

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ И СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В КОНТЕКСТЕ КЛИНИКО-ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Доц. Ю. И. ЗАСЕДА

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Проанализированы медико-психологические характеристики контингента пациентов, страдающих соматоформными расстройствами и психосоматическими заболеваниями, в частности дисфункциями дыхательной, сердечно-сосудистой и пищеварительной систем, бронхиальной астмой, гипертонической болезнью, язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки. Исследование данных характеристик указанного контингента позволит, с одной стороны, получить сведения о важных аспектах личностной организации индивидов, очерчивая круг медико-психологических предикторов психосоматических заболеваний и соматоформных расстройств, с другой – сопоставить полученные психофеноменологические характеристики контингента с детерминирующими патофизиологические воззрения и психотехнические подходы концепциями в сфере компетенции медицинской психологии.

Ключевые слова: соматоформные расстройства, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, клинико-психофеноменологическое исследование.

Анализируя опыт клинико-психофеноменологического исследования значительного контингента пациентов, страдающих наиболее распространенными формами психосоматических заболеваний и соматоформных расстройств, мы видим необходимость сопоставления полученных ранее нами данных, выраженных в особенностях нозоспецифической трансформации характеристик личностного реагирования пациентов, с психофизиологическими особенностями психического функционирования и медико-психологическими аспектами течения заболевания. Рассматривая разработанную нами концепцию психофеноменологического профиля вне ракурса рутинной клинической эксплуатации, необходимо отметить важность понимания различий между примордиальными характеристиками психического функционирования пациента и тем комплексом персонологических, интроспективно-экзистенциальных и даже психофизиологических трансформаций, которые привносит патологический процесс и его конъюнктурные факторы [1–5].

Именно претерпевшая [нозо]специфическую трансформацию личность может рассматриваться в качестве объекта аппликации клинико-психофеноменологического метода как в контексте количественного анализа активности феноменных констелляций и, соответственно, формирования конгруэнтных систем психотерапии, так и в процессе анализа психопатогенетических механизмов расстройств указанной принадлежности с целью разработки путей их превенции [1, 3–6].

Исследование медико-психологических характеристик у пациентов позволит, с одной стороны, получить сведения о важных аспектах личностной организации индивидов, очерчивая круг медико-психологических предикторов психосоматических заболеваний и соматоформных расстройств, с другой – сопоставить полученные нами психофеноменологические характеристики контингента с детерминирующими патофизиологические воззрения и психотехнические подходы концепциями в сфере компетенции медицинской психологии. Принимая во внимание обширный спектр исследования, клиническая структура которого включает психосоматические заболевания и соматоформные расстройства идентичной системно-органной принадлежности, мы получили возможность для компаративного анализа особенностей психического функционирования контингента пациентов в ракурсе их медико-психологических характеристик и, следовательно, инструмент анализа факторов психопатогенеза соматоформных расстройств и психосоматических заболеваний [1–5].

Целью нашего исследования является анализ медико-психологических характеристик контингента пациентов, страдающих соматоформными расстройствами (соматоформная дисфункция дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной систем) и психосоматическими заболеваниями (бронхиальная астма, эссенциальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки).

Исследование проводилось на протяжении 2010–2014 гг. на базе кафедры психотерапии Харьковской медицинской академии последипломного образования и клиники «Мужское здоровье» (Киев), где были обследованы 470 пациентов, страдающих различными соматоформными и психосоматическими расстройствами, из которых с учетом процессов гомогенизации и рандомизации выборки для углубленного исследования медико-психологических и клиничко-психофеноменологических характеристик были сформированы две группы. В первую вошли 200 пациентов, страдающих психосоматическими расстройствами (неаллергическая бронхиальная астма (J45.01; J45.08; J45.09), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (K25.07; K26.07), эссенциальная гипертензия (I10), средний возраст которых составил $32 \pm 0,7$ года; во вторую — 200 больных с соматоформными расстройствами (соматоформные вегетативные дисфункции: дыхательной (F45.33 по МКБ-10), дигестивной (F45.32) и сердечно-сосудистой (F45.30) систем), их средний возраст составил $33 \pm 0,4$ года.

