

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А.И. Чижова

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

Введение. Многочисленные современные исследования и анализ работы практикующих специалистов как в области соматической медицины, так и в области психиатрии подчеркивают актуальность роста психоэмоциональных расстройств у соматических больных и патоморфоз расстройств невротического регистра в виде соматизации. По различным данным, частота заболеваемости психосоматическими расстройствами составляет до 57 % общего числа пациентов первичной медицинской сети и колеблется в общей популяции населения от 11 до 52 % [3, 5, 10, 15].

Современное состояние медицины и ее техническое оснащение, развитие инструментария диагностики не могут снять необходимость исследовать личность больного для постановки диагноза. Клинико-психологическое исследование наряду с экспериментальными исследованиями играет большую роль в дифференциальной диагностике, изучении влияния психологических факторов на течение заболевания. В основе принципов психопрофилактики, психокоррекции и психотерапии сегодня все чаще декларируется подход, апеллирующий к личности и гармонизации её системы отношений [2, 7, 9, 13].

Личность пациента занимает центральное место как в патогенезе в виде причины, так и в лечении в качестве ресурса [14]. Пациента необходимо рассматривать всесторонне, учитывая не только особенности симптоматики, но и его личностные характеристики и изменения в системе отношений. Совокупность телесных ощущений, переживаний, оценки своего состояния и информации о заболевании формируют субъективное отношение к болезни. В свою очередь это отношение детерминируется личностными особенностями, которые неизбежно влияют на динамику заболева-

ния. В зависимости от субъективного отношения больной может быть активной или пассивной стороной в лечении [1, 8].

В формировании соматоформных расстройств играет роль не только ситуация, которая является триггером для манифестации заболевания, но и личностная предрасположенность, т.е. преморбидные особенности личности. Этот личностный преморбид может быть как врожденной, так и приобретенной готовностью к определенному типу реагирования на заболевание и может проявляться в виде органического или психоэмоционального нарушения. Пациент с определенными личностными характеристиками склонен к определенному типу заболевания. Большинство авторов выделяют по крайней мере три фактора, влияющих на патогенез соматоформных расстройств [4, 7, 11, 12, 14]: 1) преморбидные особенности личности; 2) природа самого заболевания; 3) социально-психологические факторы. Исследование личности больного помогает определить мишени психокоррекционного воздействия, которые имеют свою специфику при лечении соматоформных расстройств.

Материал и методы исследования. В данном исследовании приняли участие 43 пациента, поступивших на стационарное лечение в ГПБ № 7 Клиника неврозов им. И.П. Павлова с диагнозами: соматизированное расстройство (F45.0) – 29 человек, ипохондрическое расстройство (F45.1) – 7 человек, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F45.2) – 3 человека, устойчивое соматоформное болевое расстройство (F45.3) – 4 человека. Среди них было 15 (34,9 %) мужчин и 28 (65,1 %) женщин. Среди испытуемых преобладали лица в возрасте от 22 до 43 лет, средний возраст составил $32,5 \pm 2,5$ года.

При изучении 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 Бека – разработана для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии.

3. Шкала дисфункциональных отношений Бека 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.

4. Гиссенский личностный опросник был разработан в 1968 г. 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.

Результаты исследования. "Интегративный тест тревожности" выявил высокую личностную тревожность у всех испытуемых, среднее значение которой составило 8,31 балла, что значительно превышает нормативные данные и говорит о высокой степени выраженности данной характеристики, а также высокую ситуативную тревожность, средние значения которой равны 6,3 балла у 88,3 % испытуемых. Показатели ситуативной тревожности в рамках нормы выявлены у 11,7 % испытуемых.

Уровень депрессивности у пациентов по шкале депрессивности Бека оказался достаточно высок, и средние значения составили 22,3 балла у 88,3 % испытуемых, что дает возможность говорить о наличии депрессии средней тяжести. У 11,7 % испытуемых депрессивных проявлений не обнаружено. Родственность соматоформных и аффективных расстройств (депрессивных, тревожных и др.) является причиной сложностей при дифференциальной диагностике указанных состояний (П.Т. Петрюк, И.А. Якущенко, 2003).

