии лабораторного контроля.

Опыт работы городского гематологического акушерского центра свиде-

тельствует о целесообразности более широкого коагулологического обследования беременных не только с поздним токсикозом, но и с различной соматической патологией (болезни почек, печени, варикозная болезнь, анемии и т. д.), а также имеющих в анамнезе указания на тромбозы и геморагии. Исследование системы гемостаза в таких случаях позволяет своевременно диагностировать тромбофилию, что обеспечивает адекватную подготовку к родам, и предупреждать осложнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федорова З. Д., Барышев Б. А., Ханнин А. З. и др. // Акуш. и гин. — 1985. — № 1. — С. 41—43.

2. Weiner C. P., Brandt J. // Obstet. Gynecol. — 1980. — Vol. 6. — P. 603—610.

Поступила 13.01.87.

УДК 616.85—02

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ САМОСТОЯТЕЛЬНОСТИ НЕВРОЗОВ

В. Д. Менделевич

Кафедра психиатрии (зав.— проф. Д. М. Менделевич) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

В клинической неврологии сегодня происходит пересмотр принципиальных положений, ставящий под сомнение нозологическую сущность неврозов. До настоящего времени в психиатрии достаточно спорными остаются вопросы о дифференциально-диагностических критериях неврозов, границах неврозов и невротического развития личности, акцентуации черт характера и декомпенсации психопатий. Мало изучены вопросы клинического отграничения психологически адекватных, донозологических (преклинических), невротических и психопатических реакций на фрустрацию. Вследствие этого возрастает значимость пато-психологических исследований пограничных нервно-психических расстройств, изучения самооценки и самосознания больных, анализа механизмов компенсации, мер защиты, способствующих предотвращению неврозов [1, 5, 7].

В последние годы вновь возник интерес к проблеме патогенеза невротических расстройств, и невроз стал трактоваться клиницистами как патология, развивающаяся вследствие неспособности личности адекватно разрешать конфликтные ситуации [3, 8, 9]. В психологической литературе невроз рассматривается как

патология процесса самопознания личности, возникающая в тех случаях, когда обстоятельства вынуждают человека несколько по-иному взглянуть на себя со стороны [11]. Дж. Б. Фурст [10] пишет: «Человек невротического типа оказывается почти неспособным учиться на опыте жизни, извлекать из этого опыта содержание, которое бы все более объективизировало понимание им самого себя. При столкновении с трудными жизненными ситуациями он, как правило, оказывается беспомощным перед ними, не пытается их преодолеть». По данным Е. С. Мазура [6], проводившего экспериментально-психологическое изучение больных, находившихся в реактивном состоянии, острота последнего и процесс редукции симптоматики зависят от ряда психологических показателей. Пациенты, имевшие установку на активный поиск путей преодоления психотравмирующей ситуации, выздоравливали достоверно чаще, в то время как больные с преобладающей установкой на уход от решения критической ситуации воспринимали ее как неразрешимую и продолжали болеть, иногда несмотря на интенсивную терапию.

Нами была поставлена задача клинико-патофизиологического изучения меха-

низмов развития неврозов, обозначаемых общим понятием «неспособность» личности адекватно разрешать конфликтные ситуации. В процессе клинического исследования адаптивных возможностей и анализа использования больными с различными формами неврозов методов психологической компенсации устанавливали, по каким причинам у одних пациентов невроз затягивался, а у других терапевтические мероприятия, в первую очередь психотерапия, относительно быстро приводили к полному выздоровлению. В каждом конкретном случае определяли соотношения личностных реакций и собственно психических расстройств.

Были обследованы 75 больных (32 — с неврастениями, 24 — с истерическим неврозом, 19 — с неврозом навязчивых состояний). Обязательным условием для включения в круг обследования являлось наличие объективно значимых психотравм, предшествовавших неврозу. Постановка подобного условия диктовалась необходимостью уточнения причинно-следственных соотношений между психотравмой и реактивным состоянием (неврозом). К психическим травмам объективно значимого характера были отнесены следующие ситуации: смерть родственника, тяжелая внезапная болезнь близкого человека, уголовное наказание члена семьи, конфликт в семье (развод или его угроза), конфликт на работе (увольнение, понижение в должности, выговор), установление «грозного» диагноза соматического заболевания.

Для оценки качественных характеристик поиска больными способов реагирования на фрустрацию, являющихся немаловажными в патогенезе неврозов, использовали как классический, так и модифицированный нами для этих целей тесты фрустрационной толерантности Розенцвейга. Тест Розенцвейга позволяет оценивать особенности реакции больного на фрустрацию, что значимо при изучении пограничных нервно-психических расстройств [2]. Исследованиями Л. И. Завилянской и Г. С. Григорьевой [4] установлено, что больными неврозами присущ низкий показатель групповой конформности. По другим параметрам теста фрустрационной толерантности, в частности по направленности реакций обследуемых, можно дифференцировать различные формы неврозов.

