

Stolyarenko A. N. Варианты психологической дезадаптации у пациентов с диссоциативными расстройствами = Variants of the psychological disadaptation in patients with dissociative disorders. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(4):11-20. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.49157> <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3442>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

RECEIVED: 05.03.2016. REVISED 20.03.2016. ACCEPTED: 05.04.2016.

ВАРИАНТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИССОЦИАТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А. Н. Столяренко

**Запорожский государственный медицинский университет МЗ Украины,
Запорожье, Украина**

РЕФЕРАТ

В рамках диссоциативных расстройств, эффективность терапевтической тактики определяется не столько адекватной психофармакотерапией, сколько конгруэнтностью психотерапевтических вмешательств состоянию пациента. В этом контексте важное значение приобретает верный выбор психотерапевтических методик, направленных на нивелирование как дисконформных личностно-психологические особенности пациента, так и дезадаптационных моделей реагирования на психотравмирующую ситуацию. Цель исследования – установить и изучить варианты психологической дезадаптации в контексте диссоциативных расстройств и проследить их взаимосвязь с преморбидными личностно-психологическими особенностями пациентов. На базе КУ «Областная клиническая психиатрическая больница» ЗОР были обследованы 108 пациентов с диссоциативными расстройствами. Методы исследования: анамнестический, катamnестический, клинико-психопатологический, психодиагностический. В результате исследования установлены основной и аранжирующие варианты психологической дезадаптации у пациентов с диссоциативными расстройствами. Доминирующими аранжирующими вариантами психологической дезадаптации среди пациентов с диссоциативными расстройствами, выступали тревожный (16 чел. – 14,81%), истероидный и неврастенический (по 14 чел. – 12,96%), фобический и гипотимный (по 12 чел. – 11,11%), и психосоматический (11 чел. – 10,19%). Установленные варианты психологической дезадаптации у пациентов с диссоциативными расстройствами призваны помочь в выборе конгруэнтных методов и методик терапии для улучшения комплаенса больных к терапии.

Ключевые слова: диссоциативное расстройство, черты личности, психодиагностика.

VARIANTS OF THE PSYCHOLOGICAL DISADAPTATION IN PATIENTS WITH DISSOCIATIVE DISORDERS

A. N. Stolyarenko

Zaporizhzhia State medical University Ministry of Healthcare of Ukraine,
Zaporizhzhia, Ukraine

Summary

Within the dissociative disorders, effectiveness of treatment is determined not so much by adequate psychopharmacotherapy, many congruence psychotherapeutic interventions to the patient's condition. In this context, it is important the right choice of psychotherapeutic techniques aimed at leveling as discomplete personal and psychological characteristics of the patient, and maladaptive patterns of responding to stressful situation. The purpose of the study is to establish and to explore options for psychological maladjustment in the context of dissociative disorders and to trace their relationship to premorbid personality and psychological characteristics of patients.

On the basis of Public Health Institution «Regional clinical mental hospital» of the Zaporizhzhian regional council examined 108 patients with dissociative disorders.

Research methods: anamnestic, follow-up, clinical-psychopathological, psychodiagnostic. The study set basic and framing variants psychological disadaptation in patients with dissociative disorders. The dominant framing variants psychological maladjustment among patients with dissociative disorders were alarming (16 people – 14,81%), hysterical and neurasthenic (14 people – 12,96%), phobic and hypotony (12 person – to 11.11%) and psychosomatic (11 people – 10,19%) variants. Installed options psychological disadaptation in patients with dissociative disorders are designed to assist in the selection of congruent methods and techniques of therapy to improve compliance of patients to therapy.

Key words: dissociative disorders, personality features, disadaptation, psychodiagnosics.

В рамках диссоциативных расстройств, эффективность терапевтической тактики определяется не столько адекватной психофармакотерапией, сколько конгруэнтностью психотерапевтических вмешательств состоянию пациента [2, 6, 7, 11].

В свою очередь тактика терапевтических манипуляций напрямую зависит от вариантов психологической дезадаптации у пациентов с диссоциативными расстройствами.