Основным методом исследования был психодиагностический, в структуре которого использовались: личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ, 1983), разработанный с целью диагностики типов отношения к болезни и других связанных с ней личностных отношений, в рамках которого диагностируется паттерн отношения к болезни, сложившийся под ее влиянием [7, 8]; тест-опросник Шмишека (Н. Schmieschek, 1970), вариант для взрослых (адаптация В. М. Блейхера, 1973) — личностный опросник, который предназна-

чен для диагностики типа акцентуации личности и является реализацией типологического подхода к ее изучению [9, 10]; опросник А. И. Сердюка (1994) для изучения самооценки социальной значимости болезни с целью изучения влияния заболевания на микросоциальную среду, степени социальной значимости заболевания как мишени для психотерапии [11]; тест дифференциальной самооценки функционального состояния (В. А. Доскин и др., 1973) — для психодиагностики самочувствия, активности, настроения пациентов [11].

Результаты диагностики типов отношения к заболеванию у обследованного контингента представлены в сводных табл. 1 и 5.

В группе пациентов, страдающих соматоформной дисфункцией дыхательной системы, доминировали тревожный (31,6%) и ипохондрический (21,7%) типы отношения к заболеванию, далее следовали стенический (15,0%) и гармонический (15,0%). Данное соотношение указывает прежде всего на наличие выраженной аутогенной индукции, имеющей место в силу витального характера нарушенной функции, в результате чего интроспективное восприятие затруднений инспирации происходит в рамках тревожно-ипохондрического модуса личностного реагирования, что с течением времени приводит к формированию выраженных невротических расстройств, вплоть до обсессивно-фобических, являющихся высокоактивными компонентами психоиндуктивного комплекса, потенцирующего психовегетативную дестабилизацию.

В группе пациентов с соматоформной дисфункцией сердечно-сосудистой системы доминировали анозогнозический (30,0%) и гармонический

Таблица 1

Типы отношения к заболеванию у контингента пациентов, страдающих соматоформной дисфункцией дыхательной, сердечно-сосудистой и пищеварительной систем

Типы отношения к болезни	Нозологическая форма					
	соматоформная дисфункция дыхательной системы, $n = 60$		соматоформная дисфункция сердечно-сосудистой системы, $n = 80$		соматоформная дисфункция пищеварительной системы, $n = 60$	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Гармонический	9	15,0	17	21,2	5	8,3
Эргопатический	6	10,0	3	3,7	—	—
Анозогнозический	—	—	24	30,0	—	—
Тревожный	19	31,6	7	8,7	8	13,3
Ипохондрический	13	21,7	6	7,6	15	25
Неврастенический	9	15,0	4	5,0	22	36,7
Меланхолический	—	—	—	—	—	—
Апатический	—	—	1	1,2	—	—
Сенситивный	1	1,6	3	3,7	8	13,3
Эгоцентрический	3	5,0	8	10	—	—
Паранойяльный	—	—	—	—	—	—
Дисфорический	—	—	7	8,7	2	3,3

Типы личностных акцентуаций у контингента пациентов, страдающих соматоформной дисфункцией дыхательной, сердечно-сосудистой и пищеварительной систем

Доминирующий тип акцентуации	Нозологическая форма					
	соматоформная дис- функция дыхательной системы, n = 60		соматоформная дис- функция сердечно-сосу- дистой системы, n = 80		соматоформная дисфункция пищеварительной системы, n = 60	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Гармонический	26	43,3	31	38,7	24	40,0
Демонстративный	7	11,7	—	—	—	—
Застревающий	9	15,0	13	16,2	1	1,7
Педантичный	—	—	11	13,7	2	3,3
Возбудимый	6	10,0	9	11,2	5	8,3
Гипертимический	—	—	—	—	—	—
Дистимический	2	3,3	5	6,2	7	11,7
Тревожный	8	13,3	2	2,5	8	13,3
Циклотимный	—	—	2	2,5	—	—
Экзальтированный	—	—	—	—	—	—
Эмотивный	2	3,3	7	8,7	13	21,7

(21,2%) типы отношения к заболеванию, что может быть объяснено отсутствием явных и выраженных соматических нарушений вне связи с объективным стрессорным воздействием в структуре данной нозологической формы и преимущественно параклиническим характером ее диагностики, что приводит к ошибочной аутоидентификации соматических нарушений в ее структуре как нормальных. Среди иных типов отношения к заболеванию чаще встречались эгоцентрический (10,0%) и дисфорический (8,7%), что, вероятнее всего, является свидетельством характерологических особенностей контингента, имеющего высокую психическую реактивность в сочетании с эпилептоидными личностными чертами.

