

РОЛЬ ТИПОЛОГИИ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ В ОФОРМЛЕНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

В. А. Дереча, С. В. Балашова

Оренбургская государственная медицинская академия

В клинических описаниях и указаниях по диагностике психических расстройств МКБ-10 говорится, что в отношении соматоформных расстройств «достижимая степень понимания причин симптоматики часто является разочаровывающей и фрустрирующей как для пациента, так и для врача... Даже когда возникновение и сохранение симптоматики тесно связано с неприятными жизненными событиями или конфликтами, больной обычно противится попыткам обсуждения возможности её психологической обусловленности...» (2).

Соматоформные расстройства (СФР) в МКБ-10 включены в одну объединенную группу вместе с невротическими и связанными со стрессом психическими нарушениями. Все они имеют во многом сходные механизмы психогенеза, потому что относятся в целом к психогениям, которые К.Ясперс (17) определил как расстройства, обусловленные столкновением индивидуума с непереносимыми обстоятельствами жизни. Эта «непереносимость» в наибольшей мере очевидна при острых стрессовых реакциях и нарушениях адаптации (F43). Психогенез невротических расстройств (F40–42, F44, F48) объясняется актуализацией того или иного внутриличностного конфликта (3–5). Что касается соматоформных расстройств, то они являются эмоциогенной дисфункцией внутренних органов и вегетативной нервной системы. В отличие от органических психосоматозов, речь идет о нарушениях функциональных, однако подчиняющихся тому же принципу эмоциональной специфичности физиологического ответа по Ф.Александреру (9).

В этиологии психосоматических расстройств Ф.Александрер придавал значение 3-м факторам: конституциональной органной или системной недостаточности, что можно рассматривать как уязвимую почву и как соматическую встречу по З.Фрейду и Е.К.Краснушкину; наличию психологических паттернов конфликта и раннему формированию системы психологических защит; актуальным жизненным ситуациям, порождающим эмоциональное напряжение. Ф.Александрер подчеркивал, что физиологические ответы организма на стиму-

лы отличаются «качеством эмоций» и «природой эмоционального состояния» (1, 5).

Поиск корреляций между специфическим эмоциональным конфликтом и соматическим заболеванием продолжается (5, 10, 12–14). По отношению к соматоформным расстройствам значение специфических эмоциональных переживаний не изучено. Между тем, это имеет важное значение для ранней диагностики соматоформной патологии, её комплексного лечения с использованием психотерапии и предупреждения её перехода в органические психосоматические заболевания. Диагностические рекомендации на этот счет были бы ценными не только для психиатров, психотерапевтов и клинических психологов, но и для врачей первичного звена, непосредственно занимающихся лечением и профилактикой хронических соматических расстройств.

Целью настоящего исследования стало определение роли «природы эмоционального состояния» в оформлении клинической картины соматоформных расстройств.

Под «природой эмоционального состояния» (по Ф.Александреру) мы понимаем не только сам эмоциональный конфликт как таковой, но весь комплекс переживаний личности. К.Ясперс рассматривал феномен переживания не только применительно к сфере эмоций. По сути, речь должна идти о целостном психологическом состоянии индивидуума и самосознания личности в единстве с её когнитивными процессами и с теми или иными паттернами поведения. Ранее нами в качестве эмоционально специфичных жизненных переживаний личности проанализированы астенические, депрессивные, тревожные, ипохондрические и диссоциативные переживания (3). В последующем клиническая практика дополнила анализ аутоагрессивных, кризисных и экзистенциальных переживаний.

Материал и методы исследования

Изучено 120 больных, у которых было диагностировано соматоформное расстройство, исходя из критериев МКБ-10. Исследование проводилось клинико-психопатологическим, клинико-психологичес-

ким методами с использованием активных приемов ведения психотерапевтического интервью (прояснение, отражение чувств, сопоставление вербального и невербального поведения, осторожные интерпретация и конфронтация «здесь и сейчас»). Возраст больных колебался в диапазоне от 18 до 56 лет и в среднем составлял 37,6 лет. Из 120 больных 34 были мужчины и 86 женщины. Изученные заболевания отобраны в процессе амбулаторного психотерапевтического приема сплошным методом.