Суть модификации теста Розенцвейга состоит в том, что в классическом варианте использовались лишь первые 12 вопросов. После общепринятого обследования проводили инструктаж больных, который заключался в следующем: больному давалось задание обратить особое

внимание при выполнении некоторых (с 13 по 24) задач на разрешение предложенных тестовых ситуаций, конфликтов. В классическом варианте обследуемый должен отвечать вместо персонажа первыми пришедшими ему в голову выражениями. При обработке результатов исследования в первую очередь учитывали не направленность, а тип реакций больных. Выясняли, на что устремлены усилия больных — на разрешение ситуации собственными силами, с помощью окружающих или на полный отказ от поиска решения фрустрирующей ситуации. Анализировали также влияние инструктажа на качество ответов.

В зависимости от результатов патопсихологического эксперимента обследованные были разделены на три группы. Подобное разделение подтвердилось в дальнейшем клиническом наблюдении. В 1-ю группу вошли 19 больных с неврозом навязчивых состояний, 18 — с неврастениями и 17 — с истерическим неврозом, объединенные сходными результатами патопсихологического эксперимента. Эта группа оказалась наиболее многочисленной (54 чел.). Неспособность пользоваться методами психологической компенсации при столкновении с фрустрирующей ситуацией была связана у больных с психологическим механизмом, обозначенным нами термином «невозможность». В эксперименте «невозможность» проявлялась ограниченностью выбора ответов, направленных на разрешение конфликтной ситуации. Пациенты представленной группы реже, чем другие, использовали какие-либо способы решения задач. Их усилия были направлены лишь на констатацию факта фрустрации, попытку найти виновника конфликта, а не выход из него. Несмотря на разъяснения врача о необходимости поиска решения предложенной задачи, результаты модифицированного теста Розенцвейга у них недостоверно отличались от данных, полученных с помощью классической методики. В 83,3% наблюдений «невозможность» избежать невроза базировалась на недостаточной адекватных стереотипах реагирования в ответ на конфликтные ситуации, отмеченных в преморбиде больных 1-й группы, что позволяло предположить у них наличие акцентуаций характера. В 16,7% случаев формированию адекватных решений фрустрирующих ситуаций препятствовал невысокий интеллект больных.

На основании данных патопсихологического эксперимента во 2-ю группу вошли 14 из 32 больных неврастениями. Результаты их обследования были совершенно иными, чем у больных 1-й группы

(в том числе и со сходной клинической формой невроза). При использовании классической методики Розенцвейга больные чаще, чем в других группах, находили способы разрешения фрустрирующих ситуаций, однако они были неадекватными обстоятельствам. 9 из 14 обследованных необоснованно брали на себя ответственность за решение ситуации; 5 считали, что ситуация разрешится сама собой. При использовании модифицированного теста после инструктажа ответы 13 обследованных становились адекватными, соответствующими нормативам.

Классическое и модифицированное тестирование у больных 2-й группы показало кардинальное, качественное различие применяемых ответов, что не наблюдалось ни в одной группе. В процессе экспериментально-психологического обследования больные постепенно овладевали необходимыми навыками правильно разрешать фрустрирующие ситуации. Выявленный психологический механизм в отличие от описанной выше «невозможности» использования методов психологической компенсации был обозначен нами «неумением» применять их на практике.

Заболевание пациентов данной группы несколько отличалось по клинической картине от неврастения, выявленной у больных 1-й группы. В период между психотравмой и началом заболевания эти лица всеми доступными им способами старались компенсировать ситуационно обусловленное переживание. Одни по совету близких рьяно дались за служебные и общественные дела, все свободное время посвящали работе. Другие старались «развлечься», «больше быть на людях», заниматься спортом, активно отдыхать. Не желая оставаться в одиночестве, они часто переходили жить к родственникам и друзьям. На некоторое время таким людям удавалось отвлечься от мыслей о конфликте, но когда «иссякал запас энергии», они были вынуждены обращаться за помощью к специалистам (невропатологам и психиатрам). Пациентов этой группы можно было легко выделить и в лечебном отделении. Они отличались своей активностью (несмотря на астеническую симптоматику), стремлением быстрее выйти из болезненного состояния, выписаться из психиатрического стационара, были доброжелательны по отношению к окружающим, пытались скрыть свою раздражительность. В процессе рациональной психотерапии, когда врачом «подсказывался» способ выхода из сложившегося положения, происходили быстрое восстановление здоровья больных и редукция невротической

(астенической) симптоматики. Факт быстрого выхода из болезненного состояния после того, как пациенты приобретали определенные навыки преодоления фрустрации, подтверждает правильность выделения психологического механизма образования неврозов по типу «неумения» применять методы психологической компенсации. Подобное «неумение», приводившее к неврозу, как показало изучение преморбиды, базировалось на отсутствии у таких лиц информации и навыков по этому вопросу. В последнем случае люди после острого психического переживания методом проб и ошибок отдаляли начало заболевания, однако, не сумев правильно разрешить конфликтной ситуации, заболевали. Ни у одного из пациентов не отмечалось акцентуированных и психопатических черт характера.

