

АСТЕНИЧЕСКАЯ ПРИРОДА ПСИХИЧЕСКОЙ РИГИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ

В.Н. Кожевников, Я.В. Варлакова, Е.Э. Александрова (Красноярск)

Аннотация. Исследуется возможность рассмотрения этиопатогенеза сердечно-сосудистых заболеваний с точки зрения комплексного диагностического психофизиологического подхода в изучении ригидности организма этих больных. Рассматривается взаимосвязь ригидности, невротической астении и функционального состояния мозга, вегетативной нервной системы при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Ключевые слова: психическая ригидность, невротическая астения, омега-потенциал, межполушарная асимметрия, кардиоритмография.

Введение

Взгляд на заболевания человека с позиции психической ригидности дает возможность для понимания основных психологических механизмов стресса как ограничивающего фактора в поведении человека. Особенно актуально это в клинике сердечно-сосудистых заболеваний, имеющих наиболее высокие показатели смертности, поскольку в медицинской психологии доказана важная роль ригидности в генезе этих заболеваний [1].

Наше исследование основано на работах Г.В. Залевского (1987–1993), который определил дифференциально-диагностическое, прогностическое и реабилитационное значение психической ригидности в норме и патологии, раскрыл суть ригидного действия как индикатора снижения уровня личности, показал иррациональность фиксированных форм поведения. В настоящее время психическая ригидность им определяется как трудность коррекции программы поведения в целом или ее отдельных элементов в связи с объективной необходимостью [2].

По результатам исследования Г.В. Залевского (1993) психическая ригидность представляет собой универсальный параметр, отличающий норму от патологии. Однако следующим этапом в исследовании ее природы должно стать выявление биологических, психофизиологических механизмов, детерминирующих факторов ригидности в структуре различных заболеваний, т.е. определение ее коррелятов, которые в дальнейшем могли бы послужить ее опосредованными признаками, объектами лечения. Кроме того, исследование психофизиологических механизмов ригидности значительно расширяет спектр методов, используемых для выявления качественных отличий нормы от патологии, и вооружает клинического психолога дополнительными инструментами для коррекции и последующей объективизации своей работы.

В свое время В.М. Бехтерев (1926) объяснял различные виды поведения – персеверации, косность, неприятие нового – общим принципом экономии энергии через механизм инерции, которые Г.В. Залевским обозначены как фиксированные. При этом им было выделено два варианта ригидного типа личности – «стенический» и «астенический», имеющих различия в выраженности и сочетании количественных и качественных показателей ригидности [2, 3].

Это и еще ряд фактов, как-то: подавляющая роль астении в этиопатогенезе обсессивно-фобического невроза, увеличение ригидности в экстремальных условиях, астенизация мышления ригидных больных в психиатрических исследованиях и т.д. – делает актуальным исследование в контексте ригидности соотношений стеничности и астеничности, а точнее, роли самого понятия слабости как энергетического дефицита в комплексной реальности человека: биологии, психологии, социальной сфере.

Все это обуславливает рассмотрение роли синдрома невротической астении, сопровождающего любое психическое и соматическое заболевание [1], как фактора, лежащего в основе или сопровождающего ригидизацию психики больного человека.

Мы попытались объединить линии, развиваемые этими авторами в рамках исследования астенической природы психической ригидности при сердечно-сосудистых заболеваниях, исходя из того, что психическая ригидность представляет собой сложное (многомерное) свойство, отражающее структурно-уровневую организацию психики [2].

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось в кардиологическом отделении Красноярской железнодорожной больницы. В нем приняли участие 35 пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (гипертония, аритмии, стенокардия, ИБС) в возрасте от 40 до 65 лет.

