

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

А.И. Чижова

*Российский государственный педагогический университет
имени А.И. Герцена, Санкт-Петербург*

Введение. Многочисленными современными исследованиями в области соматической медицины и психиатрии показана актуальность роста психоэмоциональных расстройств у соматических больных и патоморфоз расстройств невротического регистра в направлении соматизации. По данным научной литературы, частота заболеваемости психосоматическими расстройствами составляет до 57 % общего числа пациентов первичной медицинской сети и колеблется в общей популяции населения от 11 до 52 % (Бройтигам В., Кристиан П., фон Рад М., 1999; Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., 2000; Петрюк П.Т., Якущенко И.А., 2003; Кулаков С.А., 2005).

Современное состояние медицины и ее техническое оснащение, совершенствование диагностического инструментария несколько не умаляют необходимости исследования личности больного для правильной диагностики заболевания. Клинико-психологическое исследование наряду с экспериментальными исследованиями играет большую роль в дифференциальной диагностике, изучении влияния психологических факторов на течение заболевания (Лурия А.Р., 1977; Березин М.А., 2003). В основе принципов психопрофилактики, психокоррекции и психотерапии сегодня все чаще заявляется подход, апеллирующий к личности и направленный на гармонизацию её системы психологических отношений.

Личность пациента, таким образом, приобретает особое значение как для этиопатогенеза болезни, так и для лечения, при котором выступает в качестве важного фактора саногенеза. Совокупность телесных ощущений, переживаний, оценки своего состояния и информации о заболевании формируют субъектив-

ное отношение к болезни. В свою очередь это отношение детерминируется личностными особенностями, которые неизбежно влияют на динамику заболевания. В зависимости от субъективного отношения больной может быть активной или пассивной стороной в лечении (Ташлыков В.А., 1997; Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2002).

В формировании соматоформных расстройств играет роль не только психотравмирующая ситуация, которая становится триггером для манифестации заболевания, но и личностная предрасположенность, т.е. особенности отношений личности. Такая личностная предрасположенность к определённым типам реагирования может быть как врожденной, так и приобретенной и проявляться органическим или психоэмоциональным расстройством. Пациент с определенными личностными характеристиками склонен к определенному типу заболевания (Алехин А.Н., Вертячих Н.Н., 2010; Чижова А.И., 2010). Большинство авторов выделяют, по крайней мере, три фактора, влияющих на патогенез соматоформных расстройств (Лурия Р.А., 1977; Соколова Е.Т., Николаева В.В., 1987; Ташлыков В.А., 1990; Смулевич А.Б. с соавт., 1992): 1) преморбидные особенности личности; 2) природа самого заболевания; 3) социально-психологические факторы. Исследование личности больного помогает определить задачи психологического вмешательства, которое приобретает собственное значение при терапии соматоформных расстройств.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 113 человек, поступивших на стационарное лечение в ГПБ № 7 Клиника Неврозов им. И.П. Павлова с диагнозами: соматизированное расстройство (F45.0), ипохондрическое расстройство (F45.1), соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F45.2), устойчивое соматоформное болевое расстройство (F45.3). Среди них было 72 (64 %) женщины и 41 (36 %) мужчина. Среди испытуемых преобладали лица в возрасте от 22 до 43 лет, средний возраст составил $32,5 \pm 2,5$ года.

Для исследования клинико-психологических характеристик пациентов применялись следующие методики:

1. Интегративный тест тревожности – методика создана в лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, служит для выявления уровня выраженности тревоги как ситуативной (реактивной) переменной и тревожности как личностно-типологической характеристики.

2. Шкала депрессивности Бэка разработана для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии.

3. Методика "Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)". Методика ТОБОЛ разработана для психологической диагностики типов отношения к болезни на базе НИПНИ им. В.М. Бехтерева Л.И. Вассерманом, Б.В. Иовлевым, Э.Б. Карповой, А.Я. Вуксом. В основу данной разработки легла типология отношений к болезни, предложенная А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым.