В группе пациентов, страдающих соматоформной дисфункцией пищеварительной системы, доминировали неврастенический (36,7%) и ипохондрический (25%) типы отношения к заболеванию, далее по частоте следовали тревожный (13,3%) и сенситивный (13,3%), что может быть обусловлено субъективной выраженностью и континуальным характером соматической аранжировки вегетативной дисфункции, что приводит к соматогенной астенизации, возникающей во время пребывания пациента в условиях практически перманентного обследования и терапии в рамках одного из функциональных гастроэнтерологических диагнозов, формируя выраженный психоиндуктивный потенциал, результатом которого является ипохондрическая трактовка соматических нарушений.

Результаты типологии личностных акцентуаций представлены в сводных табл. 2 и 6.

В исследовании типологии личностных акцентуаций нами были идентифицированы их до-

минирующие типы по критерию максимального превышения порогового показателя соответствующего раздела теста-опросника.

В группе пациентов, страдающих соматоформной дисфункцией дыхательной системы, среди личностных акцентуаций преобладали типы: застревающий (15,0%), тревожный (13,3%), демонстративный (11,7%), возбудимый (10,0%). Полученные данные указывают на наличие благоприятных персонологических характеристик для формирования тревожно-ипохондрического модуса личностного реагирования как за счет выраженных аффективных реакций и тревожных форм реагирования, так и за счет их патологической фиксации.

В группе пациентов, страдающих соматоформной дисфункцией сердечно-сосудистой системы, среди личностных акцентуаций преобладали застревающий (16,2%), педантичный (13,7%) и возбудимый (11,2%) типы, что также свидетельствует о наличии эпилептоидных черт, сочетании эксплозивности и инертности, детерминирующих формирование длительных следовых аффективных реакций, по-видимому, играющих роль фактора вегетативной дестабилизации.

В группе пациентов, страдающих соматоформной дисфункцией пищеварительной системы, среди личностных акцентуаций преобладали: эмотивный (21,7%), тревожный (13,3%) и дистимический (11,7%) типы. Их наличие указывает на психастенические личностные особенности, сочетающиеся с впечатлительностью и чувственностью, что в совокупности с тревожным типом реагирования является благоприятной почвой для развития обсессивно-фобических нарушений и тревожно-ипохондрических расстройств.

Таблица 3

Степень влияния соматического заболевания на образ жизни у контингента пациентов, страдающих соматоформной дисфункцией дыхательной, сердечно-сосудистой и пищеварительной систем

Раздел шкалы	Нозологическая форма		
	соматоформная дисфункция дыхательной системы, $n = 60$	соматоформная дисфункция сердечно-сосудистой системы, $n = 80$	соматоформная дисфункция пищеварительной системы, $n = 60$
Ограничение ощущения силы и энергии	4,1±0,63	2,23±0,84	1,88±0,68
Ухудшение отношения к больному в семье	1,95±0,76	2,07±0,76	2,28±0,95
Ограничение удовольствий	2,11±0,76	3,2±0,66	3,73±0,93
Ухудшение отношения к больному на работе	1,85±0,65	1,46±0,54	1,48±0,58
Ограничение свободного времени	2,1±0,77	2,36±0,84	2,17±0,83
Ограничение карьеры	1,55±0,6	2,18±0,84	2,01±0,76
Снижение физической привлекательности	2,35±0,99	1,69±0,65	1,98±0,69
Формирование чувства ущербности	3,3±0,83	1,79±0,61	3,65±0,74
Ограничение общения	1,97±0,67	1,6±0,65	1,48±0,55
Материальный ущерб	1,52±0,59	1,48±0,55	1,38±0,49