Результаты исследования

В структуре соматоформных расстройств чаще других встречалось недифференцируемое соматоформное расстройство (F45.1) – 26 человек (21,7%), затем соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (ВНС): сердечно-сосудистой системы (F45.30) – 21 человек (17,5%) и общая соматоформная дисфункция ВНС (F45.3) – 17 человек (14,2%). Далее следовали хроническое болевое соматоформное расстройство (F45.4) – 13 человек (10,8%), ипохондрия (F45.2) – 12 человек (10%) и соматизированное расстройство (F45.0) – 11 человек (9,2%). Реже встречались соматоформная дисфункция дыхательной системы (F45.33) – 6 человек (5%), другое соматоформное расстройство (F45.9) – 6 человек (5%), соматоформная дисфункция верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (F45.31) – 4 человека (3,3%) и нижнего отдела ЖКТ (F45.32) – 3 человека (2,5%), соматоформная дисфункция мочевыделительной системы (F45.34) – 1 человек (0,8%).

В процессе исследования выявлено, что особенности возникновения и развития СФР зависят от типа эмоциональных переживаний личности. Разнообразие субъективных переживаний пациентов с СФР сводится в целом к доминированию одного из восьми типов эмоциональной специфичности. Обнаружена следующая распространенность отдельных типов эмоционально специфичных переживаний. Наиболее часто встречаются диссоциативные – 27 человек (22,5%) и депрессивные – 26 (21,7%) переживания. Несколько реже ипохондрические – 18 человек (15%), астенические – 14 (11,7%) и тревожно-фобические – 13 (10,8%). Более редкими были переживания кризисные – 6 человек (5%), экзистенциальные – 5 (4,2%) и аутоагрессивные – 4 (3,3%).

Диссоциативные переживания обусловлены механизмами психологических защит, приводящих к вытеснению некоторых чувств на периферию сознания. При этом чувства, неприемлемые для индивидуума с позиции идеального представления о себе, диссоциируются от основного ядра личности. Чаще всего отвергаются неприязненные чувства, раздражение, гнев, обида на близких при идеализации миролюбия, взаимопонимания, великодушия. Неприемлемыми становятся также боязнь ответственности, самостоятельности, боязнь лишений и потерь, страх подавления и унижения у лиц, жела-

ющих казаться сильными, демонстрировать уверенность, «сохранить лицо» и контроль над ситуацией. При диссоциативных переживаниях индивидуум стыдится обнаружить отвергаемые чувства и собственную несостоятельность перед окружающими или тревожится, что другие могут воспользоваться его слабостями и уязвимостью. СФР при диссоциативных переживаниях характеризуются полиморфными соматическими симптомами, выраженным болевым синдромом и конверсионными проявлениями.

Базовой эмоцией при депрессивных переживаниях является печаль, осознаваемая также как грусть, уныние, хандра. Она сочетается с враждебными чувствами (гневом, отвращением, презрением) по отношению к себе и к другим, а также с чувством вины, стыда и страха. В возникновении депрессивных переживаний значение имеет та или иная утрата (реальная или воображаемая). Это может быть утрата близких отношений вследствие гибели родного человека или переживания развода (разрыва). Такие ситуации переживались как горе, потеря, разлука и лишение, одиночество и изоляция. При депрессивных переживаниях у больных СФР преобладает болевой синдром, а соматические симптомы в равной степени могут быть изоморфными или полиморфными.