4. Шкала дисфункциональных отношений Бэка и Вайссмана используется для выявления дисфункциональных отношений или иррациональных установок. Опросник был переведен, адаптирован и стандартизирован на отечественной выборке М.Л. Захаровой в 2001 году.

5. Гиссенский личностный опросник был разработан в 1968 году коллективом немецких ученых на базе Психосоматической клиники Гиссенского университета. Создан для выявления личностных, интрапсихических и социально-психологических переменных. Адаптация Гиссенского теста проводилась в соответствии с общими правилами технологии создания и адаптации методик на базе НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

6. Методика "Уровень субъективного контроля (УСК)". Методика разработана Дж. Роттером, адаптирована Е.Ф. Бажиным, Е.А. Голынкиной и А.М. Эткиндоном и оценивает уровень субъективного контроля личности. Предназначена для выявления локализации контроля над важными событиями в жизни человека, может быть полезна в определении эффективности психотерапии.

Результаты исследования. Традиционно под понятием «соматизация» понимаются функциональные расстройства той

или иной системы без достаточного органического основания, но при важной роли психологических и социальных факторов. Также подчёркивается, что диагноз соматоформного расстройства может быть поставлен только в том случае, если наряду с соматическими жалобами имеет место социальная, профессиональная или семейная дезадаптация, и если человек испытывает субъективные страдания (Barsky A.J., 1992; Bhui K., Hotipf M., 1997; Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., 2000). В основном часто предъявляемыми жалобами в данном случае оказываются жалобы на тревожные и депрессивные состояния. Сходство соматоформных и аффективных расстройств является причиной сложностей при дифференциальной диагностике. Однако такая позиция не должна вести к гипердиагностике аффективных расстройств (тревоги и депрессии) вместе с игнорированием чисто соматоформной симптоматики (Kielholz P., 1973; Петрюк П.Т., Якущенко И.А., 2003; Николаева О.В. с соавт., 2009).

В данном исследовании было подтверждено положение о наличии субъективных жалоб на повышенную тревожность и депрессию в структуре соматоформных расстройств. Выявлена высокая личностная тревожность у всех больных с соматоформными расстройствами с помощью методики "Интегративный тест тревожности". Среднее значение составило 8,11 станайна, что значительно превышает нормативные данные. Высокие оценки ситуативной тревожности (средние значения – 6,1 станайна) выявлены у 88 % больных, что характеризует способ реагирования и переживания ситуации.

У данного контингента больных диагностируется депрессия средней тяжести. По данным шкалы депрессивности Бека уровень депрессивности у пациентов оказался достаточно высок, и средние значения составили 24,1 балла у 88 % пациентов. Вместе с тем у 12 % пациентов выраженных депрессивных проявлений не обнаружено.

Когнитивный аспект является не менее важным в структуре личности. И.П. Павлов отмечал, что в процессе патологического образования симптома основную роль играет вторая сигнальная система, в которой отражаются, анализируются, обобщаются и закрепляются патогенные раздражители первой сигнальной сис-

темы. Вторая сигнальная система имеет универсальную способность к замене и генерализации непосредственных раздражителей, и таким образом сама выступает в качестве патогенного раздражителя и приводит к различным болезненным состояниям (Павлов И.П., 1951). Таким образом, процесс переработки информации (осознанный и неосознанный) может выступать как механизм, закрепляющий патологическое реагирование. Но также может идти обратный процесс, в котором вторая сигнальная система адекватно отражает условия действительности и тем самым разрушает патологические связи и способствует противостоянию болезни.

