

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА СОМАТОФОРМНЫХ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

А.И. Чижова

В статье автор выявляет эмоционально-личностные и когнитивные характеристики больных с соматоформными расстройствами, а также тип отношения к болезни как показатель, интегрирующий аффективный, поведенческий и когнитивный аспекты отношения к болезни. Выделены три группы характеристик пациентов с соматоформными расстройствами: 1) особенности личности пациента, 2) соматическая и тревожно-депрессивная симптоматика, 3) дезадаптивные отношения в социальной сфере.

Ключевые слова: соматоформные расстройства, отношение к болезни, соматизация, аффективный, поведенческий и когнитивный аспекты.

Введение

Данные современных исследований в области соматической медицины и психиатрии свидетельствуют о росте числа психоземotionalных расстройств у соматических больных и патоморфозе расстройств невротического регистра в направлении их соматизации. При этом частота заболеваемости психосоматическими расстройствами составляет до 57 % от общего числа пациентов первичной медицинской сети и колеблется в общей популяции населения от 11 до 52 % [3, 5, 13, 19].

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 методами, играет большую роль в дифференциальной диагностике заболеваний, изучении влияния психологических факторов на его течение [2, 7]. Основой принципов психопрофилактики, психокоррекции и психотерапии сегодня все чаще является подход, апеллирующий к личности и направленный на гармонизацию ее системы психологических отношений.

Личность пациента, таким образом, приобретает особое значение как для понимания этиопатогенеза болезни, так и для лечения, при котором она выступает в качестве важного фактора саногенеза. Совокупность телесных ощущений, переживаний, оценки своего состояния и информации о заболевании формирует субъективное отношение к болезни. В свою очередь, это отношение детерминируется личностными особенностями, которые не-

избежно влияют на динамику заболевания. В зависимости от субъективного отношения к болезни больной может быть активной или пассивной стороной в лечении [8, 16].

В формировании соматоформных расстройств играет роль не только психотравмирующая ситуация (которая является триггером для манифестации заболевания), но и личностная предрасположенность (в данном случае – особенности отношений личности). Такая личностная предрасположенность к определенным типам реагирования может быть как врожденной, так и приобретенной и проявляться определенным органическим либо психоземotionalным расстройством. Пациент с определенными личностными характеристиками склонен к определенному типу заболевания [1, 20]. В настоящее время выделяются, по крайней мере, три фактора, влияющих на патогенез соматоформных расстройств [7, 14–17]: 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.

Традиционно под понятием «соматизация» понимаются функциональные расстройства той или иной системы без достаточного органического основания, но при важной роли психологических и социальных факторов. Также подчеркивается, 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 [19, 21, 22]. 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 [13, 23].

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 113 человек, поступивших на стационарное лечение в городскую психиатрическую больницу № 7 (ГПБ № 7) г. Санкт-Петербурга (клиника неврозов им. И.П. Павлова) с диагнозами: соматизированное расстройство (код F45.0 Международной классификации болезней – МКБ-10), ипохондрическое расстройство (F45.1), соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F45.2), устойчивое соматоформное болевое расстройство (F45.3), из них 72 пациента женского пола (64 % выборки) и 41 – мужского (36 %). 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. Методика «Интегративный тест тревожности» (ИТТ). Методика созданная в лаборатории клинической психологии Санкт-Петербургского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (СПбПНИ им. Бехтерева), служащая для выявления уровня выраженности тревоги как ситуативной (реактивной) переменной и тревожности как личностно-типологической характеристики.

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

3. Методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), разработанная для психологической диагностики типов отношения к болезни в СПбПНИ им. Бехтерева Л.И. Вассерманом с соавторами на основе типологии отношений к болезни, предложенной А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым.

4. Шкала дисфункциональных отношений Бэка – Вайссмана (ШДО), используемая для выявления дисфункциональных отноше-

ний или иррациональных установок (в варианте перевода, адаптации и стандартизации на отечественной выборке, выполненном М.Л. Захаровой в 2001 году).