Ипохондрические переживания представляют собой тревожные опасения, страхи, подавленность и уныние по поводу мнимых нарушений здоровья, приписываемых себе болезней. Пациентов пугает и приводит в уныние кажущееся неблагополучие собственного организма. Ситуации, способствующие искажению «образа тела» и «внутренней телесности», служат почвой для ипохондрических переживаний. В их числе – перенесенные острые соматические заболевания, хирургические операции, климактерические изменения. С ипохондрическими переживаниями связано также искаженное восприятие нормальных физиологических ощущений и интерпретация их как угрожающих, так называемое «соматосенсорное усиление» (14, 15). Временные физические состояния, такие как ощущение холода или жара, сердцебиение, потливость, головокружение, боли в боку оцениваются как патологические и приводят к тревоге и подавленности. Ипохондрические переживания чаще обнаруживаются у больных с изоморфными СФР и выраженным болевым синдромом.

Астенические переживания проявляются повышенной восприимчивостью с эмоциональной истощаемостью. При этом типе переживаний стеничные эмоции (гнев, презрение, отвращение), которые стимулируют деятельность и энергетический потенциал, противоречиво сочетаются с астеническими эмоциями (тревога, страх, стыд, вина), способствующих торможению деятельности, пассивности, скованности (11). Это приводит к нарушению энергетического потенциала в виде раздражительной слабости или вялости. Астенические переживания

обнаруживают связь в основном с полиморфностью соматических дисфункций, без предпочтения вегетативных или болевых симптомов.

Основным проявлением тревожно-фобических переживаний являются тревога и страх. В обследуемой группе тревожно-фобические переживания обнаруживались в связи с нестабильной внешней обстановкой, вызывающей неуверенность: нестабильность семейных отношений, неуверенность в денежно-финансовой самостоятельности, в случаях неожиданных изменений в жизни пациента – таких как угроза здоровью и благополучию близких (нападение, преследование), резкие перемены жизненного стереотипа и круга общения из-за перехода на другую работу. Страх неудачи, ожидание провала, страх перед моральным осуждением, страх обнаружить существенную несостоятельность возникал в ситуациях, в которых необходимо было соответствовать нормам, стандартам и правилам. Например, повышение по службе, ситуация экзаменов, ухаживание за девушкой. Тревожные переживания связаны предпочтительно с изоморфными соматическими симптомами чаще в виде вегетативных дисфункций.

При аутоагрессивном типе эмоционально специфичных переживаний преобладают негативные чувства по отношению к себе. В той или иной степени любые чрезмерные эмоциональные состояния являются саморазрушительными, приносящими вред здоровью. Но такие чувства как вина и гнев на самого себя особенно деструктивны и ведут к низкой самооценке. Вина возникает чаще вследствие утраты доверия других или предательства собственных взглядов и убеждений, сопровождается самоосуждением и раскаянием. Аутоагрессивные чувства сопровождаются саморазрушительным поведением в форме настоятельных требований повторных хирургических вмешательств, самоповреждений, навязчивого переедания и др.

Помимо вышеописанных типов эмоционально специфичных переживаний выделены ещё два вида, которые являются проявлением психологического конфликта, связанного с блокированием потребности в психосоциальном и духовном развитии личности. Это кризисные и экзистенциальные переживания.

Кризисные переживания возникают при затруднениях в определенные возрастные периоды, при переходе от одной стадии психосоциального развития к другой («кризисы развития» по Э.Эриксону). В это время индивидуум переходит от выполнения социальных задач, потерявших свою актуальность, к реализации новых социальных задач. Мы наблюдали формирование соматоформных расстройств во время трёх наиболее уязвимых возрастных периодов для развития кризисных переживаний: 20–22 года («кризис встречи со взрослостью»), 35–40 лет («кризис середины жизни») и 50–55 лет («кризис встречи со старением»). Возрастные кризисы могут осложняться кризисом идентичности. В условиях резкого изменения уклада общественной жизни некоторые лица зрелого и пожилого возраста испытывают распад сформировавшейся ранее личностной целостности. Индивидуумы, испытывающие растерянность в жизни, сломленность, депрессию, замещают потерянные ценности ипохондрической фиксацией на собственном здоровье.