Таблица 4

Результаты дифференцированной самооценки функционального состояния у контингента пациентов, страдающих соматоформной дисфункцией дыхательной, сердечно-сосудистой и пищеварительной систем

Разделы шкалы	Нозологическая форма		
	соматоформная дисфункция дыхательной системы, $n = 60$	соматоформная дисфункция сердечно-сосудистой системы, $n = 80$	соматоформная дисфункция пищеварительной системы, $n = 60$
Самочувствие	46,8±15,5	49,4±13,7	32,2±16,2
Активность	26,5±12,3	48,5±11,3	28,5±16,6
Настроение	38,3±15,7	59,3±11,7	26,3±9,4

Результаты, полученные при использовании опросника А. И. Сердюка, представлены в сводных табл. 3 и 7.

Наиболее значимыми для пациентов, страдающих соматоформной дисфункцией дыхательной системы, были ограничение силы и энергии (4,1±0,63) и формирование чувства ущербности (3,3±0,83). Интерпретируя эти данные, следует подчеркнуть, что, вероятнее всего, они являются следствием самоограничения физической активности вследствие тревожно-ипохондрической трактовки респираторных нарушений.

В группе пациентов, страдающих соматоформной дисфункцией сердечно-сосудистой системы, наиболее значимым было ограничение удовольствий (3,2±0,66), что, вероятнее всего, является следствием необходимости соблюдения общих принципов контроля за артериальным давлением и ограничением кардиотропных вредностей в структуре специализированной терапии.

Для пациентов, страдающих соматоформной дисфункцией пищеварительной системы, наиболее

значимыми были ограничение удовольствий (3,73±0,93) и формирование чувства ущербности (3,65±0,74). Полученные данные, вероятнее всего, являются следствием соблюдения диеты — фактически облигатного врачебного назначения в случае диспептического синдрома.

Результаты, полученные при использовании теста дифференциальной самооценки (САН) функционального состояния, представлены в сводных табл. 4 и 8.

В группе пациентов, страдающих соматоформной дисфункцией дыхательной системы, наблюдается преимущественно снижение среднего группового показателя по шкале активности (26,5±12,3) при средних показателях самочувствия (46,8±15,5) и настроения (38,3±15,7). В данном случае снижение активности следует трактовать как самоограничение в связи с тревожно-фобическими компонентами в структуре исследуемой патологии.

В группе пациентов, страдающих соматоформной дисфункцией сердечно-сосудистой системы, получены средние групповые показатели

Типы отношения к заболеванию у контингента пациентов, страдающих бронхиальной астмой, гипертонической болезнью и язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки

Тип отношения к болезни	Нозологическая форма		
	бронхиальная астма, <i>n</i> = 60	гипертоническая болезнь, <i>n</i> = 80	язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки, <i>n</i> = 60
Гармонический	29 (48,3%)	23 (28,7%)	8 (13,3%)
Эргопатический	6 (10,0%)	6 (7,5%)	2 (3,3%)
Анозогнозический	1 (1,6%)	11 (13,8%)	7 (11,7%)
Тревожный	8 (13,3%)	3 (3,7%)	5 (8,3%)
Ипохондрический	5 (8,3%)	7 (8,7%)	11 (18,3%)
Неврастенический	3 (5,0%)	1 (1,2%)	15 (25,0%)
Меланхолический	1 (1,6%)	1 (1,2%)	—
Апатический	—	—	—
Сенситивный	6 (10,0%)	4 (5,0%)	9 (15,0%)
Эгоцентрический	—	14 (17,5%)	3 (5,0%)
Паранойяльный	1 (1,6%)	—	—
Дисфорический	—	10 (12,5%)	—

по шкалам активности ($48,5 \pm 11,3$), самочувствия ($49,4 \pm 13,7$) при высоких показателях настроения ($59,3 \pm 11,7$). Это может объясняться малой субъективной значимостью соматической аранжировки.

В группе пациентов, страдающих соматоформной дисфункцией пищеварительной системы, преимущественно имеет место снижение среднего группового показателя по шкалам активности ($28,5 \pm 16,6$) и настроения ($26,3 \pm 9,4$) при среднем показателе самочувствия ($32,2 \pm 16,2$). Полученные данные свидетельствуют об аффективной насыщенности соматических нарушений при их континуальном характере.