С данной точки зрения таким психологическим конструктом может являться система отношений личности, которая выявляет значимые отношения личности и отражает их характеристики. В теории системы отношений, разработанной В.Н. Мясищевым, психологический анализ предполагает рассмотрение отношения многоуровнево, а именно в трех компонентах: эмоциональном, поведенческом и когнитивном. Система отношений может содержать ошибки или искажения. Такие ошибки проявляются в виде дисфункционального мышления и иррациональных установок, т.е. структурных компонентов этой системы отношений (Ковпак Д.В., Третьяк Л.Л., 2009). Установка традиционно рассматривается как основанная на опыте готовность к определенному виду реагирования (Узнадзе Д.Н., 2001).

Когнитивные структуры и процессы оказывают непосредственное влияние на формирование уровня субъективного контроля, поэтому особенное значение имеет исследование когнитивных искажений и аббераций мышления пациента. В связи с этим были исследованы степень выраженности когнитивных искажений (иррациональных установок), тип отношения к болезни и уровень субъективного контроля.

Установлено (методика "Шкала дисфункциональных отношений"), что для пациентов с соматоформными расстройствами характерны иррациональные когнитивные установки катастрофичности, перфекционизма, оценочных отношений, сверхгенерализации. Степень выраженности дисфункциональных отношений определяется общим показателем, средние значения ко-

того составляют 146,4 балла. Это свидетельствует об искажении когнитивных установок и отражает "дисфункцию базальных отношений" личности.

В результате обследования больных с соматоформными расстройствами были выявлены ведущие типы отношения к болезни, которые вошли в диагностический интервал профилей пациентов (ТОБОЛ). Таким типом отношения к болезни у 45 % пациентов с соматоформными расстройствами является неврастенический, т.е. для них характерно поведение по типу "раздражительной слабости", вспыльчивость, раздражение, нетерпеливость в ожидании результата лечения и в обследовании. Вторым по частоте встречаемости типом отношения к болезни является ипохондрический, который в 11 % встречается как "чистый тип". Для больных с данным типом отношения к болезни характерно: чрезмерное внимание к субъективным ощущениям; склонность к их преувеличению; стремление поделиться с окружающими тем, что их беспокоит и даже удивить; желание подробной диагностики и интенсивного лечения в сочетании с сомнением в его успехе. Практически в равных долях (от 15 до 17 %) распределяются тревожный, сенситивный, эгоцентрический, дисфорический типы отношения к болезни (рис.1).

Тревожный тип характеризует больных как мнительных, тревожащихся по поводу течения и исхода заболевания, его осложнений и недоверием к процессу лечения. Они проявляют большой интерес к объективным исследованиям и проявлениям заболевания у других больных.

Сенситивный тип выявляет чрезмерную ранимость, озабоченность оценками окружающих в связи с заболеванием, эмоциональную лабильность, связанную с межличностными контактами.

Эгоцентрический тип характеризуется принятием роли больного и поиском выгод в своем состоянии, использованием заболевания для достижения каких-либо своих целей и получения внимания, требованием больных исключительного отношения к себе и эмоциональной нестабильностью.

Дисфорический тип проявляется в поведении больных вспышками гнева и обвинениями в адрес окружающих в своем

заболевании, в озлобленном фоне настроения, требовании особого внимания от близких.

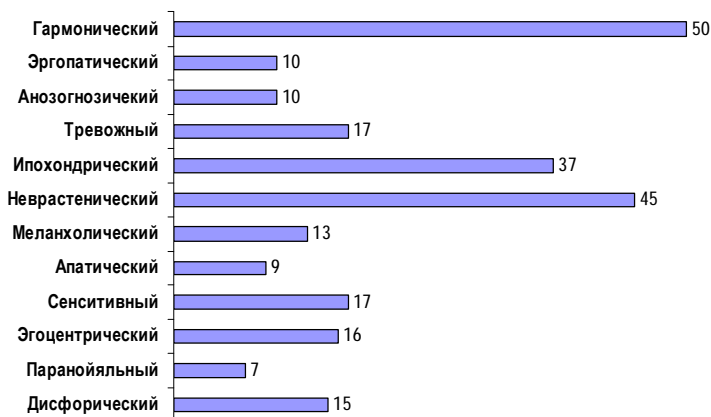


Рис. 1. Распределение типов отношения к болезни

Следует отметить, что в 90 % случаев определялись "смешанные" типы отношения к болезни.