Экзистенциальные переживания обусловлены препятствиями для вновь нарождающихся духовных запросов личности, духовных влияний по К.Ясперсу (13). Экзистенциальная фрустрация проявляет себя общим чувством неудовлетворенности, чувством неподлинности повседневной жизни, пустоты. Отсутствует воодушевленность в деятельности, работу человек выполняет механически, без интереса, появляется ощущение бессмысленности собственной жизни и скуки. Межличностные отношения воспринимаются как пустые, лишённые содержания, стереотипные и выхолащенные. Незначительные отклонения в физическом здоровье на фоне этих переживаний служили поводом для настойчивых поисков лечения и оздоровления, что временно отвлекало от мучительного ощущения скуки и пустоты.

Для определения влияния типа эмоциональных переживаний на проявления патологических телесных дисфункций нами были сопоставлены особенности соматических симптомов в зависимости от специфичности эмоциональных состояний. При этом использован принцип дихотомического деления СФР по степени полиморфизма и стойкости топической проекции, предложенный некоторыми зарубежными

Таблица 1

Особенности соматических симптомов в зависимости от типа эмоционально специфичных переживаний по критерию полиморфности

Особенности соматических симптомов	Типы эмоционально специфичных переживаний (% от числа больных в подгруппе)									
	1.Тревожнофобические	2.Депрессивные	3.Ипохондрические	4.Астенические	5.Диссоциативные					
А. Преобладание изоморфных симптомов F45.4, F45.30–34	92,3	46,2	77,8	14,3	11,1					
Б. Преобладание полиморфных симптомов F45.0, F45.1, F45.3	7,7	53,8	22,2	85,7	88,9					
Особенности соматических симптомов	t-Стьюдента									
	1–2	1–3	1–4	1–5	2–3	2–4	2–5	3–4	3–5	4–5
А. F45.4, F45.30–34	3,8	1,2	6,6	8,5	-2,3	2,4	3,1	4,7	5,8	0,3
Б. F45.0, F45.1, F45.3	-3,8	-1,2	-6,6	-8,5	2,3	-2,4	-3,1	-4,7	-5,8	-0,3

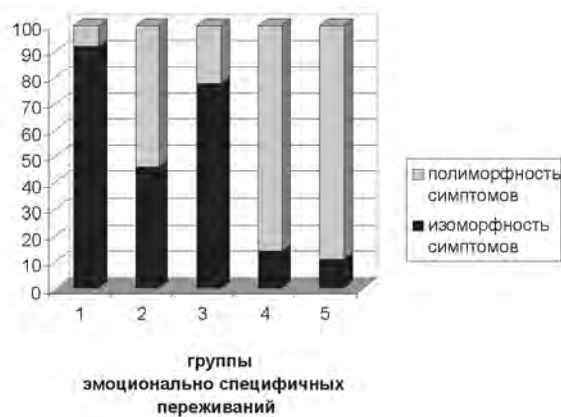


Рис. 1. Особенности соматических симптомов в зависимости от типа эмоциональной специфичности переживаний по критерию полиморфности

Примечания: 1 – тревожно-фобические переживания; 2 – депрессивные переживания; 3 – ипохондрические переживания; 4 – астенические переживания; 5 – диссоциативные переживания.

и отечественными авторами (4, 6, 16). Соматические дисфункции разделялись на изменчивые полиморфные и стойкие изоморфные. Полиморфные симптомы – разнообразные, изменчивые по характеру, локализации и интенсивности, нестойкие, распределяются на более чем две органные системы. Изоморфные симптомы представляют собой однообразные по характеру и интенсивности, стойкие проявления с неизменной локализацией в пределах одной или двух органных систем. Зависимость между особенностями соматоформных расстройств по степени полиморфизма и типами эмоциональных переживаний представлена в табл. 1 и на рис. 1. Из табл. 1 и рис. 1 видно, что множественные полиморфные изменчивые симптомы обнаруживаются преимущественно у лиц с астеническими и диссоциативными переживаниями, а однородные малоизменчивые изоморфные симптомы – у лиц с тревожно-фобическими и ипохондрическими переживаниями. Для индивидуумов с депрессивными переживаниями почти в равной мере характерны как полиморфные, так и изоморфные симптомы СФР.