В группе пациентов, страдающих бронхиальной астмой, доминировал гармонический тип (48,3%) отношения к заболеванию, среди иных типов наибольшее число наблюдений пришлось на тревожный (13,3%), эргопатический (10,0%) и сенситивный (10,0%). Указанную пропорцию типов отношения к заболеванию можно объяснить прежде всего успехами в формировании комплайенса в рамках соматотропной терапии бронхиальной астмы, подразумевающей самостоятельное купирование приступов и мониторинг обострений пациентом. Важную роль в данном процессе играет также широкое распространение обучающих программ, ориентированных на укрепление терапевтического альянса и рационализацию информации о заболевании. Тревожный тип отношения к заболеванию при бронхиальной астме был установлен в основном у пациентов, имеющих малый стаж заболевания и которые, по-видимому, не прошли интроспективной адаптации к невротизирующим факторам в его структуре, отвечая на них универсальной реакцией тревоги. Наличие эргопатического и сенситивного типов отношения к заболеванию может быть обусловлено боязнью

утраты социальной роли в процессе возможной трудовой дезадаптации.

В группе пациентов, страдающих гипертонической болезнью, доминировал гармонический тип (28,7%) отношения к заболеванию, затем отмечены эгоцентрический (17,5%), анозогнозический (13,8%) и дисфорический (12,5%) типы. В данном случае высокая частота гармонического типа отношения к заболеванию может быть объяснена успехами в комплайенс-ориентированных программах обучения, интенсифицированных в рамках национальной программы профилактики и лечения артериальной гипертензии.

В группе пациентов, страдающих язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки, преобладали неврастенический (25,0%) и ипохондрический (18,3%) типы отношения к заболеванию, далее по частоте следовали анозогнозический (11,7%) и сенситивный (15,0%) типы, что может быть объяснено значительной выраженностью и континуальным характером соматических нарушений и в целом теми же факторами, что имеют место в рамках соматоформной дисфункции пищеварительной системы с потенцированием ипохондризации за счет канцерофобических переживаний.

Среди установленных типов личностных акцентуаций в группе пациентов, страдающих бронхиальной астмой, преобладали: тревожный (18,3%), возбудимый (15,0%) и дистимический (11,7%), что, вероятно, отображает комбинацию тревожного типа реагирования и выраженной аффективной реактивности с преимущественно гипотимическим типом аффективных реакций, что создает предпосылки для формирования анксиозно-фобических нарушений и депрессивных расстройств реактивного генеза.

Таблица 6

Типы личностных акцентуаций у контингента пациентов, страдающих бронхиальной астмой, гипертонической болезнью и язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки

Доминирующий тип акцентуации	Нозологическая форма					
	бронхиальная астма, $n = 60$		гипертоническая болезнь, $n = 80$		язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки, $n = 60$	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Гармонический	29	48,3	27	33,7	23	38,3
Демонстративный	1	1,7	—	—	—	—
Застревающий	2	3,3	11	13,7	2	3,3
Педантичный	1	1,7	16	20	2	3,3
Возбудимый	9	15,0	4	5,0	3	5,0
Гипертимический	—	—	2	2,5	—	—
Дистимический	7	11,7	3	3,7	12	20,0
Тревожный	11	18,3	7	8,7	7	11,7
Циклотимный	—	—	—	—	—	—
Экзальтированный	—	—	9	11,2	—	—
Эмотивный	—	—	1	1,2	11	18,3

Среди выявленных типов личностных акцентуаций в группе пациентов, страдающих гипертонической болезнью, наблюдались преимущественно педантичный (20,0%), застревающий (13,7%) и экзальтированный (11,2%). Это, по-видимому, отображает комбинацию эпилептоидных черт личности и приобретенных в структуре психоорганического синдрома характеристик, в частности торпидности, обстоятельности и инертности мышления, аффективной лабильности. Высокая частота встречаемости эгоцентрического и дисфорического типов отношения к заболеванию в данном случае может быть объяснена примордиальными особенностями личности пациентов, приобретающими в контексте формирующегося психоорганического синдрома в структуре дисциркуляторной энцефалопатии характер гротескного искажения. Высокая частота анозогнозии объясняется формированием патологического эйфорического аффективного фона либо когнитивных нарушений, достигающих степени, снижающей понимание особенностей заболевания.