Одним из ключевых звеньев достижения терапевтического эффекта является проблематика такого построения лечебного процесса, когда одним из факторов повышения эффективности лечения больного становится верный выбор психотерапевтических методик, направленных на нивелирование как дисконплаентных личностно-психологические особенности пациента, так и дезадаптационных моделей

реагирования на психотравмирующую ситуацию [1 – 11].

В связи с этим целью исследования стало установить и изучить варианты психологической дезадаптации в контексте диссоциативных расстройств и проследить их взаимосвязь с преморбидными личностно-психологическими особенностями пациентов.

Материалы исследования. На базе КУ «Областная клиническая психиатрическая больница» ЗОР были обследованы 108 пациентов с диссоциативными расстройствами.

Методы исследования: анамнестический, катamnестический, клинко-психопатологический, психодиагностический.

Результаты исследования. Базируясь на результатах клинко-психопатологического и психодиагностического исследования, мы выделили варианты психологической дезадаптации, присущи больным диссоциативными расстройствами, и их корреляционную зависимость от преморбидных личностных особенностей больных.

Весь комплекс дезадаптационной симптоматики нами был систематизирован на основной и аранжирующие варианты психологической дезадаптации.

Основным вариантом психологической дезадаптации у пациентов выступал диссоциативный вариант, выражающийся в психо-соматической диссоциации и проявляющийся в виде моторных (тики, тремор, клонические подергивания мышц, гиперкинезы, заикание и т.п.), сенсорных (гип- и анестезии, гиперестезии, алгии) и различных вегетативных нарушений.

Среди аранжирующих вариантов психологической дезадаптации были выделены следующие.

Экспансивно-эпилептоидный вариант – ранее будучи не стремящиеся к лидерству, данные пациенты начинали проявлять твердость, несвойственную напористость, агрессивную наступательность в самореализации, предъявляли повышенные требования к окружающим, ориентируясь больше не на средовое воздействие, а на собственные субъективные установки, на фоне сниженной способности к самонаблюдению, присоединялись ригидность мышления и эмоций, аффективная нестабильность, импульсивность.

Данный аранжирующий вариант выявлялся у 6 пациентов (5,56%), среди них 5 женщин (4,63%) и 1 мужчина (0,93%).

Эксплозивно-эпилептоидный вариант дезадаптации выявлялся у лиц с истероидным, гипертимным и лабильным радикалами в структуре личности.

Гипертимный аранжирующий вариант психологической дезадаптации в виде неадекватно приподнятого настроения с элементами пуэрилизма, сексуальной расторможенности, ускоренного темпа мышления, переоценки своих сил и возможностей, повышенной двигательной активности на фоне производственной несостоятельности, поступки и суждения данных пациентов зачастую опережали их продуманность в силу спонтанности поведения и раскованности чувств, – выявлялся у 5 женщин (4,63%), среди мужчин данный вариант психологической дезадаптации не встречался.

Примечательно, что гипертимный вариант дезадаптации встречался исключительно у женщин с истероидным и эпилептоидным радикалами в структуре личности.

Психосоматический аранжирующий вариант психологической дезадаптации проявлялся в соматических и вегетативных нарушениях – колебаниях артериального давления, головных болях, субфебрильной гипертермии, нарушениях со стороны желудочно-кишечной системы в виде обострений хронического гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и т.п., являющихся результатом активации таких психологических механизмов защиты как вытеснение и соматизация тревоги с трансформацией психоэмоциональных переживаний в функциональные нарушения на соматическом уровне. Данный аранжирующий вариант выявлялся у 11 пациентов, среди них: у 8 женщин (7,41%) и у 3 мужчин (2,78%).

Психосоматический вариант больше всего был характерен для лиц с эпилептоидным радикалом в структуре личности, но также встречался у лиц с истеро-возбудимым, лабильным типом акцентуации характера, у лиц с ипохондрическим и гармоничным развитием личности.