5. Гиссенский личностный опросник, разработанный в Психосоматической клинике Гиссенского университета (Германия) с целью выявления личностных, интрапсихических и социально-психологических переменных и адаптированный в СПбПНИ им. Бехтерева.

6. Методика «Уровень субъективного контроля» (УСК), разработанная Дж. Роттером и адаптированная Е.Ф. Бажиным с соавторами в СПбПНИ им. Бехтерева для оценки направленности локуса субъективного контроля личности над важными событиями в жизни человека, а также для оценки эффективности психотерапии.

Результаты исследования

В исследовании было подтверждено предположение о наличии в структуре клиники соматоформных расстройств субъективных жалоб на повышенную тревожность и депрессию: выявлена высокая личностная тревожность (ЛТ) у всех больных с соматоформными расстройствами (по данным методики ИТТ средние значения по шкале ЛТ составили 8,11 станайнов, что значительно превышает нормативные данные). Кроме того, высокие оценки ситуативной тревожности (средние значения – 6,1 станайнов) выявлены у 88 % больных, что в целом свидетельствует о наличии тревожного способа реагирования и переживания ситуации.

У обследованного контингента больных выявляется депрессия средней тяжести, поскольку оценки по шкале депрессивности Бека достаточно высоки и достаточно часто встречались в выборке (средние значения – 24,1 балла, а показатели выше нормативных отмечались у 88 % пациентов).

Когнитивный аспект отношений личности является не менее важным в ее структуре. Еще 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 системы. 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 болез-

Научные работы студентов, магистров и аспирантов

ненным состояниям [12]. Как следствие, процесс переработки информации (осознанный и неосознанный) может выступать либо как механизм, закрепляющий патологическое реагирование, либо как обратный процесс, в котором вторая сигнальная система адекватно отражает условия действительности и тем самым разрушает патологические связи и способствует противостоянию болезни.

Своеобразным психологическим эквивалентом описанного конструкта может являться система отношений личности, в разработанных В.Н. Мясищевым теоретических положениях которой психологический анализ предполагает многоуровневое рассмотрение отношений с выделением трех компонентов: эмоционального, поведенческого и когнитивного. Система отношений может содержать ошибки или искажения, которые проявляются в виде дисфункционального мышления и иррациональных установок, входящих в число структурных компонентов этой системы отношений [4]. При этом установка традиционно рассматривается как основанная на опыте готовность к определенному виду реагирования [18].

Когнитивные структуры и процессы оказывают непосредственное влияние на формирование уровня субъективного контроля, что предопределяет необходимость исследования когнитивных искажений и аббераций мышления пациента, в которых должны быть изучены степень выраженности когнитивных искажений (иррациональных установок), тип отношения к болезни и уровень субъективного контроля.

Установлено (методика ШДО), что для пациентов с соматоформными расстройствами характерны иррациональные когнитивные установки катастрофичности, перфекционизма, оценочных отношений, сверхгенерализации (показатель дисфункциональных отношений имеет средние значения 146,4 балла), что свидетельствует об искажении когнитивных установок и отражает «дисфункцию базальных отношений» личности.

У больных с соматоформными расстройствами в числе ведущих типов отношения к болезни, вошедших в диагностический интервал профилей по методике ТОБОЛ, наблюдались неврастенический тип (у 45 % пациентов обследованных), отражающий поведение по типу «раздражительной слабости», вспыльчивость, раздражение, нетерпеливость в ожидании результата лечения и в обследовании. Вторым по частоте встречаемости типов отношения к болезни является ипохондрический, который в 11 % случаев встречается как «чистый тип». Для больных с таким 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 % численности обследованной выборки) распределяются тревожный, сенситивный, эгоцентрический, дисфорический типы отношения к болезни (рис. 1).