Среди выявленных типов личностных акцентуаций в группе пациентов, страдающих язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки, преобладали: тревожный (11,7%), возбудимый (5,0%) и дистимический (20,0%), что свидетельствует о персонологических характеристиках, соответствующих психастеническому, с чертами импульсивности и склонности к гипотимии, что может выступать фоновым фактором формирования реактивных нарушений невротического спектра.

Наиболее значимыми для пациентов, страдающих бронхиальной астмой, были ограничение ощущения силы и энергии ($3,09 \pm 0,66$), снижение физической привлекательности ($3,62 \pm 0,92$)

и формирование чувства ущербности ($3,3 \pm 0,82$), что может быть объективными проявлениями заболевания и конъюнктурными факторами: вынужденным снижением физической активности, побочными эффектами терапии глюкокортикостероидами, зависимостью от медицинской помощи.

Для пациентов с гипертонической болезнью наиболее значимым было ограничение ощущения силы и энергии ($3,94 \pm 0,63$), удовольствий ($1,73 \pm 0,59$). Полученные данные объясняются необходимостью соблюдения специфического образа жизни, отказа от курения, употребления алкоголя, а также объективными ограничениями физической активности.

Наиболее значимым для пациентов, страдающих язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки, было ограничение удовольствий ($4,53 \pm 0,72$), ощущения силы и энергии ($3,95 \pm 0,63$). Это зачастую было связано с необходимостью соблюдения диеты и режима регулярного приема пищи.

В группе пациентов, страдающих бронхиальной астмой, преимущественно снижен средний групповой показатель по шкале активности ($21,3 \pm 13,4$) при средних показателях по шкалам настроения ($48,3 \pm 15,7$) и самочувствия ($42,1 \pm 11,2$), что может быть объяснено прежде всего объективными соматическими нарушениями в структуре заболевания, такими, как бронхообструкция в рамках обострений, аллергологически неблагоприятных периодов и т. п.

У пациентов с гипертонической болезнью получены средние групповые показатели по всем шкалам: активности ($39,5 \pm 12,4$), настроения ($41,6 \pm 16,7$) и самочувствия ($49,0 \pm 12,2$), что может быть объяснено, с одной стороны, зачастую наличествующей у данного контингента анозогнозией,

Таблица 7

Степень влияния соматического заболевания на образ жизни у контингента пациентов, страдающих соматоформной дисфункцией дыхательной, сердечно-сосудистой и пищеварительной систем

Раздел шкалы	Нозологическая форма		
	бронхиальная астма, <i>n</i> = 60	гипертоническая болезнь, <i>n</i> = 80	язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки, <i>n</i> = 60
Ограничение ощущения силы и энергии	3,09±0,66	3,94±0,63	3,95±0,63
Ухудшение отношения к больному в семье	2,23±0,77	2,54±0,87	2,05±0,64
Ограничение удовольствий	1,87±0,58	1,73±0,59	4,53±0,72
Ухудшение отношения к больному на работе	1,7±0,7	1,68±0,66	2,47±0,87
Ограничение свободного времени	2,12±0,69	2,24±0,83	1,92±0,58
Ограничение карьеры	2,25±0,84	1,85±0,64	2,5±0,85
Снижение физической привлекательности	3,62±0,92	1,58±0,56	1,9±0,63
Формирование чувства ущербности	3,3 ±0,82	3,32±0,76	2,1±0,67
Ограничение общения	2,43±0,82	1,9±0,56	2,45±0,75
Материальный ущерб	1,48±0,53	1,76±0,63	1,63±0,61

Таблица 8

Результаты дифференцированной самооценки функционального состояния у контингента пациентов, страдающих бронхиальной астмой, гипертонической болезнью и язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки

Раздел шкалы	Нозологическая форма		
	бронхиальная астма, <i>n</i> = 60	гипертоническая болезнь, <i>n</i> = 80	язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки, <i>n</i> = 60
Самочувствие	42,1±11,2	49±12,2	42,3±11,2
Активность	21,3±13,4	39,5±12,4	35,6±13,5
Настроение	48,3±15,7	41,6±16,7	40,1±11,4

с другой — редкими случаями соматических нарушений значительной интенсивности при данной патологии в рамках исследуемой возрастной группы.

