

Королева Е.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

## Роль личностного фактора в этиологии неврозов

Неврозы – большая часть группы психогенных заболеваний, и, естественно, причиной их возникновения является психическая травматизация личности. Однако столь прямолинейная связь наблюдается сравнительно редко. Возникновение невроза обычно определяется не прямой и непосредственной реакцией личности на неблагоприятную ситуацию, а более или менее длительной переработкой данной личностью сложившейся ситуации и ее последствий и неспособностью адаптироваться к новым условиям.

Понятие «предрасположение к неврозу» неоднозначно, оно складывается из наследственного фактора, особенностей формирования личности (уровень зрелости, различного рода акцентуации), а также астенизирующих моментов, предшествующих возникновению заболевания.

В настоящее время общепринятой считается биопсихосоциальная модель формирования неврозов, утверждающая, что в этиопатогенезе неврозов принимают участие в различных соотношениях конституциональные и генетические особенности, биохимические факторы и психологические особенности личности [1–3].

Необходимо, чтобы психическая травма нашла в структуре личности, в ее психическом складе соответствующий резонанс. Иными словами, кроме психической травмы, необходимо наличие определенных особенностей личности и ряд изменений в ней, для дальнейшего развития которых первый толчок дает психическая травма, последствия которой личность стремится преодолеть.

Однако существуют еще теории, придающие исключительное значение либо наследственно-конституциональным, либо средовым воздействиям как основным в этиологии неврозов.

В литературе проводится четкое разграничение расстройств личности и неврозов с приписыванием функционального характера и обратимости последних. Вместе с тем в клинической практике бывает достаточно сложно разграничить данные пограничные расстройства друг от друга.

Вопрос о том, какой удельный вес личностные особенности составляют в этиологии невроза и в какой степени выраженности, до сих пор не имеет сво-

его ответа. Какая выраженность личностных акцентуаций может еще оставаться в рамках невроза, а какая уже должна относиться к расстройствам личности?

**Цель исследования:** определение наличия и степени выраженности акцентуаций черт личности у пациентов с невротическими расстройствами.

Для достижения поставленной цели определены следующие задачи:

1. Анализ результатов опросника СМИЛ (ММРП) у невротических пациентов с последующей статистической обработкой [4, 5].
2. Установление количества акцентуированных черт и их выраженности профилей личности у пациентов.

**Материалы и методы.** Обследовались пациенты отделения неврозов 3-й городской клинической больницы. Количество обследованных пациентов составило 67 человек с установленными диагнозами расстройств пограничного ряда в соответствии с критериями МКБ-10 (рубрики F06, F3, F4, F6, F9), из них 43 женщины (64,18%) и 24 мужчины (35,82%).

К методам, использованным в исследовании, относятся:

- 1) клинико-описательный (ретроспективное изучение историй болезни пациентов);
- 2) психодиагностический (использование методики СМИЛ как инструмента для определения акцентуированных черт личности) [4, 5];
- 3) статистической обработки (использованы методы описательной статистики, подсчеты проведены с помощью пакета программ Microsoft Office).

**Результаты и обсуждение.** Обработка результатов показала отклонения от адаптивного уровня (верхняя граница 70Т) у всех обследуемых.

Так, отклонения по двум шкалам были отмечены у 5 (7,45%) пациентов, по трем – у 6 (8,94%), по четырем – у 5 (7,45%), по пяти – у 8 (11,92%), по шести – у 6 (8,94%), по семи – у 8 (11,92%), по восьми – у 11 (16,39%), по девяти шкалам – у 16 (23,84%), по десяти – у 2 (2,98%).

У 66% пациентов выявлены акцентуации по пяти и более шкалам. У группы пациентов с отклонениями по семи шкалам (8 обследуемых) обнаружены следующие заострения черт личности: по шкале невротического сверхконтроля (ипохондричности) – у 5 пациентов из 8 (62,5%); пессимистичности (депрессивности) – у 7 (87,5%); эмоциональной лабильности (истеричности) – у 3 (37,5%); импульсивности – у 6 (75%); мужественности – женственности – у 1 (12,5%); ригидности (паранойальности) – у 7 (87,5%); тревожности – у 8 (100%); индивидуалистичности – у 7 (87,5%); оптимистичности (маниакальности) – 4 (50%); социальной интроверсии – у 2 (25%). Кроме того, выявлено повышение по шкале «F» у 6 (75%) пациентов.