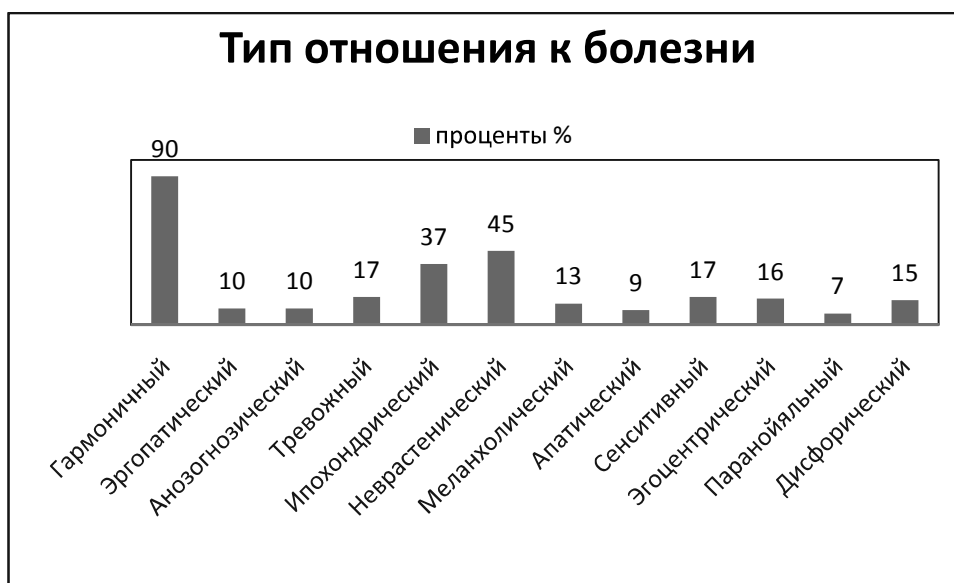


Рис. 1. Частота встречаемости типов отношения к болезни (по данным обследования по методике ТОБОЛ)

- Тревожный тип характеризует больных как мнительных, тревожащихся по поводу течения и исхода заболевания, его осложнений и относящихся с 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.

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 экстернальности (средние значения по шкале общей интернальности – 4,14 балла). Как следствие, пациенты не связывают свои действия и поступки с происходящими событиями в их жизни, считая их результатом слу-

чайного стечения обстоятельств или действий окружающих людей. При этом в области достижений и неудач для таких пациентов характерна установка на непричастность к событиям собственной жизни, интерпретация негативных и позитивных событий как результата 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 производственных и межличностных отношениях они обычно приписывают ответственность за отношения в коллективе и в карьерном продвижении внешним факторам, что свидетельствует о низкой степени их контроля и ответственности как за формальные, так и за близкие отношения. В отношении к здоровью и болезни им присуще приписывание ответственности за свои болезни и выздоровление действиям других людей, особенно врачам (рис. 2).

Вопрос о влиянии индивидуально-личностных особенностей на механизмы формирования невротических (стресс) и соматоформных расстройств связан с оценкой важности того или иного события, объекта или воздействия, имеющего для человека, помимо объективного значения, еще и субъективный смысл, в котором отражаются и индивидуально-психологические аспекты личности. При этом для человека важным оказывается индивидуально-личностный смысл, то есть признаки предмета, события или ситуации и его связь с жизненными интересами, имеющими для человека, прежде всего, соци-



Рис. 2. Характеристики направленности локуса контроля пациентов с соматоформной дисфункцией (по результатам обследования по методике «Уровень субъективного контроля»)

альный, моральный или экономический характер [9–11, 17].

В связи с вышеизложенным проводилось исследование личностных, интрапсихических и социально-психологических характеристик личности.