В группе пациентов, страдающих язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки, отмечены средние групповые показатели по всем шкалам: активности (35,6±13,5), настроения (40,1±11,4) и самочувствия (42,3±11,2), что обусловлено эффективностью терапии болевого синдрома, являющегося зачастую единственным клиническим проявлением указанной патологии.

В результате исследования были установлены медико-психологические характеристики контингента пациентов, страдающих соматоформными дисфункциями дыхательной, сердечно-сосудистой и пищеварительной систем, бронхиальной астмой, гипертонической болезнью, язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки.

Для пациентов с соматоформной дисфункцией дыхательной системы характерно наличие специфической личностной predisпозиции в виде тревожности и ретенции аффекта. Соматические проявления заболевания, имеющие характер респираторных нарушений, воспринимаются больными в рамках тревожно-ипохондрического модуса лич-

ностного реагирования и становятся фактором самоограничения физической активности, что, в свою очередь, приводит к интроспективной аутостигматизации с формированием чувства ущербности и мнимому снижению сил и энергии.

В группе пациентов, страдающих соматоформной дисфункцией сердечно-сосудистой системы, характерны специфические личностные особенности — сочетание эксплозивности и инертности, детерминирующих формирование длительных следовых аффективных реакций, которые приводят к аффективной дестабилизации. Вследствие отсутствия выраженных соматических проявлений заболевания для данного контингента характерна анозогнозия, при этом наиболее субъективно значимое влияние патологии происходит из-за необходимости соблюдения общих принципов контроля за артериальным давлением и ограничением кардиотропных вредностей в структуре специализированной терапии.

Для группы пациентов, страдающих соматоформной дисфункцией пищеварительной системы, характерны тревожность, мнительность и склонность к гипотимным реакциям в качестве личностной predisпозиции. Высокая субъективная

значимость заболевания реализуется посредством формирования чувства ущербности и ограничения удовольствий, что сопровождается снижением активности и настроения. Совокупность указанных факторов в условиях субъективной выраженности и континуального характера соматической аранжировки дисфункции, а также наличия широкого спектра ятро- и нозогенных воздействий выступает фактором формирования обсессивно-фобических, тревожно-ипохондрических и депрессивных невротических расстройств.

В группе больных бронхиальной астмой наиболее характерным было сочетание личностной тревожности и сенситивности, что в сочетании с пароксизмально-витальным характером респираторных нарушений на ранних этапах заболевания приводит к формированию тревожных расстройств. Объективные соматические проявления заболевания приводят преимущественно к снижению активности, а также субъективному ограничению ощущения силы и энергии, уменьшению физической привлекательности и формированию чувства ущербности. Важный саногенный фактор в течении заболевания — комплаенс-ориентированные обучающие программы, выступающие в качестве эквивалента психотерапии для данной группы пациентов и определяющие их высокий уровень гармонического отношения к заболеванию.

Для группы пациентов с гипертонической болезнью наиболее характерными личностными особенностями были сочетание эксплозивности и инертности, потенцируемые компонентами, которые приобретают в контексте формирующегося психоорганического синдрома характер гротескного искажения. Высокая частота анозонозии объясняется формированием патологически-эйфорического аффективного фона либо когнитивных нарушений, которые достигают степени, снижающей понимание особенностей заболевания. Важным нозогенным фактором в структуре заболевания является необходимость соблюдения врачебных ограничений, что в сочетании с анозонозией может выступать фактором дисконформности.

У пациентов с язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки наблюдается сочетание личностной склонности к гипотимным реакциям, выраженной аффективной реактивности и некоторой тревожности, что в контексте соматических проявлений заболевания, а также широкого круга ятро- и нозогенных воздействий, включающих и канцерофобические переживания, приводит к формированию неврастенических, тревожно-ипохондрических и депрессивных нарушений. Важным фактором субъективной значимости заболевания выступает необходимость соблюдения диеты и режима регулярного приема пищи.