Для более углубленного анализа зависимости клинических проявлений СФР от типа эмоциональ-

ных переживаний из числа обследованных выделена группа с преобладанием болевых нарушений над дисфункциональными и группа с преобладанием вегетативных симптомов. К алгическим проявлениям относятся истероалгии – образные, яркие, вычурные, живописные, психогенно обусловленные боли и сенестоалгии – гетерономные, необычные (пронизывающие, нарывающие, натягивающиеся, «словно нерв» и т.д.) болевые ощущения (из описанных Т.З.Омаровым (9) как сенсопатии).

Группа СФР с гиперактивностью вегетативной нервной системы характеризовалась проявлениями озноба или жара, сердцебиения и учащения пульса или чувства «замирания» в области сердца и урежения пульса, колебаний артериального давления, ощущения нехватки воздуха, сухости слизистых и кожных покровов или потливости, субфебрильной температуры, тошноты, усиления перистальтики кишечника, частого мочеиспускания. Зависимость между особенностями соматоформных расстройств по выраженности болевого синдрома и вегетативной дисфункции и типами эмоциональных переживаний представлена в табл. 2 и на рис. 2.

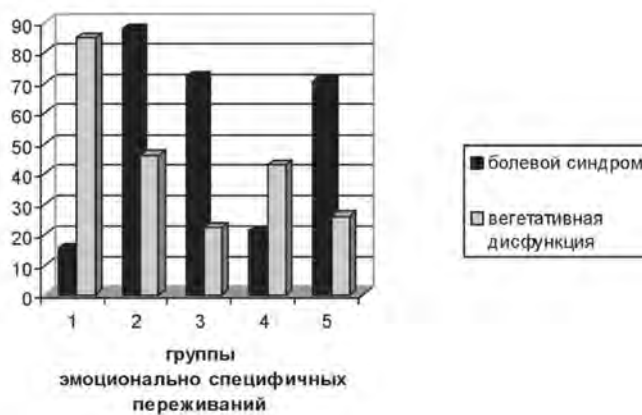


Рис. 2. Особенности соматических симптомов в зависимости от типа эмоциональной специфичности переживаний по выраженности алгий и вегетативной дисфункции

Примечания: 1 – тревожно-фобические переживания; 2 – депрессивные переживания; 3 – ипохондрические переживания; 4 – астенические переживания; 5 – диссоциативные переживания.

Таблица 2

Особенности соматических симптомов в зависимости от типа эмоционально специфичных переживаний по выраженности алгий и вегетативной дисфункции

Особенности соматических симптомов	Типы эмоционально специфичных переживаний (% от числа больных в подгруппе)									
	1. Тревожнофобические	2. Депрессивные	3. Ипохондрические	4. Астенические	5. Диссоциативные					
В. Выраженный болевой синдром (F45.4, часть F45.0, F45.1)	15,4	87,9	72,2	21,4	70,4					
Г. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F45.3, F45.30–34)	84,7	46,0	61,2	42,8	25,9					
Особенности соматических симптомов	t-Стьюдента									
	1–2	1–3	1–4	1–5	2–3	2–4	2–5	3–4	3–5	4–5
В. F45.4, часть F45.0, F45.1	-7,1	-6,1	-1	-5,9	1,2	6,4	1,4	5,3	0,2	-5,1
Г. F45.3, F45.30-34	3,4	1,9	3,7	5,4	-1,5	0,3	2,4	1,8	3,8	2

Как видно из табл. 2 и рис. 2, болевой синдром чаще выявляется у лиц с депрессивными, ипохондрическими и диссоциативными переживаниями, в то время как гиперактивность вегетативной нервной системы преобладала в основном у больных с тревожно-фобическими и отчасти с депрессивными переживаниями.

Выводы

Определяется психогенетически понятная связь между возникновением СФР и эмоционально специфичными переживаниями личности.

Эмоциональные состояния, скрывающиеся за функциональными соматическими симптомами у больных с СФР, представлены доминированием одного из целого ряда эмоционально специфичных переживаний. Наиболее часто обнаруживаются диссоциативные, депрессивные и ипохондрические переживания, затем идут тревожно-фобические и ас-

тенические, реже выявляются аутоагрессивные, кризисные и экзистенциальные.