Использовались методы психологической и психофизиологической диагностики, позволяющие определить количественные и качественные проявления ригидности и слабости (астении) при понимании функционального психофизиологического единства в организме человека:

1) Томский опросник ригидности (ТОРЗ) достаточно широко отражает те ситуации, в которых от человека требуется изменить отдельные элементы программы своего поведения или ее в целом «под напором опыта» – образ жизни, стереотипы, отношения, установки, привычки, навыки, темп и ритм жизни и деятельности, средства достижения какой-либо цели или саму цель и т.д. [2];

2) опросник «Уровень невротической астении» (УНА) [4] является медико-психологическим экспресс-

диагностическим инструментом для выявления степени выраженности астении невротического характера. К высоким показателям опросника УНА отнесены показатели с наличием астении от 40 до 100% на основе их статистической значимости и результатов прошлых исследований согласно источнику; к средним и низким отнесены показатели ниже 40%;

3) метод динамической межполушарной омегаметрии для диагностики медленных электрических процессов омега-потенциала полушарий головного мозга, которые, по данным многочисленных авторов, могут служить для оценки функционального состояния центральной нервной системы человека [5, 6], так как омега-потенциал отражает электрическую активность нейронов мозга. По данным В.А. Илюхиной [7], снижение или увеличение омега-потенциала отражает активность психических процессов, внимания, памяти, эмоций.

К гиперстеническим проявлениям мозговой активности по значениям омега-потенциала относились показатели выше верхнего порога в 40 мВ. К гипостеническим проявлениям относились показатели ниже уровня в 20 мВ в соответствии с данными В.А. Илюхиной;

4) метод измерения variability сердечного ритма, который позволяет оценивать деятельность вегетативной нервной системы и соотношение симпатических, парасимпатических и центральных мозговых влияний на ритм сердца [8].

В своем исследовании мы исходили из следующих положений:

1. Высокая психическая ригидность обуславливает предрасположенность к нервно-психическим заболеваниям и увеличивается в патологическом процессе [2].

2. При психосоматических заболеваниях и невротических расстройствах поддерживается высокий, непродуктивный уровень мозговой активации [7].

3. Анализ волновой структуры сердечного ритма позволяет оценить сегментарно-периферический уровень его вегетативной и гуморальной регуляции, изменения которой часто опережают патологические процессы или являются фоном для них [8].

4. Деятельность симпатического отдела нервной системы регулируется правым полушарием мозга. Парасимпатическая нервная система находится под контролем левого полушария [9].

Результаты исследования

Усредненные результаты TOP3 указывают на высокий уровень психической ригидности у пациентов сердечно-сосудистыми заболеваниями. При этом у больных преобладает чувствительная ригидность (88%), ригидность как состояние и симптомокомплекс ригидности (66%), преморбидная ригидность (57%). По этим шкалам обнаружена как высокая интенсивность, так и экстенсивность показателей (рис. 1).

В соответствии с опросником УНА средний уровень невротической астении у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями равен 47%, что указывает на значительную роль фактора нервно-психической слабости в дезадаптации этих больных.

По данным омегаметрии, у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями обнаружены отклонения потенциала в сторону гиперстении или гипостении (см. таблицу). При этом выявлена межполушарная асимметрия