Установлено также (методика УСК), что общий локус контроля у больных находится в зоне экстернального типа УСК. Это означает, что пациенты не связывают свои действия и поступки с происходящими событиями в их жизни, считая их результатом случайного стечения обстоятельств или действий окружающих людей. Значения шкалы общей интернальности составили 4,14 балла.

Необходимо отметить, что для данного контингента больных в области достижений и неудач характерна установка на непричастность к событиям собственной жизни, интерпретация негативных и позитивных событий как результат действий других людей, везения или невезения. В сфере семейных взаимоотношений пациенты склонны считать членов семьи причиной тех или иных событий в их семейной жизни. В области производственных и межличностных отношений они склонны приписывать ответственность внешним факторам за отношения с руководством, членами коллектива, карьерное продвижение, а также имеют низкую степень контроля и ответственности как за формальные отношения, так и за близкие отношения. В отношении

к здоровью и болезни им присуще приписывание ответственности за свои болезни и выздоровление действиям других людей, особенно врачей. По результатам исследования локуса субъективного контроля в данных областях жизнедеятельности пациентов выявлен экстернальный тип УСК (рис. 2).



Рис. 2. Результаты исследования уровня субъективного контроля

Остается важным вопрос о влиянии индивидуально-личностных особенностей на механизмы формирования невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств. Вопрос важности того или иного события, объекта или воздействия помимо объективного значения для человека имеет ещё и субъективный смысл, в нем отражаются и индивидуально-психологические аспекты личности. При этом для человека важным оказывается индивидуально-личностный смысл, т.е. признаки предмета, события или ситуации и их связь с жизненными интересами, которые имеют для человека прежде всего характер социальный, моральный или экономический (Мясищев В.Н., 1960; Ташлыков В.А., 1997; Николаев Е.Л., 2005).

Были выделены личностные, интрапсихические и социально-психологические переменные. Исследование личностных характеристик проводилось с помощью методики "Гиссенский личностный опросник". У больных соматоформными расстройствами выявлены следующие личностные особенности:

– импульсивность, властолюбие и нетерпение, характерные для 57,7 % пациентов, что отражает низкие средние значе-

ния по шкале "доминантность" (23,3 балла). Эти средние значения соотносятся с данными авторов для группы больных неврозами, в то время как склонность к уступчивости, покорности, зависимости выявлены у 25,3 % обследуемых, которые подтверждаются высокими средними значениями (32,4 балла);

– избыточный контроль, который проявляется в педантичности, усердии, отсутствии склонности к легкомысленному поведению свойственно 64,7 % пациентов. Средние значения по шкале "контроль" составили 26,1 балла. Данные показатели являются характерными проявлениями неврозов, по мнению авторов методики. На другом полюсе шкалы (низкие средние значения – 18,8 балла) находятся такие личностные характеристики, как склонность к легкомысленным поступкам, неаккуратности и непостоянству. Они выявлены у 23,6 % пациентов;

– депрессивный фон настроения у 76,4 % больных подтверждается высоким средним значением по шкале "настроение" (35,4 балла). Авторы связывают преобладающее настроение с основным для личности направлением развития агрессии, т.е. для высоких значений характерна агрессия против собственного "Я". Низкие значения характерны для 6,6 % больных с гипоманиакальным фоном настроения;