Ипохондрический аранжирующий вариант психологической дезадаптации заключался в сужении интрапсихического внимания до уровня соматического, с вытеснением из сознания негативной информации, что проявлялось в появлении избыточной концентрации внимания пациентов на своем соматическом благополучии, склонности к гиперболизации имеющейся соматической симптоматики, переоценки ее клинической значимости, неустанном поиске новых методов обследования и лечения на фоне недоверия к врачебным заключениям и медицинским тактикам, резкого

нарушения комплаенса к терапии, вплоть до игнорирования врачебных назначений при вербальном декларировании их соблюдения, дизагравации результатов терапии, фактически, в роли «тяжело больного» пациенты находили защиту от психотравмирующей ситуации, без критической переоценки своего состояния.

Данный аранжирующий вариант выявлялся у 4 человек (3,70%), среди них 2 мужчин (1,85%) и 2 женщин (1,85%).

Ипохондрический вариант был характерен для лиц с лабильным, тревожно-истероидным и истеро-возбудимым радикалами в структуре личности, а также при ипохондрическом развитии личности.

Истероидный аранжирующий вариант психологической дезадаптации проявлялся в демонстративности, яркости, гиперболизированности и некоторой «наигранности» эмоциональных проявлений, избыточной драматизации происходящих событий при некоторой поверхностности переживаний, неустойчивость самооценки на фоне эгоцентризма, стремления к признанию со стороны окружающих, незрелости установок и суждений, элементов психологического инфантилизма, неустойчивости интересов, манипулятивное поведение и склонности к симуляции, аггравации либо, наоборот, дизагравации болезненных явлений либо эффектов терапии.

Данный аранжирующий вариант выявлялся у 14 женщин (12,96%), для мужчин характерным не был.

В целом, истероидный вариант психологической дезадаптацию выявлялся у женщин с истероидным, лабильным и тревожным радикалами у структуре личности.

Психастенический аранжирующий вариант психологической дезадаптации обуславливался истощением психических компенсаторных возможностей с ощущением пациентами собственной психической несостоятельности, «психической утомляемости», апатии, утрате уверенности в собственную способность справиться с поставленными задачами на фоне нехарактерной ранее эмоциональной и аффективной лабильности, расторможенности; эмоциональное напряжение находило непосредственное отражение в поведении, минуя систему установок, отношений и социальных ролей, что сопровождалось самообвинением, вплоть до самоуничужения и еще большей психологической дезадаптацией.

Данный аранжирующий вариант выявлялся у 2 женщин (1,85%), для мужчин характерным не был.

В целом, психастенический вариант дезадаптации выявлялся у женщин с

преимущественной истероидным радикалом в структуре личности.

Неврастенический аранжирующий вариант психологической дезадаптации выражался в появлении общей слабости, повышенной утомляемости, быстром истощении психических процессов, неустойчивости внимания, эмоциональной лабильности, повышенной раздражительности, вспыльчивости, понижении порога восприятия, проявляющемся в явлениях гиперчувствительности, на фоне ограничительного поведения, отказа от реализации ранее намеченных целей, как механизма психологической защиты, и выявлялся у 14 человек (12,96%), среди них 10 женщин (9,26%) и 4 мужчин (3,70%).

В целом, неврастенический вариант выявлялся преимущественно у лиц с истероидным, лабильным, гипертимным и тревожным радикалами в структуре личности, т.е., с преморбидными личностными нарушениями, затрагивающими преимущественно эмоциональную сферу и с промежуточным типом высшей нервной деятельности (по И.П.Павлову).

Фобический аранжирующий вариант психологической дезадаптации заключался в присоединении к клинической картине заболевания тревожно-фобической симптоматики, достигающей до уровня панических атак, появлением фобических реакций на ранее нейтральные раздражители, чрезмерной настороженностью, боязливостью, пациенты были склонны рассматривать широкий круг ситуаций как катастрофические, затрагивающий витальный уровень благополучия, и выявлялся у 12 человек (11,11%), среди них 10 женщин (9,26%) и 2 мужчин (1,85%).

Таким образом, фобический вариант дезадаптации выявлялся преимущественно у лиц с истероидным, лабильным, тревожным и неустойчивым радикалами в структуре личности.

