Ю. Г. Хоменко

СУБЪЕКТИВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ И ОРГАНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Работа представлена лабораторией стереотаксических методов
Института мозга человека РАН.
Научный руководитель – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник Т. Н. Резникова

Изучались субъективные компоненты психического состояния у больных с церебральной патологией в процессе лечения. Показано, что характер и динамика субъективных компонентов психического состояния в процессе лечения зависят от эмоционального состояния и личностных особенностей больных и отражают процесс адаптивных перестроек психического состояния.

Ключевые слова: *психическое состояние, субъективное восприятие, субъективные эффекты.*

Yu. Khomenko

SUBJECTIVE COMPONENTS OF THE PSYCHIC STATE OF PATIENTS WITH FUNCTIONAL AND ORGANIC CEREBRAL PATHOLOGY

The subjective components of the psychic state of patients with cerebral pathology in the course of treatment are studied in the paper. The author reveals that the character and dynamics of the subjective components of the psychic state in the course of treatment depend on patients' personalities and emotional states and reflect the current adaptational reorganisation of the psychic state.

Key words: *psychic state, subjective perception, subjective effects.*

Изучение психических состояний (ПС) больного человека – одна из актуальных задач медицинской психологии. Важнейшим компонентом ПС, наряду с объективными показателями, является его субъективная сторона. Наиболее ярко субъективность проявляется в процессах восприятия окружающего мира и самого себя. Последнее особенно значимо для медицинской психологии, имеющей дело с больными, у которых процессы самоощущения могут быть нарушены в связи с заболеванием. Особенности самоощущения играют большую роль в формировании «внутренней картины болезни», во многом определяющей психическое состояние и адаптацию больного [2; 6; 7]. Многими психологами подчеркивается необходимость изучения субъективных компонентов ПС [1; 4; 8], что, однако, представляет определенные трудности в связи со сложностью их объективизации, поэтому большое значение имеет поиск новых способов и подходов к их изучению.

Таким образом, целью нашего исследования стало изучение субъективных компонентов ПС для определения его диагностического и прогностического значения во время лечения у больных с функциональной и органической патологией ЦНС. Для этого нами был выбран метод формирования и активаций артифициальных стабильных функциональных связей (АСФС) мозга человека с использованием фотостимуляций [8]. АСФС – мозговой феномен долгосрочной памяти, формирующийся при импульсной стимуляции мозга на фоне активации подкорковых структур [8]. В настоящее время неинвазивный вариант метода АСФС успешно применяется для психокоррекции при функциональной и органической патологии ЦНС [2; 7; 8; 9] и у здоровых людей для оптимизации психической деятельности при переутомлении и астенизации [3; 6]. При воздействии методом АСФС наблюдаются разнообразные изменения субъективных компонентов ПС, на которые указывают многие авторы [2; 6; 7; 8; 9].

Было обследовано 66 человек: в I группу вошли больные с отдаленными последствиями закрытых черепно-мозговых травм и нейроинфекций (22 человека: 9 женщин и 13 мужчин в возрасте 18–65 лет), II группу составили больные с неврозом навязчивых состояний (29 человек: 19 женщин и 10 мужчин, 17–60 лет), в качестве контрольной (III) была взята группа здоровых лиц (15 чел., 7 мужчин, 8 женщин, возраст 18–33 года), не страдавших острыми или хроническими заболеваниями и не имевших психических отклонений.

В работе использовался способ формирования АСФС, основанный на подаче ритмических фотостимуляций (ФС) частотой 20 Гц на фоне действия этимизола как активатора и неспецифического коннектора [7; 8]. Курс лечения состоял из 10 сеансов активаций, которые представляли собой ФС заданной частоты (при которой формировались АСФС). Сеанс активаций состоял из 6 посылок ФС длительностью по 10 с, во время которых больной находился в положении лежа; лампа фотостимулятора (Medicor) располагалась на расстоянии 20 см от закрытых глаз больного. После каждой ФС проводился опрос больного о возникавших субъективных ощущениях.

До и после курса лечения проводилось психологическое обследование, включавшее в себя беседу и комплекс стандартных методик,

направленных на изучение когнитивных процессов, эмоциональной и личностной сферы: корректурный тест, «двойной» тест кратковременной памяти [4], тест тревоги Тейлор, личностный опросник MMPI [10]. Для статистического анализа данных использовались критерии Манна-Уитни, Вилкоксона и коэффициент корреляции Спирмена.

Субъективные компоненты ПС изучались с помощью психологического анализа жалоб больных. В исходном состоянии все больные предъявляли большое количество жалоб, среди которых были выделены основные: болевые (головные боли, боли в сердце, в различных частях тела и др.), эмоциональные (тревога, ощущение дискомфорта, раздражительность, сниженный фон настроения и др.), активационные (сонливость, утомляемость, общая слабость и др.), интеллектуальные (снижение памяти и внимания и др.), вегетативные (головокружение, звон в ушах, потливость и др.), навязчивые явления (мысли, действия и др.) и пр. В I группе отчетливо доминировали болевые, активационные и эмоциональные жалобы. Во II группе отмечался широкий спектр жалоб также с преобладанием эмоциональных, болевых и активационных, а у 1/3 больных – жалобы на навязчивые явления. Здоровые лица (III группа) жалоб не предъявляли.