У группы пациентов с отклонениями по восьми шкалам (11 обследуемых) обнаружены следующие заострения черт личности: по шкале невротического сверхконтроля (ипохондричности) – у 9 пациентов из 11 (81,81%); пессимистичности (депрессивности) – у 11 (100%); эмоциональной лабильности (истеричности) – у 8 (72,72%); импульсивности – у 10 (90,9%); мужественности – женственности – у 1 (9,09%); ригидности (паранойяльности) – у 10 (90,9%); тревожности – у 11 (100%); индивидуалистичности – у 11 (100%); оптимистичности (маниакальности) – у 4 (36,36%); социальной интроверсии – у 3 (27,27%). Повышение по шкале «F» выявлено у 10 (90,9%) пациентов.

Группа пациентов с отклонениями по девяти шкалам (16 обследуемых) имеет следующие заострения черт личности: по шкале невротического сверхконтроля (ипохондричности) – 16 пациентов из 16 (100%); пессимистичности (депрессивности) – 16 (100%); эмоциональной лабильности (истеричности) – 15 (93,75%); импульсивности – 16 (100%); мужественности – женственности – 5 (31,25%); ригидности (паранойяльности) – 14 (87,5%); тревожности – 16 (100%); индивидуалистичности (шизоидности) – 16 (100%); оптимистичности (маниакальности) – 9 (56,25%); социальной интроверсии – 6 (37,5%). Шкала «F» повышена у 15 (93,75%) пациентов.

Акцентуация по шизоидному типу отмечена у 55 респондентов (82,09%), по тревожно-астеническому – у 52 (77,6%), по импульсивно-агрессивному – у 50 (74,6%), по паранойяльному – у 44 (65,7%). Повышение шкалы «F» обнаружено в 53 профилях личности (79,1%), что свидетельствует о значительном истощении компенсаторных механизмов психики пациентов.

## **Выводы**

Проведенные исследования позволяют говорить, что поголовно у всех пациентов с неврозами имеются акцентуации по тем или иным типам личности.

В половине случаев (35 респондентов (52,24%)) имеется акцентуация по нескольким типам профиля личности одновременно.

Полученные результаты указывают на то, что в этиологии неврозов существенную, практически обязательную роль играют акцентуации личности.

Повышение значений по пяти и более шкалам у 61% пациентов позволяет говорить о возможности коррекции диагнозов в сторону расстройства личности, а не невроза. Невротические симптомы могут в таком случае расцениваться как декомпенсации расстройства личности.

Выявленные личностные особенности необходимо учитывать при проведении психотерапевтических мероприятий.

Формы, приближающиеся к психопатиям, имеют противоположное отношение к симптоматике. Надо думать, что представление E. Verbeek о снижении терапевтических возможностей по мере накопления психопатических черт

---

обусловлено большей сложностью, выраженностью и наиболее полным развитием (с вовлечением функций, развивающихся на более поздних этапах онтогенеза) тех же синдромов, которые на первых этапах болезни проявляются как невротические.

### **Литература**

1. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства/ Ю.А. Александровский // Руководство для врачей. – Медицина, 1993.
2. Королева, Е.Г. Пограничные расстройства / Е.Г. Королева // Гродно. – 2014.
3. Колотильщикова, Е.А. Психологическая диагностика невротических расстройств / Е.А. Колотильщикова // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2014. – № 10. – С. 91–108.
4. Классификация психических расстройств МКБ-10. Исследовательские диагностические критерии Собчик Л.Н. СМИЛ.
5. Тхостов, А.Ш., Плужников, И.В. Феномен «злокачественного инфантилизма» как патология культуры / А.Ш. Тхостов, И.В. Плужников // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии: материалы общерос. конференции (9–11 окт. 2007 г.). – М., 2007. – С. 202–203.