

# СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ И МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

А.А. Прибытков<sup>1</sup>, И.О. Юркова<sup>1</sup>, Ю.Б. Баженова<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей»  
Минздрава России,

<sup>2</sup> ГБУЗ «Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова»

Соматоформные расстройства (СФР) представляют собой патологические состояния, общей чертой которых является наличие стойких симптомов соматического неблагополучия, не находящихся объективных органических причин. К важным особенностям СФР относятся непсихотический регистр нарушений, разнообразные соматические жалобы и многократные повторные обращения за врачебной помощью, что определяет место данной патологии на стыке психиатрической и общемедицинской практики. Множественные обращения пациентов, страдающих СФР, в общемедицинские учреждения приводят к дополнительной нагрузке на врачей, а повторные, зачастую дорогостоящие и малоэффективные обследования требуют значительных финансовых затрат [15, 18, 20]. В связи с относительно низкой обращаемостью больных за помощью в психиатрические учреждения, среди специалистов в области психического здоровья нередко обнаруживается недостаточно внимательное отношение к проблеме СФР, а также низкий уровень знаний в этой области [7]. В результате имеет место нерациональное использование медицинских ресурсов, а пациенты зачастую не получают адекватной фармакотерапии или психотерапевтической помощи [8, 14, 19].

В соответствии с имеющимися данными исследований, в развитие соматоформных расстройств вносят вклад различные факторы: генетические, перинатальные, средовые, стрессовые, личностные. Наличие значимых психосоциальных стрессов значительно повышает вероятность развития СФР [10, 13]. Другим фактором, способствующим развитию функциональных соматических симптомов, являются личностные аномалии. Пациенты, страдающие СФР, нередко обнаруживают признаки расстройств личности [1, 21]. Когнитивные особенности, а также способы совладания со стрессовыми ситуациями (копинг-стратегии) играют важную роль в адаптации (или, напротив, дезадаптации) больного и должны учитываться при разработке терапевтических подходов [2, 4, 11, 17].

Совершенствование помощи больным СФР требует дальнейшего изучения как возможностей фар-

макотерапии, так и эффективных методов психотерапевтического вмешательства. Выявление личностных характеристик, особенностей психологических защит пациентов и стратегий совладания в стрессовой ситуации важно для оптимизации психотерапевтического подхода.

**Целью** данного исследования было изучение личностных особенностей больных СФР, типичных механизмов психологической защиты, копинг-стратегий (способов совладания со стрессом), а также уровня стрессовой нагрузки.

## Материалы и методы

Исследование проведено на базе психосоматического отделения №3 ГБУЗ «Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова» (г.Пенза). Приняло участие 34 пациента с диагнозом соматоформное расстройство, подписавших добровольное информированное согласие на исследование. Из них 25 женщин (73,5%) и 9 мужчин (26,5%), возраст пациентов составлял от 18 до 62 лет, средний возраст –  $42,8 \pm 11,86$ . Критериями исключения было наличие декомпенсированной соматической патологии, коморбидного психического расстройства (за исключением расстройств личности). В контрольную группу было включено 40 человек без психических нарушений в возрасте от 20 до 60 лет, из них 23 женщины (57,5%) и 17 мужчин (42,5%). Диагностическая оценка пациентов, включенных в исследование, проводилась на основании критериев Международной классификации болезней 10 пересмотра.

Специальное обследование включало следующие методики:

- стандартизированный метод исследования личности (миннесотский многофакторный личностный опросник в адаптации Л.Н.Собчик) [6];
- методика «Индекс жизненного стиля» Плутчика-Келлермана-Конте [16];
- опросник «Стратегии совладающего поведения» Лазаруса [3, 9];
- шкала стрессовых событий Холмса-Рея [12].

С целью оценки статистической значимости различий между показателями групп использовался U-критерий Манна-Уитни (КМУ) и двусторонний вариант точного теста Фишера (ТТФ). Статистический анализ полученных результатов проводился с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0.

### Результаты

Анализ оценочных шкал L, F, K опросника СМИЛ (Стандартизированный многофакторный метод исследования личности) показал, что все полученные профили можно считать достоверными, за пределы нормативного разброса по всем перечисленным шкалам ни в контрольной группе, ни в основной группе полученные показатели не выходили. Однако при сравнении шкал достоверности была выявлена статистически значимая разница ( $p < 0,0016$ ; КМУ) по шкале F. Баллы по этой шкале были выше в группе пациентов, что может свидетельствовать о взволнованности испытуемого или избыточной старательности и самокритичности.