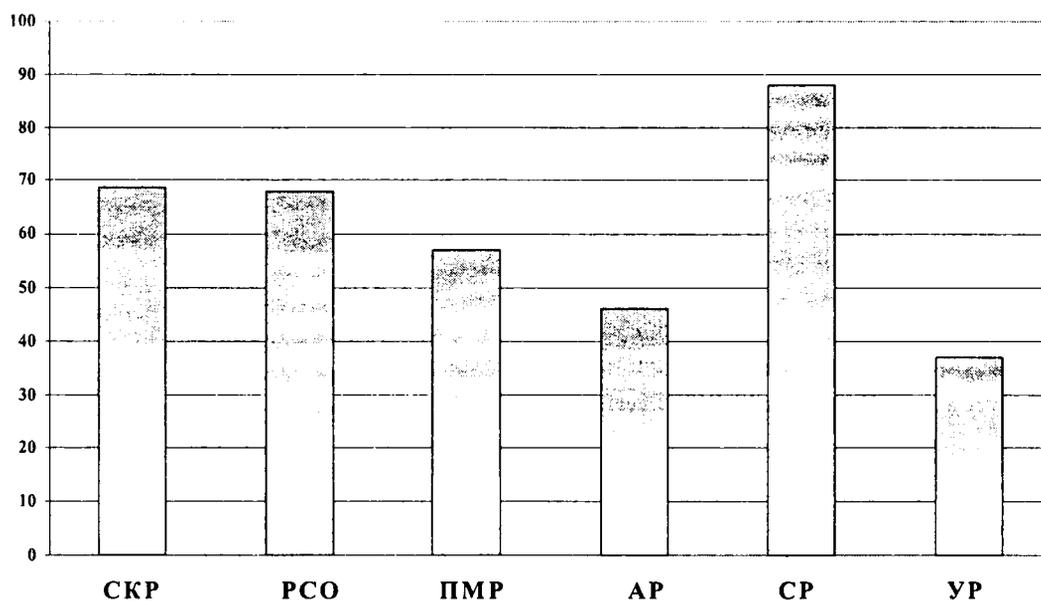


Рис. 1. Показатели психической ригидности у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями по данным TOP3 (%)

Средние показатели невротической астении и омега-потенциала правого и левого полушарий при высокой психической ригидности у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями

Показатель	СКР N = 23	PCO N = 23	ПМР N = 18	AP N = 14	УР N = 14	CP N = 21
Правое полушарие, мВ	34,5	35,4	32,7	36,5	40,3	47,2
Левое полушарие, мВ	49,4	38	38,5	37,5	40,5	40,6
УНА, %	69	60,7	48,8	69,5	26,5	75

Примечание. N – общее количество больных с высоким уровнем ригидности данного типа.

(в среднем 16,5 мВ при норме в 5–7 мВ), что свидетельствует о нарушении согласованной деятельности двух полушарий мозга. Необходимо отметить, что показатели потенциала правого полушария у больных чаще свидетельствовали как о перенапряжении, так и об истощении. Последняя тенденция фиксировалась только по правому полушарию и косвенно свидетельствовала о том, что правое полушарие у этих больных более подвержено стрессу, ригидно, а его функции менее развиты.

По данным кардиоритмографии, у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями обнаружено преобладание двух видов вегетативной активности – либо доминирование в спектре волн MB2, находящихся под контролем центральных мозговых структур и выдающих перенапряжение сердечной деятельности; либо доминирование дыхательных волн, отвечающих за парасимпатическую активность и тормозные влияния на ритм сердца (рис. 2).

В результате исследования выявлено два варианта психофизиологической ригидности, в основе которых лежат разные вегетативные и поведенческие механизмы, которые рассматриваются нами следующим образом:

Во-первых, функциональная патология (гиперстения или гипостения) правого полушария всегда обуславливала сенситивную ригидность и ригидность как состояние, повышение актуальной ригидности, проявляясь в

увеличении ее интенсивности, особенно в случае гиперстении, что в подавляющем большинстве случаев сопровождалось повышением невротической астении (см. таблицу).

Дефицитарность функциогенеза структур правого полушария обуславливает снижение способности к инициативному пониманию окружающих, обеднение эмоционального компонента психики. Эмоциональное реагирование таких людей своеобразно, неестественно, в связи с чем за счет снижения адекватного эмоционального содержания и позитивного эмоционального подкрепления поведения затрудняются невербальные контакты, а также интегративная осознанность ситуаций. Это обуславливает и нарушение энергетического обеспечения психической деятельности, опосредует затруднение структуризации социальной информации, снижает возможность контроля и принятия своих суждений и поступков. Вторжение очерченных социальных стимулов во внутренний мир выступает в такой ситуации источником тревоги, внутренней напряженности. Стремление и неспособность изменить свое состояние, преодолеть коммуникативные затруднения порождает, с одной стороны, ожидание внимания со стороны окружающих, желание социализации, с другой – боязнь проявления холодности с их стороны.