– замкнутость, недоверие, отстраненность от окружающих выявлены у 41,2 % пациентов и подтверждаются средними значениями шкалы "открытость – замкнутость" (29,4 балла). Данные в рамках нормы выявлены у 23,5 % пациентов, их среднее значение равно 19,7 балла. Низкие средние значения (13 баллов) характеризуют 35,3 % пациентов как доверчивых, открытых, откровенных. В этой шкале отражаются основные свойства социальных контактов и социального поведения, характеризующие первичное доверие или первичное недоверие к жизни (по Э. Эриксону);

– слабая способность к самоотдаче, формированию длительных привязанностей характеризует 52,9 % обследуемых (средние значения шкалы – 23,2 балла). По шкале "социальных способностей" средние значения, характерные для группы здоровых людей, составили 17,6 балла и выявлены у 17,6 % обследуемых. У 29,5 % обследуемых среднее значение составило 13,6

балла, что свидетельствует о таких социальных способностях личности, как активность, общительность, непринужденность;

– по шкале "социального одобрения", которая выявляет аспекты социальной роли личности, значимых отклонений от нормативных показателей не выявлено.

Заключение. В результате клинико-психологического обследования больных соматоформными расстройствами подтверждена коморбидность соматоформных и аффективных расстройств:

– высокая личностная (100 %) и ситуативная тревожность (88 %) пациентов;

– средний уровень депрессии у 88 % пациентов.

Выделены особенности когнитивной сферы в структуре личности больных с соматоформными расстройствами:

– искажение когнитивных установок на невротическом уровне;

– ведущими типами отношения к болезни являются неврастенический и ипохондрический, часто встречающимися являются тревожный, сенситивный, эгоцентрический, дисфорический;

– экстернальный тип локуса контроля выявлен во всех сферах жизнедеятельности, а именно в области достижений, неудач, семейных, производственных и межличностных отношений, в отношении к здоровью и болезни.

В результате данного исследования были выделены особенности личности пациентов с соматоформными расстройствами:

– тенденции к доминированию и импульсивности (у 57,7 % пациентов);

– склонность к излишнему контролю (у 64,7 % пациентов);

– депрессивный фон настроения (у 76,4 % пациентов);

– замкнутость, отстраненность от окружающих (у 41,2 % пациентов);

– низкий уровень социальных способностей (у 52,9 % пациентов).

Выводы. Выделенные психологические особенности можно разделить на три основные группы:

1) особенности личности пациента – личностная тревожность (ИТТ), иррациональные когнитивные установки (ШДО), ведущие неврастенический и инохондрический типы отношения к болезни (ТОБОЛ), склонность к доминированию и контролю (Гиссенский личностный опросник);

2) соматическая и тревожно-депрессивная симптоматика – ситуативная тревожность (ИТТ), депрессия средней тяжести (шкала депрессивности Бека), депрессивный фон настроения (Гиссенский личностный опросник);

3) дезадаптивные отношения в социальной сфере – замкнутость, отстраненность от окружающих, низкий уровень социальных способностей (Гиссенский личностный опросник).

Придерживаясь основных принципов индивидуального подхода в работе с пациентом, необходимо учитывать то, что его личностные особенности также подвергаются изменению в результате болезни, и что болезнь и личность взаимосвязаны (Лебединский М.С., Мясищев В.Н., 1966). В связи с этим психокоррекционные программы должны использовать следующие факторы: 1) личностный – исследование и использование в процессе психотерапии особенностей личности пациента; 2) динамический – состояние до болезни, в её процессе, редукция симптоматики и трансформация системы отношений в процессе лечения; 3) социальный – формирование адаптивных отношений в социальной сфере.

Данное исследование выявляет личностные аспекты, характерные для соматоформных расстройств. Анализ личностных особенностей пациента дает возможность использовать компенсаторный потенциал личности и его активно задействовать в процессе психотерапии и даже реконструировать систему отношений. Изучение, учет и использование личностных особенностей является приоритетным направлением в психологической коррекции и психотерапии данного вида расстройств.