Исследование личностных характеристик проводилось с помощью методики «Гиссенский личностный опросник». У больных с соматоформными расстройствами выявлены следующие личностные особенности:

– импульсивность, властолюбие и нетерпение (определяющиеся по низким средним значениям по шкале «доминантность» – 23,3 балла), характерные для 57,7 % обследованных пациентов, что соответствует среднормативным данным методики для группы больных невротиками. В то же время склонность к уступчивости, покорности, зависимости выявлена у 25,3 % обследуемых (средние значения по шкале – 32,4 балла);

– избыточный контроль, проявляющийся в педантичности, усердии, отсутствии склонности к легкомысленному поведению, – у 64,7 % пациентов (средние значения по шкале «контроль» – 26,1 балла, что также соответствует нормативным значениям методики для больных невротиками). В то же время склонность к легкомысленным поступкам, неаккуратности и непостоянству выявлены у 23,6 % пациентов (низкие средние значения по шкале – 18,8 балла);

– депрессивный фон настроения 76,4 % больных подтверждается высоким средним значением по шкале «настроение» – 35,4 балла, что авторами методики связывается с основным для личности направлением развития агрессии. В частности, для высоких значений по шкале характерна агрессия против собственного Я. В то же время для 6,6 % больных характерно преобладание гипоманиакального фона настроения;

– замкнутость, недоверие, отстраненность от окружающих выявлены у 41,2 % пациентов (средние значения шкалы «открытость – замкнутость» составили 29,4 балла). Низкие средние значения (13 баллов) характеризуют 35,3 % пациентов как доверчивых, открытых, откровенных. В целом полученные по этой шкале данные отражают основные свойства социальных контактов и социального поведения, характеризующие первичное доверие или первичное недоверие к жизни (по представлениям Э. Эриксона);

– слабая способность к самоотдаче, формированию длительных привязанностей характерна для 52,9 % обследуемых (средние значения шкалы «социальные способности» – 23,2 балла). При этом нормативные значения по этой шкале выявлены у 17,6 % обследуемых, а 29,5 % обследованных обладают такими социальными способностями личности, как активность, общительность, непринужденность (средний балл по шкале – 13,6);

– по шкале «социальное одобрение» получены нормативные значения, свидетельствующие в целом о сохранной функции социальной роли личности.

Заключение

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

– широкая распространенность в обследованной выборке высокой личностной (100 % пациентов) и ситуативной тревожности (88 % пациентов);

– преимущественно высокий уровень депрессии (88 % пациентов).

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

– искажение когнитивных установок на невротическом уровне;

– преобладание в структуре типов отношения к болезни неврастенического и ипохондрического, а также достаточно частая встречаемость тревожного, сенситивного, эгоцентрического и дисфорического типов;

– внешний тип локуса контроля выявлен в основных сферах жизнедеятельности этих пациентов: в области достижений, неудач, семейных, производственных и межличностных отношений, в отношении к здоровью и болезни.

Кроме того, в результате данного исследования были выделены следующие 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

Полученные в исследовании данные позволяют непротиворечиво объединить их в соответствии с рассмотренными выше тремя группами факторов, влияющих на патогенез соматоформных расстройств:

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

2) соматическая и тревожно-депрессивная симптоматика – ситуативная тревожность (ИГТ), депрессия средней тяжести (шкала депрессивности Бэка), 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 подвергаются изменению в результате болезни, а также и то, 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 ее процессе, редукция симптоматики и трансформация системы отношений в процессе лечения; 3) социальный – формирование адаптивных отношений в социальной сфере.