Список литературы

1. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз: учебн. пособ. / В. В. Чугунов.— Харьков: Наука, 2010.— 304 с.
2. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / В. В. Чугунов.— 2-е изд., стереотип.— К.: Здоровье; Харьков: Око — Наука, 2008.— 768 с.
3. Чугунов В. В. Клинико-психофеноменологический метод / В. В. Чугунов, Б. В. Михайлов // Мед. психология.— 2010.— № 2.— С. 3–15.
4. Чугунов В. В. Метaparадигмальная модель сентенционно-семантической интервенции в сфере компетенции психотерапии / В. В. Чугунов, Ю. И. Заседа, А. Д. Городокин // Мед. психология.— 2014.— № 4.— С. 62–66.
5. Чугунов В. В. Общая семиология и клиническая семиотика психотерапии и психофеноменологический профиль / В. В. Чугунов, В. А. Курило, Ю. И. Заседа // Здоровье мужчины.— 2011.— № 2.— С. 73–78.
6. Михайлов Б. В. Психотерапия в общесоматической медицине: клин. рук. / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеев; под общ. ред. Б. В. Михайлова.— Харьков: Прапор, 2002.— 128 с.
7. Методики психологической диагностики больных с эндогенными расстройствами. Усовершенствованная медицинская технология.— СПб.: СПб НИПНИ им. Бехтерева, 2007.
8. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособ. для врачей. — СПб.: СПб НИПНИ им. Бехтерева, 2005.
9. Батаршев А. В. Диагностика черт личности и акцентуаций: практ. руководство / А. В. Батаршев.— М.: Психотерапия, 2006.— 288 с.
10. Кортнева Ю. Диагностика актуальных проблем / Ю. Кортнева.— М.: Институт общегуманитарных исследований, 2004.— 240 с.
11. Тухтарова И. В. Соматопсихология: учеб.-метод. пособ. по курсу «Соматопсихология» / И. В. Тухтарова, Т. З. Биктимиров.— Ульяновск: УлГУ, 2005.— 131 с.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ ТА СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ У КОНТЕКСТІ КЛІНІКО-ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Ю. І. ЗАСЕДА

Проаналізовано медико-психологічні характеристики контингенту пацієнтів, що страждають на соматоформні розлади і психосоматичні захворювання, зокрема дисфункцію дихальної, серцево-судинної та травної систем, бронхіальну астму, гіпертонічну хворобу, виразкову хворобу шлунка та/або дванадцятипалої кишки. Дослідження цих характеристик зазначеного контингенту дасть

змогу, з одного боку, отримати відомості про важливі аспекти особистісної організації індивідів, окреслюючи коло медико-психологічних предикторів психосоматичних захворювань і соматоформних розладів, з іншого — співставити отримані психофеноменологічні характеристики контингенту з детермінуючими патофізіологічними поглядами і психотехнічними підходами концепціями у сфері компетенції медичної психології.

Ключові слова: соматоформні розлади, гіпертонічна хвороба, виразкова хвороба шлунка, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, бронхіальна астма, клініко-психофеноменологічне дослідження.

**MEDICAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE PATIENTS
WITH PSYCHOSOMATIC AND SOMATOFORM DISORDERS IN THE CONTEXT
OF CLINICAL PSYCHOPHENOMENOLOGICAL STUDY**

Yu. I. ZASEDA

Medical psychological characteristics of the patients with somatoform disorders and psychosomatic diseases, in particular disorders of the respiratory, cardiovascular and digestive systems, asthma, essential hypertension, peptic ulcer and/or duodenal ulcer), were analyzed. The study of these characteristics in the specified group will allow, on the one hand, obtaining information on important aspects of the personality organization of individuals, outlining the range of medical and psychological predictors of psychosomatic disorders and somatoform disorders, on the other hand, to compare the obtained psychophenomenological characteristics with determining pathophysiological views and psychotechnical approaches in the sphere of medical psychology.

Key words: somatoform disorders, essential hypertension, gastric ulcer, duodenal ulcer, asthma, clinical psychophenomenological study.

Поступила 12.06.2015