Усредненный профиль СМИЛ группы пациентов, страдающих СФР, и контрольной группы приведен на рисунке.

Сравнительный анализ баллов по основным клиническим шкалам выявил статистически значимую разницу ( $p < 0,05$ ; КМУ) между группами по следующим показателям: шкала 1 – ипохондрии, 2 – пессимистичности, 3 – эмоциональной лабильности, 4 – импульсивности, 6 – ригидности, 7 – тревожности, 8 – индивидуалистичности, 0 – интроверсии. Показатели по перечисленным шкалам у больных СФР были выше, чем в группе здоровых. Стоит отметить, что шкала 5 «мужественности/женственности» в данном исследовании не рассматривалась. Данная шкала требует дифференцированной интер-

претации в зависимости от пола и возраста пациента, что с учетом относительно небольшого количества наблюдений представляется некорректным. Полученные результаты приведены в табл. 1.

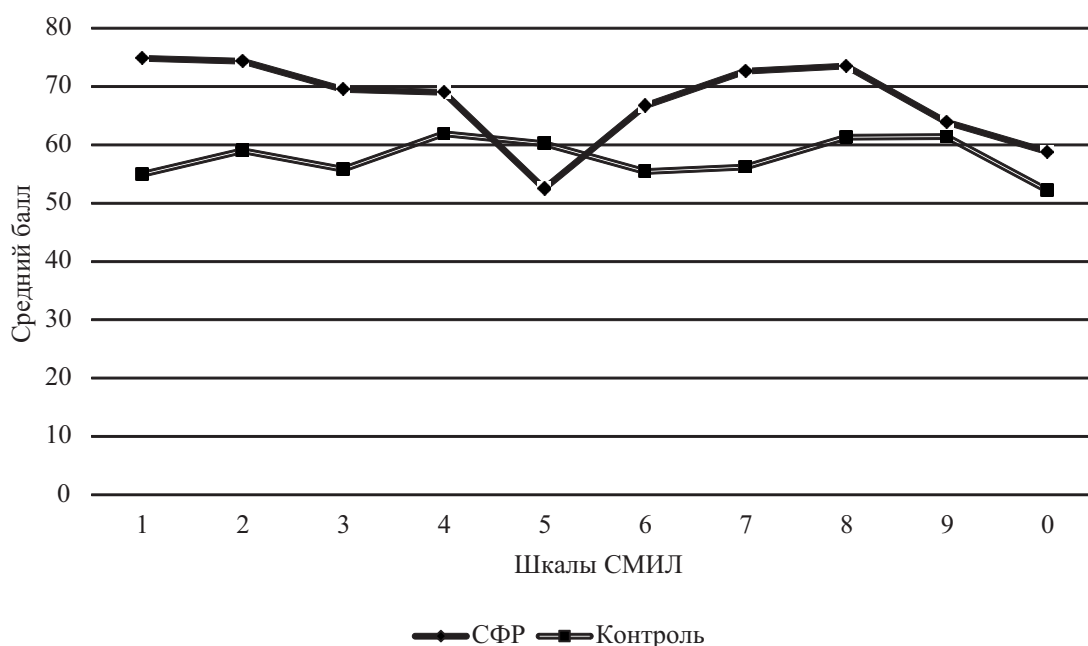
Показатели, превышающие нормативные (более 70 Т-баллов), отмечались у достоверно большего количества пациентов по сравнению со здоровыми лицами по шкалам ипохондрии, пессимистичности, эмоциональной лабильности, импульсивности, ригидности, тревожности, индивидуалистичности, интроверсии. Результаты оценки и статистическая значимость различий (точный тест Фишера) приведены в табл. 2.

Статистически значимые различия в показателях СМИЛ между группой больных СФР и контрольной