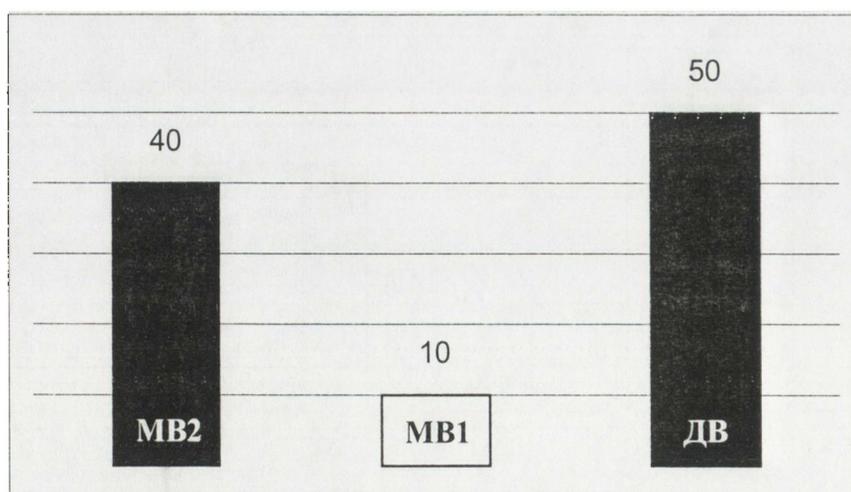


Рис. 2. Показатели спектрального анализа ритма сердца у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями

Патология эмоциональных структур мозга обуславливает относительную легкость возникновения и выраженность вегетативного компонента тревожных реакций (невротическую астению). Ощущение угрозы переносится с межперсональных отношений на процессы, происходящие в организме, – тревога соматизируется, а поглощенность внимания собственными соматическими процессами приводит к высокой резистентности, ригидности поведения по отношению к внешним воздействиям. Такой тип расстройства обозначен нами как стволовая ригидность. Частота встречаемости такого типа ригидности у сердечных больных доказывает необходимость перестройки их лечения с точки зрения регуляции процессов, связанных с правым полушарием: коррекции клеточного иммунитета, восстановления симпатической активности, регуляции чувствительности, эмоций и т.д.

Во-вторых, при отсутствии астенических проявлений, по данным опросника УНА, при гиперстении левого полушария, по данным омегаметрии, повышении экстенсивности и интенсивности общих и когнитивных показателей ригидности, по данным ТОРЗ (СКР и УР), наблюдается повышенная устойчивость аффективно насыщенных переживаний и возникновение на этой основе труднокорректируемых концепций. В основе таких состояний лежат не сенестопатические ощущения, а их толкования. В данном случае характерные, длительно не угасающие эмоции обуславливаются затрудненностью эффективного анализа информации, ее селективностью. Поступки определяются внешними воздействиями, воспринимаемыми аффективно.

Устойчивость концепций (ригидных установок) возрастает в результате повторения неотреагированного аффекта. Характерны длительные переживания своих успехов, повышенное себялюбие, недовольство недостаточностью признания со стороны окружающих. Срыв регуляторных механизмов, очевидно, происходит в социальных ситуациях, блокирующих возможность привычного типа поведения (ригидных схем), приводящего к фиксации неотреагированного аффекта. Этот тип расстройства обозначен нами как лобная ригидность.

Такие общие тенденции, как напряжение и истощение структур мозга, проявлялись следующим образом.

Гиперстения провоцирует повышение ригидности и увеличение невротической астении, сопровождается напряжением работы вегетативной нервной системы – доминированием волн Мв2 в сердечном ритме. Подтвержденная нами роль гиперстении мозга в ригидизации психики больных согласуется с утверждением В.А. Илюхиной [7] о том, что уровень омега-потенциала выше 40 мВ отражает нарушения адаптивных перестроек в поведении, затруднения в обучении, вязкость, гиперустойчивость реакций, снижение лабильности первичных процессов.

Гипостения мозга у больных создавала условия для лабильности первичных процессов психики, торможе-

ния (экономии энергии) в организме – дыхательных волн сердечного ритма и, соответственно, доминирования левого полушария, функций контроля и, следовательно, снижения психических проявлений невротической астении и ригидности (ее субъективного компонента), которая в редких случаях проявления не выходила за пределы эмоций (СР) и состояния (СКР).