При исследовании исходного психического состояния во всех группах больных выявлен повышенный уровень тревоги по тесту Тейлор. В I и II группах наблюдались умеренные дезадаптационные расстройства личности. Для контрольной группы были характерны нормативные показатели по всем психологическим тестам.

После курса АСФС 73% больных I группы и более половины больных II группы (53%) жалоб не предъявляли; произошло снижение, главным образом количества жалоб болевого, эмоционального и активационного характера. Наряду с этим нужно подчеркнуть отсутствие жалоб на навязчивые явления после курса АСФС у больных II группы. Выявленная положительная динамика субъективных ощущений, лежащих в основе значимых жалоб больных, свидетельствует об оптимизации ПС.

По данным психологических тестов, после курса АСФС во II группе наблюдалась выраженная положительная динамика практически всех показателей ПС ($p < 0,05$). В I группе отмечалось снижение тревоги по тесту Тейлор ($p < 0,05$). В III группе после воздействия методом АСФС отмечалось увеличение объема непосредственной памяти по данным «двойного теста» ($p < 0,05$).

Для изучения динамики субъективных компонентов ПС во время курса лечения проводился анализ субъективных эффектов ФС, проводимых при активации АСФС. Под субъективным эффектом (СЭ) мы понимаем совокупность всех субъективных ощущений и восприятий, связанных с изменением общего и психического состояния человека. СЭ классифицировались аналогично жалобам. В I и II группах наблюдались все виды СЭ, но различалась частота их появления: чаще всего возникали вегетативные, болевые, активационные и эмоциональные эффекты, что совпадало с жалобами больных в исходном состоянии. В I группе преобладали болевые СЭ (26% посылок ФС), эмоциональные (23,2%) и активационные (10,1%). По сравнению с контрольной, в I группе достоверно чаще появлялись эмоциональные СЭ ($p < 0,05$). Во II группе преобладали эмоциональные (17,5%), болевые (12%), активационные (11,7%), вегетативные СЭ (9,4%) и эффект расслабления (7,1%). В контрольной группе СЭ при ФС наблюдались реже, чем в I и II группах, преобладали активационные (20%) и эмоциональные (7%) эффекты, однако последние встречались значительно реже, чем в I и II группах ($p < 0,05$). Для всех обследованных групп было характерно снижение количества СЭ к середине курса лечения, во II группе наблюдалось уменьшение частоты СЭ к окончанию курса ($p < 0,05$).

После курса АСФС у всех больных выявлялся лечебный эффект и положительная динамика показателей ПС. Сравнительный анализ показателей психологических тестов выявил, что у больных, у которых реже возникали СЭ, отмечались более низкие значения уровня тревоги по тесту Тейлор ($p < 0,05$), а также шкал гипомании, аутизма и истерии MMPI ($p < 0,05$).

Полученные результаты могут свидетельствовать о том, что механизмы генерации СЭ в процессе активаций АСФС связаны с активационной, эмоциональной и личностной составляющими ПС. Предполагается, что динамика СЭ отражает адаптивные перестройки ПС, происходящих при воздействии методом АСФС.

Поскольку для активации АСФС использовались ФС заданной частоты, одним из важных компонентов реакции на активацию было субъективное восприятие (СВ) ФС. Многие больные во время ФС видели цвета, фигуры и пр., эмоционально реагировали на воспринимаемое, наделяли их какими-либо свойствами (например, красный цвет – «опасный», зеленый – «спокойный», серый – «грязный» и пр.), ассоциировали видимые цвета и образы с какими-либо явлениями или событиями из жизни, т. е. ФС воспринимались в данном случае не только как физическое явление (вспышки света определенной частоты), а сложным образом отражались во внутреннем мире человека, затрагивая разные составляющие ПС и личности, реагируя на перестройки ПС, происходящие в процессе воздействия методом АСФС. Кроме того, отмечались многочисленные корреляции СЭ и восприятия разных цветов при ФС. Субъективное восприятие ФС при активациях АСФС, находясь в зависимости от ПС, служит дополнительным индикатором его изменений. Следует подчеркнуть, что «субъективный компонент» восприятия фотостимуляций отличался от «объективного» (белого мелькающего света), вместо которого больные видели разные цвета и фигуры. ФС могли восприниматься в виде световых мельканий разного цвета, геометрических фигур и других зрительных образов (простых – пятна, полосы, точки и др. или сложных, например: «человек в белом халате», «коридор со множеством дверей»). В настоящем исследовании мы ограничились изучением цветового восприятия ФС и выявлением его связи с ПС больных.