Таблица 1

Показатели шкал СМИЛ

| Шкалы СМИЛ                         | Среднее значение (Т-балл) |                    | Статистическая значимость (критерий Манна-Уитни) |
|------------------------------------|---------------------------|--------------------|--|
|                                    | Пациенты СФР              | Контрольная группа |  |
| 1 – «невротического сверхконтроля» | 74,8                      | 54,9               | $p = 0,000$                                      |
| 2 – «пессимистичности»             | 74,3                      | 59                 | $p = 0,000$                                      |
| 3 – «эмоциональной лабильности»    | 69,5                      | 55,8               | $p = 0,000$                                      |
| 4 – «импульсивности»               | 69,0                      | 61,9               | $p = 0,003$                                      |
| 6 – «ригидности»                   | 66,7                      | 55,4               | $p = 0,000$                                      |
| 7 – «тревожности»                  | 72,6                      | 56,2               | $p = 0,000$                                      |
| 8 – «индивидуалистичности»         | 73,5                      | 61,3               | $p = 0,000$                                      |
| 9 – «оптимистичности»              | 63,9                      | 61,4               | $p = 0,424$                                      |
| 0 – «социальной интроверсии»       | 58,8                      | 52,2               | $p = 0,006$                                      |



Усредненный профиль СМИЛ

группой выявлены по большинству шкал, что может косвенно свидетельствовать о значительной выраженности личностной дисгармонии пациентов с анализируемой патологией. Важным представляется тот факт, что у пациентов, страдавших СФР, по шкалам 1, 2, 7, 8 средний балл был выше нормативного значения (70 Т-баллов); в группе контроля среднее значение по всем шкалам не выходило за пределы нормативного разброса (30–70 Т-баллов). Следовательно, для больных СФР типичным является высокий балл по следующим шкалам: «невротического сверхконтроля», «пессимистичности», «тревожности», «индивидуалистичности». На основании полученных по методике СМИЛ данных можно сделать вывод, что больным СФР присущи гипостенический тип реагирования, высокая склонность к тревожно-депрессивным реакциям на психотравмирующее событие и пессимистическая оценка перспектив, конституциональная психосоматическая predisпозиция, высокая сензитивность, сосредоточенность на отклонениях от нормы, включая ипохондрическую фиксацию, конституциональная тревожность, мнительность, внутренняя напряженность, склонность к бесконечному обдумыванию проблем, интровертированность.

Результаты исследования механизмов психологических защит в основной и контрольной группах (методика «Индекс жизненного стиля») приведены в табл. 3.

Общая напряженность психологических защит в группе больных СФР (оценка по методике «Индекс жизненного стиля») составила  $35,97 \pm 11,93$ , что не превышает порогового значения в 50 баллов [5] и

говорит об отсутствии значимых неразрешенных внутренних или внешних конфликтов. Статистически значимых различий по показателю общей напряженности защит между группами не выявлено ( $p=0,06$ ; КМУ). Анализ по каждому из восьми механизмов защиты показал статистически значимые различия по четырем из них – реактивные образования, вытеснение, компенсация, отрицание ( $p<0,05$ ; КМУ), и не показал различий по механизмам замещения, проекции, рационализации, регрессии.

Группой больных СФР чаще, чем здоровыми лицами использовался механизм защиты по типу реактивных образований как способ бороться с неприятными мыслями, поступками или переживаниями путем переноса акцента на субъективно противоположный полюс с последующей его гипертрофией. В то же время такие механизмы как компенсация, отрицание и вытеснение были менее актуализированы и использовались пациентами реже, чем в контрольной группе. Можно предположить, что недостаточное использование перечисленных механизмов психологической защиты может приводить к нарушению адаптации в условиях стресса и стойкости психопатологических расстройств.

В табл. 4 отражены результаты оценки копинг-стратегий больных СФР и здоровых лиц, полученные с помощью методики «Способы совладающего поведения».

Полученные результаты как в основной, так и в контрольной группе находились в пределах нормативного интервала (40–60 Т-баллов), что свидетельствует об

Таблица 2

**Количество лиц с отклоняющимися показателями СМИЛ**

| Шкалы СМИЛ                         | Процент лиц с Т-баллом выше 70 |                    | Статистическая значимость (точный тест Фишера) |
|------------------------------------|--------------------------------|--------------------|--|
|                                    | Пациенты СФР                   | Контрольная группа |  |
| 1 – «невротического сверхконтроля» | 69,7                           | 7,5                | 0,000  |
| 2 – «пессимистичности»             | 54,5                           | 15                 | 0,0005   |
| 3 – «эмоциональной лабильности»    | 42,4                           | 5                  | 0,0001   |
| 4 – «импульсивности»               | 39,4                           | 10                 | 0,0048   |
| 6 – «ригидности»                   | 27,3                           | 7,5                | 0,0295   |
| 7 – «тревожности»                  | 69,7                           | 10                 | 0,000  |
| 8 – «индивидуалистичности»         | 60,6                           | 20                 | 0,0006   |
| 9 – «оптимистичности»              | 18,2                           | 20                 | 1,000  |
| 0 – «социальной интроверсии»       | 21,2                           | 2,5                | 0,0195   |