Тревожный аранжирующий вариант психологической дезадаптации появлялся в избыточной фиксированности на болезненных переживаниях, склонности к пессимистической оценке исхода психотравмирующей ситуации, эмоциональном напряжении, чрезмерной эмоциональной восприимчивости к негативным событиям, впечатлительности, на фоне гетерономности, подсознательного стремления к субмиссивному положению, патерналистическому поведению со стороны окружающих, и выявлялся у 16 человек (14,81%), среди них доминирующее количество женщин – 15 женщин (13,89%) и 1 мужчина (0,93%).

Тревожный вариант выявлялся при широком спектре личностных особенностей,

среди которых – истероидный, эпилептоидный, лабильный, тревожный и психастенический радикалы.

Некомформный аранжирующий вариант психологической дезадаптации проявлялся в гиперболизированных защитно-оборонительных реакциях приводящих к социальным самоизоляции и дезадаптации с резко выраженным негативизмом, склонностью к делинквентному поведению, такие пациенты относились к окружающим недоверчиво, предубежденно, настороженно, отношение к терапии зачастую носило параноидный либо обесценивающий характер, и выявлялся у 7 человек (6,48%), среди них 5 женщин (4,63%) и 2 мужчин (1,85%).

Некомформный вариант был характерен преимущественно для лиц с эпилептоидным, а также истероидным и шизоидным радикалами в структуре личности, т.е. с возбудимым и промежуточным типами высшей нервной деятельности, а также с преморбидными личностными нарушениями, затрагивающими преимущественно сферы эмоций и мышления.

Гипотимный аранжирующий вариант психологической дезадаптации проявлялся в сниженном фоне настроения той либо иной силы выраженности,– от гипотимии до депрессии, избыточная драматизация происходящих событий, высокий уровень притязаний с их разнонаправленностью и пессимистической оценкой как возможности их реализации, так и окружающей действительности в целом, на фоне обесценивания положительных сторон себя, окружающих и компонентов ситуации, интрапсихической ориентации сознания с отказом от активно-оборонительных позиций, снижением волевого компонента и мотивации к действию, ориентация на сочувствие, внимание и поддержку со стороны окружающих базирующаяся на эгоцентрических установках, и выявлялся у 12 женщин (11,11%), для мужчин не был характерным.

Гипотимный вариант выявлялся у лиц с истероидным, лабильным, тревожным и гипертимным радикалами в структуре личности.

Экзальтированный аранжирующий вариант психологической дезадаптации проявлялся в выраженной аффективной лабильности, проявляющейся в возникновении гиперболизированных эмоциональных проявлений в ответ на различные раздражители, с силой выраженности эмоциональных реакций, многократно превосходящих адекватную, захватывающих все сознание пациента и проходящих так же молниеносно, как возникли; недержание аффекта, порывистость, аффективная импульсивность

поведенческих реакций на фоне преимущественно приподнятого настроения, оптимистической направленности личности. В отличие от истероидного варианта, для данных пациентов не была характерна «наигранность» эмоциональных реакций и манипулятивное поведение, в своих переживаниях они были более искренни, в общении – доверчивы, честны, открыты. Данный аранжирующий вариант выявлялся у 5 женщин (4,63%), для мужчин характерным не был.

Экзальтированный вариант дезадаптации был характерен преимущественно для лиц с истероидным радикалом в структуре личности.

Выводы. Таким образом, доминирующими аранжирующими вариантами психологической дезадаптации среди пациентов с диссоциативными расстройствами, выступали тревожный (16 чел. – 14,81%), истероидный и неврастенический (по 14 чел. – 12,96%), фобический и гипотимный (по 12 чел. – 11,11%), и психосоматический (11 чел. – 10,19%).

Среди женщин с диссоциативными расстройствами выявлялся более широкий спектр вариантов психологической дезадаптации, чем среди мужчин. Доминирующими аранжирующими вариантами психологической дезадаптации в кагорте женщин были тревожный (15 чел. – 16,13% среди общего количества женщин), истероидный (14 чел. – 15,05%), гипотимный (12 чел. – 12,90%), а также неврастенический и фобический (по 10 чел. – 10,75%); среди мужчин – неврастенический (4 чел. – 26,67% среди общего количества мужчин) и психосоматический (3 чел. – 20,00%). При этом неврастенический, психастенический, гипотимный, экзальтированный и гипертимный аранжирующие варианты психологической дезадаптации в кагорте мужчин не встречались.