Исследование природы ригидности как слабости организма в дальнейшем требует ответа на вопрос о стадийности проявлений ригидности при разных болезнях. К примеру, связано ли отсутствие общей ригидности и невротической астении у некоторых больных с тем, что в силу давности заболевания они уже не имеют возможности «обнаружить» у себя нарушения, которые компенсированы психической деятельностью, или дело действительно в ранней стадии болезни, которая еще не успела вызвать вегетативную дисфункцию и ригидность? По нашему мнению, ответ на этот вопрос лежит в изучении патогенетической, соматической основы болезни, тяжести и длительности психофизиологических нарушений. Если это предположение верно, то выраженность тормозящих вегетативную активность парасимпатических дыхательных волн и гипостения мозга у таких больных являются фактором, объективно свидетельствующим об их психически компенсированной ригидности.

Таким образом, по результатам исследования нами были сделаны следующие выводы.

1. Невротическая астения является фактором, усугубляющим интенсивность и экстенсивность психической ригидности.

2. Природа взаимозависимости факторов невротической астении и психической ригидности у больных с сердечно-сосудистой патологией лежит в нарушении деятельности центральной и вегетативной нервной системы. Данные омега-потенциала мозга и кардиоритмографии могут быть использованы как объективные критерии при лечении функционально-ригидных больных: стабильное приведение в норму этих показателей будет отражать нарастание гибкости, нормализацию адаптационных процессов.

3. Причина ригидности рассматриваемой группы больных лежит в необходимости посредством поведенческой стереотипии компенсировать внутренний дискомфорт, связанный с перенапряжением у них НС, основанной, возможно, на врожденных и воспитанных психофизиологических стереотипах «сгорания» в стрессовых ситуациях. Этот факт подтверждается высокой преморбидной ригидностью этих больных.

Заключение

Результаты проведенного исследования подтверждают комплексную биопсихосоциальную природу ригидных процессов, указывают на необходимость интеграции психофизиологических методов исследования вокруг модельных, универсальных психологических схем.

Взаимозависимость невротической астении и психической ригидности, с одной стороны, значительно облегчает исследование ригидности внутри какой-либо нозологии, поскольку внутри любой нозологии природа и астении и ригидности будет обуславливаться типологическими процессами, происходящими в мозгу и организме больного человека; с другой – требует ново-

го взгляда на природу психической ригидности, которая, как теперь очевидно, не только психическая, но всегда психофизиологическая. Результаты исследования еще раз указывают на необходимость рассмотрения психической ригидности как показателя к лечебной, психотерапевтической работе с человеком для предотвращения соматических заболеваний.

Литература

1. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М.: Медицина, 1980. 448 с.
2. Залевский Г.В. Психическая ригидность в норме и патологии. Томск, 1993. 272 с.
3. Бехтерев В.М. Избранные произведения. Л., 1954.
4. Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В. Шкала для психологической экспресс-диагностики уровня невротической астении: Методические рекомендации. СПб., 1999. 20 с.
5. Бехтерева Н.П., Бундзен П.В., Гоголицин Ю.А. и др. Физиологические корреляты состояний и деятельности в центральной нервной системе // Физиология человека. 1980. № 6. С. 877–892.
6. Кожевников В.Н. Психофизиологические корреляты адаптации спортсменов-саночников в условиях тренировочной и соревновательной деятельности: Дис. ... канд. мед. наук. Л., 1990. 198 с.
7. Илюхина В.А. Сверхмедленные процессы головного мозга человека в изучении функциональных состояний, организации психической и двигательной деятельности: Дис. ... д-ра мед. наук. Л., 1982. 542 с.
8. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. М.: Наука, 1979. 296 с.
9. Абрамов В.В., Абрамова Т.Я. Асимметрия нервной, эндокринной и иммунной систем. Новосибирск: Наука. Сибирское отделение, 1996. 99 с.

ASTHENIC NATURE OF PSYCHIC RIGIDITY OF PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

V.N. Kozhevnikov, J.V. Varlakov, E.E. Alexandrova (Krasnoyarsk)

Summary. Is researched the possibility of consideration cardiovascular diseases nature in complex with psychophysiological rigidity of these sick. Intercoupling is considered of rigidity with neurotic asteny (weakness) and functional state of brain, vegetative nervous system of cardiovascular diseases.

Key words: psychic rigidity, neurotic asteny, omega-potential, asymmetry of brain's hemispheres, cardiorythmography.