Таблица 3

**Показатели механизмов психологических защит**

| Механизмы психологической защиты | Среднее значение (балл) |                    | Статистическая значимость (критерий Манна-Уитни) |
|----------------------------------|-------------------------|--------------------|--|
|                                  | Пациенты СФР            | Контрольная группа |  |
| Вытеснение                       | 27,6                    | 40,3               | $p=0,001$  |
| Регрессия                        | 35,0                    | 36,5               | $p=0,986$  |
| Замещение                        | 19,4                    | 27,9               | $p=0,125$  |
| Отрицание                        | 34,6                    | 50,1               | $p=0,003$  |
| Проекция                         | 51,2                    | 56,9               | $p=0,462$  |
| Компенсация                      | 34,0                    | 48,2               | $p=0,021$  |
| Реактивные образования           | 37,6                    | 26                 | $p=0,038$  |
| Интеллектуализация               | 46,8                    | 51,6               | $p=0,561$  |

умеренной степени предпочтительности всех копинг-стратегий. При сравнении показателей групп выявлена статистически значимая разница ( $p < 0,05$ ; КМУ) по следующим копинг-стратегиям: дистанцирование, самоконтроль, принятие ответственности, положительная переоценка. Перечисленные копинг-стратегии больными СФР использовались реже, чем в контрольной группе. По остальным копинг-стратегиям (конфронтация, бегство-избегание, поиск социальной поддержки) различий не найдено ( $p > 0,05$ ; КМУ). Низкий уровень использования ряда копинг-стратегий позволяет предположить, что при СФР основное значение имеет недостаточное применение функциональных способов совладания, неспособность правильно реагировать и справляться с ситуациями психологического стресса. Работа со стратегиями реагирования в стрессовой ситуации видится одной из опорных в построении линии психотерапевтического вмешательства у данной категории больных.

Анализ шкалы стрессовых событий Холмса-Рея обнаружил, что как в основной, так и в контрольной группах уровень стрессогенных событий в течение последнего года был высок: у 64% больных и 75% здоровых лиц отмечался высокий уровень стрессовой нагрузки ( $>150$  баллов). Показатели выше 150 баллов рассматриваются авторами шкалы как высокий уровень стрессовых событий и высокий (более 50%) риск развития расстройств, ассоциированных со стрессом. Различия между группами не имели статистической значимости ( $p = 0,1$ ; КМУ).

При опросе пациентов, страдающих СФР, 29 человек (85,3% выборки) сообщили о наличии значимых стрессовых ситуаций. В контрольной группе лишь 32,5% лиц считали стрессовую нагрузку высокой. Различия между субъективной выраженностью стрессовых ситуаций оказались статистически значимыми ( $p < 0,05$ ; ТТФ).

С учетом отсутствия статистически значимой разницы между уровнем стресса в основной и контрольной группах можно предположить, что стрессовые события не являются определяющим фактором в развитии СФР. В то же время, сочетание сходной стрессовой нагрузки и значимых различий между субъективной выраженностью стресса в анализируемых

группах, позволяют высказать мнение, что играет роль не столько факт наличия психотравмирующих влияний, сколько недостаток у больных СФР возможностей для совладания со стрессовыми и проблемными ситуациями. Описанные результаты (развитие нарушений при «обычном» уровне психогенных влияний и субъективно высокий уровень стресса) соответствуют полученным в данном исследовании оценкам копинг-стратегий пациентов СФР (низкий уровень использования адаптивных способов совладания со стрессом). В этом случае даже относительно неглубокие психотравмирующие влияния могут приобретать патологический характер и способствовать развитию психических нарушений.

### Заключение

Проведенное исследование выявило преобладание в структуре личности больных СФР таких черт как конституциональная тревожность, мнительность, ипохондричность, склонность к депрессивному типу реагирования, внутренняя напряженность, интровертированность. В сравнении со здоровыми лицами, пациенты, страдающие СФР, чаще используют неадаптивный механизм психологической защиты по типу реактивных образований. В то же время такие механизмы как компенсация, отрицание и вытеснение были менее актуализированы и использовались пациентами реже, чем в контрольной группе. Анализ копинг-стратегий выявил редкое (по сравнению со здоровыми) использование больными СФР следующих стратегий: дистанцирование, самоконтроль, принятие ответственности, положительная переоценка. Прослеживается недостаточное применение функциональных способов совладания, неспособность правильно реагировать и справляться с ситуациями психологического стресса. Уровень стрессовой нагрузки (оценка по шкале Холмса-Рея) в обеих группах был сопоставим при субъективно более значимой выраженности стресса у больных СФР.