В 3-ю группу вошли 7 больных с истерическим неврозом, у которых были сходные результаты патопсихологического эксперимента. Данные экспериментально-психологического обследования в классическом варианте теста Розенцвейга показали преобладание такого типа реагирования, при котором обследованный отказывался от решения фрустрирующих ситуаций, пытаясь заставить сделать это окружающих. Результаты, полученные с помощью модифицированной методики Розенцвейга, несколько отличались от ответов на классический тест — происходило увеличение реакций типа «данная ситуация разрешится сама собой». Ни один обследованный указанной группы после инструктажа не пытался предложить свои услуги для разрешения конфликтной ситуации, даже если это было очевидно адекватным решением, что отличало пациентов 3-й группы от обследованных других групп.

В отличие от 17 пациентов с истерическим неврозом, отнесенных к 1-й группе, характер больных 3-й группы оценивался в преморбиде как гармоничный. Появившееся вслед за психотравмой истерическое поведение не было свойственно им до заболевания. Фрустрирующие события, с которыми сталкивались пациенты 3-й группы до болезни, преодолевались ими адекватно и не приводили к невротическим срывам. Обращали внимание некоторые динамические параметры становления невроза. Так, при столкновении с объективно значимой психотравмирующей ситуацией обследованные не пытались как-либо ее разрешить. Наоборот, выявлялись попытки со стороны таких лиц использовать сложившуюся ситуацию и болезненное состояние для своей пользы, что было обозначено нами

как «нежелание» применять методы психологической компенсации.

Таким образом, клинико-патопсихологическое изучение невротических расстройств показало неоднородность механизмов формирования болезни. Известные клинические формы (неврастения, невроз навязчивых состояний и истерический невроз) не нашли в нашем исследовании патопсихологических коррелятов. Предложенный патопсихологический эксперимент разделил больных на три группы, что отражало разницу качественных показателей поисковой активности в преодолении критических фрустрирующих ситуаций. Клинические исследования подтвердили правомерность выделения трех психологических механизмов возникновения неврозов: «невозможность», «неумения» и «нежелания» пользоваться методами психологической компенсации. Можно предположить, что истинно невротическими являются механизмы «неумения» и «нежелания», тогда как «невозможность» базируется на типичных для личности реакциях, стиле поведения, закрепленных в процессе воспитания, и косвенно свидетельствует не о невротическом, а психопатическом механизме развития психических расстройств. В наших исследованиях механизм, обозначенный как «невозможность» использования методов психологической компенсации, наблюдался у всех больных с неврозом навязчивых состояний и у 70,8% с истерическим неврозом.

Выделенные в процессе эксперимента механизмы развития невротических расстройств по типу «неумения» и «нежелания» применять методы психологической компенсации могут быть расценены как неосознаваемая защита личности, возникающая в ситуации фрустрации. В связи с этим становится понятным, почему наиболее эффективным психотерапевтическим способом преодоления неврозов является рациональная психотерапия. Последняя дает возможность больному осознать истинный смысл своих действий, увидеть себя со стороны и в дальнейшем адекватно управлять своим поведением [5].

Полученные данные позволяют дифференцированно подходить к психотерапевтическим мероприятиям, проводимым для больных с неврозами, причем подоб-

ная дифференциация должна основываться на знании механизмов формирования невротических симптомов. В связи с выявленными психологическими закономерностями основной акцент должен быть перенесен на рациональную психотерапию и на психотренинг — тренировку эмоциональной устойчивости путем моделирования конфликтных ситуаций и их решения. Именно подобными терапевтическими мероприятиями можно сформировать правильную психологическую защиту и предотвратить развитие неврозов, которые возникают вследствие «неумения» пользоваться методами психологической компенсации. Иные патологические механизмы невротического симптомообразования могут подвергаться редукции с помощью традиционной психотерапии и гипнотерапии.

Выполненное исследование, не претендуя на всеобъемлемость полученных результатов, позволяет усомниться в нозологической специфичности невроза навязчивых состояний и в ряде случаев истерического невроза. Дальнейшие исследования в этом направлении с привлечением новых патопсихологических экспериментов дадут возможность достовернее ответить на поставленные вопросы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бассин Ф. В. // Проблема бессознательно. — М., 1968.
2. Блейхер В. М., Крук И. В. // Патопсихологическая диагностика. — Киев, «Здоров'я», 1986.
3. Губачев Ю. Н., Стабровский Е. М. // Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. — Л., 1981.
4. Завилянская Л. И., Григорьева Г. С. // В кн.: Проблемы медицинской психологии. — Л., Медицина, 1976.
5. Зейгарник Б. В. // Патопсихотерапия. — М., Медицина, 1986.
6. Мазур Е. С. // Смысловая нагрузка деятельности. — Автореф. канд. дисс. — М., 1983.
7. Мясищев В. Н. // Личность и неврозы. — Л., 1960.
8. Ротенберг В. С., Аршавский В. В. // Вopr. философ. — 1979. — № 4. — С. 117—127.
9. Ротенберг В. С., Аршавский В. В. // Понсковая активность и адаптация. — М., 1984.
10. Фруст Дж. Б. // Невротик. Его среда и внутренний мир (перев. с англ.) — М., 1957.
11. Чеснокова И. И. // Проблема самосознания в психологии. — М., «Наука», 1977.

Поступила 03.12.86.