Литература

1. *Алехин А.Н., Вертячих Н.Н.* Нарушение адаптации в социально-стрессовых условиях // Безопасность жизнедеятельности. 2010. № 6. С. 18-20.
2. *Беребин М.А.* Некоторые методологические основания системных исследований феномена психической адаптации // Ежегодник Российского психологического общества: материалы 3-го Всерос. съезда психологов 25-28 июня 2003 года: В 8 т. СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2003. Т. 1. С. 449-453.
3. *Бройтигам В., Кристиан П., фон Рад М.* Психосоматическая медицина. М.: Гэотар Медицина, 1999. 376 с.
4. *Ковпак Д.В., Третьяк Л.Л.* Депрессия. Диагностика и методы лечения. СПб.: Наука и техника, 2009. 320 с.
5. *Кулаков С.А.* Основы психосоматики. СПб.: Речь, 2005. 288 с.
6. *Лебединский М.С., Мясищев В.Н.* Введение в медицинскую психологию. Л.: Медицина, 1966. 162 с.
7. *Лурия Р.А.* Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. 4-е изд. М.: Медицина, 1977. 111 с.
8. *Менделевич В.Д., Соловьева С.Л.* Неврология и психосоматическая медицина: Монография. М.: МЕДпресс-информ, 2002. 608 с.
9. *Мясищев В.Н.* Современные представления о неврозах. М: Знание, 1956. 32 с.
10. *Мясищев В.Н.* Личность и неврозы. Л., 1960. 426 с.
11. *Николаев Е.Л.* Сопряженность социокультурных параметров личности с пограничными состояниями // Вестник Чуваш. ун-та. 2005. № 3. С. 285-291.
12. *Николаева О.В., Бабурин И.Н., Николаев Е.Л., Дубравина Е.А.* Криз? Атака? Невроз? Клинический случай приступа психовегетативных нарушений в кардиологическом стационаре // Вестник психотерапии. 2009. № 30. С. 86-90.
13. *Павлов И.П.* Полное собрание сочинений. 2-е изд. М.; Л., 1951. Т. 4. 445 с.
14. *Петрюк П.Т., Якущенко И.А.* Психосоматические расстройства: вопросы дефиниции и классификации // Вестник Ассоциации психиатров Украины. 2003. № 3-4. С. 133-140.
15. *Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Фильц А.О., Морковкина И.В.* Соматоформные расстройства (современные методологические подходы к построению модели) // Ипохондрия и соматоформные расстройства / под ред. А.Б. Смулевича. М., 1992. С. 8-17.

16. *Соколова Е.Т., Николаева В.В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях // Вопросы психологии. 1987. № 2. С. 128-134.
17. *Ташлыков В.А.* Личностные механизмы совладания (копинг-поведение) и защиты у больных неврозами в процессе психотерапии. Томск: Изд-во ТГУ, 1990. 36 с.
18. *Ташлыков В.А.* Психологическая защита у больных неврозами и с психосоматическими расстройствами: пособие для врачей / под ред. В.А. Ташлыкова. СПб.: МАПО, 1997. 24 с.
19. *Узнадзе Д.Н.* Психология установки. СПб.: Питер, 2001. 416 с.
20. *Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г.* Соматизация: история понятия, культуральные и семейные аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели // Консультативная психология и психотерапия. 2000. № 2. С. 5-50.
21. *Чиждова А.И.* Психологические аспекты в терапии соматоформных расстройств // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике: сб. материалов конференции. СПб, ноябрь 2010. Выпуск 10 / под общ. ред. В.И. Мазурова. СПб.: Изд-во СПб МАПО, 2010. 73 с.
22. *Barsky A.J.* Amplification, somatization, and the somatoform disorders // *Psychosomatics*. 1992. Vol. 33. P. 28-34.
23. *Bhui K., Hotipf M.* Somatization disorder // *British J. of hospital medicine*. 1997. P. 145-149.
24. *Kielholz P.* Masked Depression. Bern: Hans Huber, 1973.