Во время одной посылки ФС (белым светом) больные могли видеть от 1 до 7 разных цветов. Оказалось, что треть обследованных лиц (35%) воспринимала цвета во время фотостимуляций практически неизменно на протяжении всего курса активаций АСФС (т. е. видели одни и те же цвета), в то время как у 65% лиц восприятие ФС изменялось от активации к активации, при этом видели весь спектр цветов, среди которых основными были красный, желтый, голубой и зеленый; другие цвета встречались редко.

В контрольной группе при большинстве (93%) посылок ФС видели 1–2 цвета (белый, серый, желтый или красный в разных сочетаниях). В I и II группах также часто видели 1–2 цвета (76%), однако значительно чаще по сравнению с контрольной группой (7%) видели 3–4 цвета (19%). Также в разных группах различалась частота появления в СВ основных цветов. В I группе, по сравнению с контрольной, чаще видели голубой цвет, а по сравнению со II группой – желтый ($p < 0,05$). В восприятии ФС больных II группы (по сравнению с другими обследованными группами) чаще встречались красный и зеленый цвета и реже – желтый ($p < 0,05$).

Проведенный корреляционный анализ частоты появления разных цветов с показателями психологических тестов показал, что частота появления красного цвета положительно коррелировала с уровнем тревоги по тесту Тейлор ($p < 0,01$) и со шкалой тревожности MMPI ($p < 0,01$). Частота появления в восприятии ФС зеленого цвета положительно коррелировала со шкалой истерии MMPI ($p < 0,01$).

Сравнительный анализ СВ у лиц с разным уровнем тревоги показал, что при высокой тревоге по тесту Тейлор (26 баллов и выше) частота появления в восприятии красного цвета больше, чем при низком и среднем уровнях тревоги ($p < 0,05$). Кроме того, при низкой и средней тревоге чаще видели желтый цвет, чем при высокой ($p < 0,05$). Таким образом, СВ ФС зависит от эмоционального состояния, в частности от уровня тревоги.

Как показали проведенные исследования, характер изменения субъективных компонентов ПС при воздействии методом АСФС связан с активационными, эмоциональными и личностными характеристиками ПС. Выяв-

лена положительная динамика субъективных компонентов ПС при воздействии методом АСФС во всех группах и определено, что характер их динамики зависел от исходного эмоционального состояния. При этом отмечено, что положительная динамика субъективных компонентов происходила на фоне общей оптимизации ПС, что позволяет говорить о положительном воздействии метода АСФС на объективные и субъективные компоненты психического состояния. Выявлено, что СВ фотостимуляций зависело от эмоционального состояния, что дает возможность использовать его как индикатор изменения ПС больных в процессе лечения методом АСФС.

Таким образом, полученные результаты могут свидетельствовать о том, что механизмы генерации субъективных компонентов психических состояний у больных в процессе активаций АСФС были связаны с эмоциональным состоянием и личностными особенностями больных и отражали процессы адаптивных перестроек в психическом состоянии, происходивших на протяжении курса лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Ананьев Б. Г.* Психология чувственного познания. М.: Наука, 2001. 279 с. («Памятники психологической мысли»).

2. *Казанская В. К.* Использование метода иглорефлексотерапии и артифициальных стабильных функциональных связей в комплексном лечении парестезий полости рта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1986. 17 с.

3. *Миролюбов А. В., Соломин И. Л, Шикин А. Ю.* Артифициальные стабильные функциональные связи. Новые возможности регуляции психофизиологического состояния // Физиология человека. 1988. Т. 14. № 6. С. 883–891.

4. *Мучник Л. С., Смирнов В. М.* «Двойной» тест для исследования кратковременной памяти // Психологический эксперимент в неврологической и психиатрической клинике: Тр. Ин-та им. В. М. Бехтерева. 1969. № 46. С. 283.

5. *Прохоров А. О.* Интегрирующая функция психических состояний // Психол. журн. 1994. Т. 15. № 3. С. 136–145.

6. *Резникова Т. Н., Петухова Н. В.* Лечение больных неврозом методом формирования и активаций стабильных функциональных связей мозга человека. // Проблемы общей и пограничной психиатрии. Екатеринбург, 1995. С. 168–174.

7. *Смирнов В. М., Бородкин Ю. С.* Артифициальные стабильные функциональные связи. Л.: Медицина, 1979. 192 с.

8. *Резникова Т. Н.* Внутренняя картина болезни: структурно-функциональный анализ и клинико-психологические соотношения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1998. 40 с.

9. *Смирнов В. М., Резникова Т. Н., Губачев Ю. М., Дорничев В. М.* Мозговые механизмы психофизиологических состояний. Л., 1989. 152 с.

10. *Собчик Л. Н.* Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ. СПб.: Речь, 2002. 219 с.