Таким образом, в развитии соматоформных расстройств играет роль преморбидный склад личности, применение неадаптивных механизмов психологической защиты и слабое использование функциональных способов совладания со стрессовыми

Таблица 4

### Способы совладающего поведения

| Способ совладающего поведения | Среднее значение (Т-балл) |                    | Статистическая значимость (критерий Манна-Уитни) |
|-------------------------------|---------------------------|--------------------|--|
|                               | Пациенты СФР              | Контрольная группа |  |
| Конфронтация                  | 49,6                      | 52,4               | 0,141  |
| Дистанцирование               | 45,3                      | 50,8               | 0,0199   |
| Самоконтроль                  | 40,8                      | 50,9               | 0,000  |
| Поиск социальной поддержки    | 46,5                      | 51,4               | 0,077  |
| Принятие ответственности      | 45,2                      | 51,3               | 0,007  |
| Бегство-избегание             | 50,2                      | 53,5               | 0,146  |
| Планирование решения проблемы | 47,2                      | 52,2               | 0,051  |
| Положительная переоценка      | 43,7                      | 54,6               | 0,000  |

ситуациями. Указанные особенности способствуют развитию психопатологических нарушений даже при невысоком уровне стрессовой нагрузки. Выявленные

закономерности возможно использовать для оптимизации психотерапевтической помощи больным соматоформными расстройствами.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Боброва М.А. Эмоциональные, когнитивные и личностные нарушения при соматоформных расстройствах (типология, терапия и прогноз): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Москва, 2012. 23 с.
2. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Совладание со стрессом. Теория и психодиагностика. СПб.: Речь, 2011. 191 с.
3. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р. и соавт. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями. СПб., 2009. 38 с.
4. Исаева Е.Р. Совладающее со стрессом и защитное поведение личности при расстройствах психической адаптации различного генеза: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. СПб., 2010. 48с.
5. Каменская В.Г. Психологическая защита и мотивация в структуре конфликта. СПб., 1999. С. 114–118.
6. Собчик Л.Н. СМИЛ. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. СПб, 2003. 219с.
7. Creed F. Should general psychiatry ignore somatization and hypochondriasis? // World Psychiatry. 2006. Vol. 5, N 3. P. 146–150.
8. Dwamena F.C., Lyles J.S., Frankel R.M., Smith R.C. In their own words: qualitative study of high-utilising primary care patients with medically unexplained symptoms // BMC Fam. Pract. 2009. Vol. 10. P. 67.
9. Folkman S., Lazarus R.S. Manual for the Ways of Coping Questionnaire. Consulting Psychologists Press, 1988. 40p.
10. Haftgoli N., Favrat B., Verdon F. et al. Patients presenting with somatic complaints in general practice: depression, anxiety and somatoform disorders are frequent and associated with psychosocial stressors // BMC Fam. Pract. 2010. Vol. 11. P. 67.
11. Hall N.M., Kuzminskiyte R., Pedersen A.D. et al. The relationship between cognitive functions, somatization and behavioural coping in patients with multiple functional somatic symptoms // Nord. J. Psychiatry. 2011. Vol. 65, N. 3. P. 216–224.
12. Holmes T.H., Rahe R.H. The Social Readjustment Rating Scale // J. Psychosom. Res. 1967. Vol.11, N. 2. P. 213–218.
13. Lind A.B., Delmar C., Nielsen K. Struggling in an emotional avoidance culture: a qualitative study of stress as a predisposing factor for somatoform disorders // J. Psychosom. Res. 2014. Vol. 76, N. 2. P. 94–98.
14. Morris R., Kai J., Atha C. et al. Persistent frequent attenders in primary care: costs, reasons for attendance, organisation of care and potential for cognitive behavioural therapeutic intervention // BMC Fam. Pract. 2012. Vol. 13. P. 39.
15. Olesen J., Gustavsson A., Svensson M. et al. The economic cost of brain disorders in Europe // Eur. J. Neurol. 2012. Vol. 19, N. 1. P. 155–162.
16. Plutchik R., Kellerman H., Conte H.R. A structural theory of ego defenses and emotions // Emotions in personality and psychopathology / Ed. C.E. Izard. New York, 1979. P. 227–257.
17. Rasmussen N.H., Agerter D.C., Bernard M.E., Cha S.S. Coping style in primary care adult patients with abridged somatoform disorders // Ment. Health Fam. Med. 2010. Vol. 7, N. 4. P. 197–207.
18. Reid S., Wessely S., Crayford T., Hotopf M. Frequent attenders with medically unexplained symptoms: service use and costs in secondary care // Br. J. Psychiatry. 2002. Vol. 180. P. 248–253.
19. Sumathipala A. What is the evidence for the efficacy of treatments for somatoform disorders? A critical review of previous intervention studies // Psychosom. Med. 2007. Vol. 69, N. 9. P. 889–900.
20. Tomenson B., McBeth J., Chew-Graham C.A. et al. Somatization and health anxiety as predictors of health care use // Psychosom. Med. 2012. Vol. 74, N. 6. P. 656–664.
21. Van der Boom K.J., Houtveen J.H. Psychiatric comorbidity in patients in tertiary care suffering from severe somatoform disorders // Tijdschr. Psychiatr. 2014. Vol. 56, N. 11. P. 743–747.

## СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ И МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

А.А. Прибытков, И.О. Юркова, Ю.Б. Баженова

Проведено исследование особенностей личности, механизмов психологической защиты, копинг-стратегий и уровня стрессовой нагрузки пациентов, страдающих соматоформными расстройствами (СФР) в сравнении со здоровыми лицами. Установлено (по опроснику СМИЛ) преобладание в структуре личности больных СФР таких черт как конституциональная тревожность, мнительность, ипохондричность, склонность к депрессивному типу реагирования, внутренняя напряженность, интровертированность. В группе больных чаще использовался неадаптивный механизм психологической защиты по типу реактивных образований, реже – компенсация, отрицание и вытеснение (оценка по методике «Индекс жизненного стиля»). Прослеживается недостаточное применение пациентами, страдающими СФР, следу-

ющих копинг-стратегий: дистанцирование, самоконтроль, принятие ответственности, положительная переоценка (опросник «Стратегии совладающего поведения»). Уровень стрессовой нагрузки (по шкале Холмса-Рея) в обеих группах был сопоставим при субъективно более значимой выраженности стресса у больных СФР.

В развитии СФР выявлена роль преморбидного склада личности, использования неадаптивных механизмов психологической защиты и недостаточного применения функциональных способов совладания со стрессовыми ситуациями. Указанные особенности способствуют развитию СФР даже при невысоком уровне стрессовой нагрузки.

**Ключевые слова:** соматоформные расстройства, особенности личности, механизмы психологической защиты, совладающее поведение.

## PERSONALITY STRUCTURE AND MECHANISMS OF PSYCHOLOGICAL DEFENCE IN SOMATOFORM DISORDERS

A.A. Pribytkov, I.O. Yurkova, Yu.B. Bazhenova

The authors report the results of investigation of personality characteristics, mechanisms of psychological defence, coping strategies and the levels of stress in patients with somatoform disorders, in comparison with healthy controls. The SMMIP-test (MMPI) showed prevalence of constitutional anxiousness, suspiciousness, hypochondriasis, proneness to depressive reaction, tension and introversion in patients with somatoform disorders. They also more frequently used maladaptive defence mechanisms like reactive formations; less common were compensation, denial and repression (based on the Lifestyle Index). Besides, these patients did not show frequent use of such coping strategies as distancing from the problem, exercising self-control, taking

responsibility, positive reappraisal (Coping Strategies Questionnaire). The levels of stress were measured with the Holmes and Rahe Stress Scale: they were similar in both groups, though subjectively stress was experienced as higher in patients with somatoform disorders. The authors point to the role of premorbid personality characteristics, maladaptive psychological defences and insufficient use of functional coping styles in stressful situations by patients with somatoform disorders. They play a role in development of somatoform disorders even in relatively moderate stressful circumstances.

**Key words:** somatoform disorders, personality characteristics, psychological defence, coping behavior.

**Прибытков Алексей Александрович** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: pribytkov@bk.ru

**Юркова Ирина Олеговна** – ассистент кафедры психиатрии ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России; e-mail: iren.yurkova@gmail.com

**Баженова Юлия Борисовна** – медицинский психолог психосоматического отделения №3 ГБУЗ «Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова»; e-mail: yuliybazhenova@yandex.ru