По методике "Шкала дисфункциональных отношений" выявлены характерные для пациентов с соматоформными расстройствами иррациональные когнитивные установки катастрофичности, перфекционизма, оценочных отношений, сверхгенерализации. Степень выраженности дисфункциональных отно-

шений определяется общим показателем, средние значения которого составляют 140,5 балла. Этот факт свидетельствует об искажении когнитивных установок на невротическом уровне, которое отражает "дисфункцию базальных отношений" личности. Традиционно установка рассматривается как основанная на опыте готовность к определенному виду реагирования.

При исследовании личностных характеристик по методике "Гиссенский личностный опросник" у данной категории пациентов выявлено следующее:

- низкие средние значения по шкале "доминантность" в 23,3 балла у 57,7 % испытуемых выявляют такие личностные характеристики, как импульсивность, властолюбие и нетерпение. Эти средние значения соотносятся с данными авторов для группы больных невротизмом. Нормативные значения (25,4 балла) обнаруживаются у 17 % испытуемых. Высокие значения, свидетельствующие о склонности к уступчивости, покорности, зависимости выявлены у 25,3 % испытуемых (среднее значение составило 32,4 балла). Эти личностные особенности как на низком, так и на высоком полюсах отождествляются с психосоциальными защитными формами поведения;

- высокие средние значения по шкале "контроль" составили 26,1 балла, что говорит об избыточном контроле, который проявляется в педантичности, усердии, отсутствии склонности к легкомысленному поведению, у 64,7 % испытуемых. Данные показатели являются характерными проявлением невротизма по мнению авторов методики. Нормативные данные (23 балла) были выявлены у 11,7 % испытуемых. Низкие значения (18,8 балла) выявлены у 23,6 % испытуемых и свидетельствуют о склонности к легкомысленным поступкам, неаккуратности и непостоянству;

- депрессивный фон настроения у 76,4 % испытуемых 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. Для нормативной выборки средний балл составил 25,9 у 17 % испытуемых. Низкие значения характерны для 6,6 % испытуемых, для них характерен гипоманиакальный фон настроения;

– замкнутость, недоверие, отстраненность от окружающих характеризуются средними значениями шкалы "открытость–замкнутость" равными 29,4 балла у 41,2 % испытуемых. Данные в рамках нормы выявлены у 23,5 % испытуемых, их среднее значение равно 19,7 балла. Низкие средние значения (13 баллов) характеризуют 35,3 % испытуемых 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 характеризуют 52,9 % испытуемых, средние значения которых составили 23,2 балла. По шкале "социальных способностей" средние значения, характерные для группы здоровых людей, составили 17,6 балла и выявлены у 17,6 % испытуемых. У 29,5 % испытуемых выявленный средний балл составил 13,6, что выявляет такие социальные способности личности, как активность, общительность, непринужденность;

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

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

– высокая личностная (100 % испытуемых) и ситуативная тревожность (88,3 % испытуемых);

– средний уровень депрессии (88,3 % испытуемых);

– искажение когнитивных установок на невротическом уровне;

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

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

– депрессивный фон настроения (76,4 % испытуемых);

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

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

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

1) особенности личности пациента (личностная и ситуативная тревожность, иррациональные когнитивные установки, склонность к доминированию и контролю);

2) соматическая и тревожно-депрессивная симптоматика (депрессивный фон настроения);

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

Придерживаясь основных принципов индивидуального подхода в работе с пациентом, необходимо учитывать, что его личностные особенности также подвергаются изменению в результате болезни и что болезнь и личность взаимосвязаны [6]. 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.* Психические расстройства в практике психолога. СПб.: Сенсор, 2009. 140 с.
2. *Вассерман Л.И., Березин М.А., Косенков Н.И.* О системном подходе в оценке психической адаптации // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* 1994. № 3.
3. *Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р.* Оксфордское руководство по психиатрии: пер. с англ. Київ: Сфера, 1997. Т. 2. 435 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., Мясницев 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. *Николаев Е.Л.* Медицинская психология в общеврачебной практике: проблемы и опыт. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2009. № 1. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 11.11.2011).
10. *Петрюк П.Т., Якуценко И.А.* Психосоматические расстройства: вопросы дефиниции и классификации // Вестник Ассоциации психиатров Украины. 2003. № 3-4. С. 133-140.
11. *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.
12. *Соколова Е.Т., Николаева В.В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях // Вопр. психологии. 1987. № 2. С. 128-134.
13. *Суслова Е.С., Николаев Е.Л.* Психологические механизмы совладания при дезадаптации личности: культуральный аспект // Вестник Чуваш. ун-та. 2006. № 1. С. 281-288.
14. *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.
15. *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.