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

Литература

1. Алехин, А.Н. Нарушение адаптации в социально-стрессовых условиях / А.Н. Алехин, Н.Н. Вертячих // *Безопасность жизнедеятельности*. – 2010. – № 6. – С. 18–20.
2. Березин, М.А. Некоторые методологические основания системных исследований феномена психической адаптации / М.А. Березин // *Ежегодник Российского психологического общества: материалы 3-го Всерос. съезда психологов 25–28 июня 2003 г.: в 8 т. – СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2003. – Т. 1. – С. 449–453.*
3. Бройтигам, В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. фон Рад. – М.: Гэотар Медицина, 1999. – 376 с.
4. Ковпак, Д.В. Депрессия. Диагностика и методы лечения / Д.В. Ковпак, Л.Л. Третьяк. – СПб.: Наука и техника, 2009. – 320 с.
5. Кулаков, С.А. Основы психосоматики / С.А. Кулаков. – СПб.: Речь, 2005. – 288 с.
6. Лебединский, М.С. Введение в медицинскую психологию / М.С. Лебединский, В.Н. Мясищев. – Л.: Медицина, 1966. – 162 с.
7. Лурия, Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания / Р.А. Лурия. – 4-е изд. – М.: Медицина, 1977. – 111 с.
8. Менделевич, В.Д. Неврология и психосоматическая медицина: монография / В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
9. Мясищев, В.Н. Современные представления о неврозах / В.Н. Мясищев. – М.: Знание, 1956. – 32 с.
10. Мясищев, В.Н. Личность и неврозы / В.Н. Мясищев. – Л., 1960. – 426 с.
11. Николаев, Е.Л. Сопряженность социокультурных параметров личности с пограничными состояниями / Е.Л. Николаев // *Вестник Чувашского университета*. – 2005. – № 3. – С. 285–291.
12. Павлов И.П. Полное собрание сочинений / И.П. Павлов. – 2-е изд. – М.; Л., 1951. – Т. 4. – С. 445.
13. Петрюк, П.Т. Психосоматические расстройства: вопросы дефиниции и классификации / П.Т. Петрюк, И.А. Якущенко // *Вестник Ассоциации психиатров Украины*. – 2003. – № 3,4. – С. 133–140.
14. Соколова, Е.Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях / Е.Т. Соколова, В.В. Николаева // *Вопросы психологии*. – 1987. – № 2. – С. 128–134.

15. Соматоформные расстройства (современные методологические подходы к построению модели) / А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая, А.О. Фильц, И.В. Морковкина // *Ипохондрия и соматоформные расстройства* / под ред. А.Б. Смулевича. – М., 1992. – С. 8–17.

16. Ташлыков, В.А. Личностные механизмы совладания (копинг-поведение) и защиты у больных невротами в процессе психотерапии / В.А. Ташлыков. – Томск: Изд-во ТГУ, 1990. – 36 с.

17. Ташлыков, В.А. Психологическая защита у больных невротами и с психосоматическими расстройствами: пособие для врачей / под ред. В.А. Ташлыкова. – СПб.: МАПО, 1997. – 24 с.

18. Узнадзе, Д.Н. Психология установки / Д.Н. Узнадзе. – СПб.: Питер, 2001. – 416 с.

19. Холмогорова, А.Б. Соматизация: история понятия, культуральные и семейные

аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян // *Консультативная психология и психотерапия*. – 2000. – № 2. – С. 5–50.

20. Чижова, А.И. Психологические аспекты в терапии соматоформных расстройств / А.И. Чижова // *Сб. материалов конф. «Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике»*. СПб., ноябрь 2010 г. / под общ. ред. В.И. Мазурова. – СПб.: Изд-во СПбМАПО, 2010. – Вып. X. – 73 с.

21. Barsky, A.J. Amplification, somatization, and the somatoform disorders / A.J. Barsky // *Psychosomatics*. – 1992. – V. 33. – P. 28–34.

22. Bhui, K. Somatization disorder, *British journal of hospital medicine* / K. Bhui, M. Hotipf. – 1997. – P. 145–149.

23. Kielholz, P. *Masked Depression* / P. Kielholz. – Bern: Hans Huber, 1973.

Поступила в редакцию 11.12.2011 г.

Чижова Алиса Игоревна. Аспирант кафедры клинической психологии, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, г. Санкт-Петербург. E-mail: a.chizhova@mail.ru

Alisa I. Chizhova. Postgraduate, department of clinical psychology, Herzen State Pedagogical University of Russia, St. Petersburg. E-mail: a.chizhova@mail.ru