Обращала на себя зависимость между predisponирующими личностными особенностями больных и доминирующими аранжирующими вариантами психологической дезадаптации. Так, для лиц с истероидным радикалом в структуре личности доминирующим был истероидный аранжирующий вариант психологической дезадаптации. Фактически, в большинстве случаев речь шла о гиперболизации, эксацербации истероидного типа акцентуации личности до уровня психопатии. В целом же для истероидного типа акцентуации личности была характерна широкая вариативность аранжирующих вариантов психологической дезадаптации, включающая в себя почти все из описанных (львиная доля из которых принадлежала гипотимному, неврастеническому, фобическому и тревожному вариантам), за исключением

психосоматического и ипохондрического. Для лиц с эпилептоидным радикалом доминирующими были неконформный и психосоматический варианты психологической дезадаптации. Для лиц с лабильным радикалом в структуре личности были наиболее характерны истероидный, неврастенический и тревожный вариант психологической дезадаптации. Для лиц с тревожным радикалом – закономерно – фобический и тревожный варианты психологической дезадаптации. Для пациентов с гипертимным радикалом были характерны экзальтированно-эпилептоидный, неврастенический и гипотимный варианты дезадаптации, приводившие к нивелированию привычно повышенного для пациентов фона настроения, что тяжело переносилось больными.

При шизоидном типе акцентуации выявлялся неконформный вариант психологической дезадаптации; для психастенического – тревожный, для неустойчивого – фобический, для конформного – истероидный аранжирующий вариант психологической дезадаптации.

Литература

1. Brown R.J. Culture and conversion disorder: implications for DSM-5. / Brown R.J., Lewis-Fernández R. // *Psychiatry*. – 2011. – №74(3). – P.187-206.
2. Bühler K.E. Etiology, pathogenesis, and therapy according to Pierre Janet concerning conversion disorders and dissociative disorders. / Bühler K.E., Heim G. // *Am. J. Psychother.* – 2011. – №65(4). – P.281-309.
3. Brown R.J., Culture and conversion disorder: implications for DSM-5. / Brown R.J., Lewis-Fernández R. // *Psychiatry*. – 2011. – №74(3). – P.187-206.
4. Carota A. Hysteria around the world / Carota A., Calabrese P. // *Front Neurol Neurosci.* – 2014. – №35. – P.169-180.
5. Espirito-Santo H. Psychiatric symptoms and dissociation in conversion, somatization and dissociative disorders. / Espirito-Santo H., Pio-Abreu J.L. // *Aust N.Z. J. Psychiatry*. – 2009. – №43(3). – P.270-276.
6. Sarisoy G. Temperament and character traits in patients with conversion disorder and their relations with dissociation. Sarisoy G., Kaçar Ö.M., Öztürk A., Yilman T., Mor S., Özturan D.D., Yazici N., Gümüş K. // *Psychiatr Danub.* – 2015. – №27(4). – P.390-396.
7. MacPhee E. Dissociative disorders in medical settings / MacPhee E. // *Curr. Psychiatry Rep.* – 2013. – №15(10). – P.398.

8. Reynolds E.H.. Hysteria, conversion and functional disorders: a neurological contribution to classification issues / Reynolds E.H. // Br. J. Psychiatry. – 2012. №201(4). – P.253-254.

9. Stone J. Conversion disorder: current problems and potential solutions for DSM-5. / Stone J., LaFrance W.C., Jr. Brown R., Spiegel D., Levenson J.L., Sharpe M. // J. Psychosom Res. – 2011. – №71(6). – P.369-376.

10. Spiegel D. Dissociative disorders in DSM-5 / Spiegel D, Loewenstein RJ, Lewis-Fernández R, Sar V, Simeon D., Vermetten E., Cardeña E., Dell P.F. // *Depress Anxiety*. – 2011. – №28(9). – P.824-852.

11. Garg A. Over-diagnosing dissociative (conversion) disorders. / Garg A., Agarwal A., Jiloha R.C. // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* – 2010. – №22(4). – P.451.