Типология эмоциональных переживаний оказывает влияние на оформление клинической картины соматоформных расстройств. Полиморфные СФР чаще являются следствием астенических и диссоциативных переживаний. Изоморфные СФР возникают преимущественно в результате тревожно-фобических и ипохондрических переживаний. Депрессивные переживания в равной мере ведут как к полиморфным, так и к изоморфным СФР. Преобладание болевых симптомов более характерно для лиц с депрессивными и ипохондрическими переживаниями. Вегетативная дисфункция чаще становится выражением тревожно-фобических переживаний и отчасти депрессивных.

Определение типа эмоциональной специфичности переживаний у больных с СФР способствует улучшению выбора адекватных средств и методов патогенетической психотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Пер. с англ. С.Могилевского. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
2. Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение). – М.: Изд-во «Триада-Х», 2000. – 256 с.
3. Дереча Г.И., Дереча В.А. Системно-клинический подход к оценке невротических расстройств. – Сыктывкар: Коми книжное издательство, 1996. – 40 с.
4. Иванов С.В. Соматоформные расстройства (органные неврозы): эпидемиология, коморбидные психосоматические соотношения, терапия. Дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2002. – 297 с.
5. Изард К.Э. Психология эмоций / Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2000. – 464 с.
6. Ипохондрия и соматоформные расстройства / Под ред. А.Б.Смулевича. – М., 1992. – 175 с.
7. Карвасарский Б.Д. Неврозы. – М.: Медицина, 1980. – 448 с.
8. Карвасарский Б.Д., Простомолов В.Ф. Невротические расстройства внутренних органов. – Кишинев, 1988. – 166 с.
9. Омаров Т.З. Патологические телесные сенсации (сенсопатии)

в структуре соматизированных расстройств круга малой психиатрии // Неврология и психиатрия. – 1994. – № 2. – С. 90–93.

10. Петрунько О.В. Соматизированное расстройство (клинико-психопатологический аспект, коморбидность, факторы риска). Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Томск, 2004.

11. Рогов Е.И. Общая психология. Курс лекций. – М., 2004. – 440 с.

12. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клинические аспекты) // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – Т. 7, № 1. – С. 12–16.

13. Ясперс К. Общая психопатология (пер. с нем.). – М., 1997. – 1053 с.

14. Barsky A.J., Klerman G.L. Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles // Arch. Gen. Psychiatry. – 1986. – Vol. 43. – P. 493–500.

15. Keller R. Somatization and hypochondriasis. – New-York: Praeger, 1980.

16. Lipowski Z.S. Somatization: the concept and its clinical application // Am. J. Psychiatry. – 1988. – Vol. 1, N 1. – P. 15–20.

17. Sheldon W.H. The varieties of temperament. – New York-London, 1942. – 420 p.

THE ROLE OF TYPOLOGY OF PSYCHOTRAUMATIC EXPERIENCES IN THE CLINICAL PICTURE OF SOMATOFORM DISORDERS

V. A. Derecha, S. V. Balashova

Somatoform disorders (SFD) are united in ICD-10 in one group with neurotic and stress-related mental disorders and their pathogenetic mechanisms seem to have very much in common. Development of neurotic disorders (F40-42, F44, F48) is explained by a significant interpersonal conflict while somatoform disorders happen to be an emotiogenic dysfunction of inner organs and vegetative nervous system. According to F.Alexander, physiological reactions to stimuli differ by “quality of emotion” and “the nature of the emotional condition”. The objective of this investigation was to determine the role of “the nature of the emotional condition” in the formation of the clinical picture of somatoform disorders. Material: 120 patients with somatoform disorder. Diagnosis was made by means of clinical-psychopathological and psychological methods with active use of psychotherapeutic interviews.

The authors distinguish eight types of emotional specificity of personal experiences in patients with somatoform disorders, specifically, asthenic, depressive, anxious, hypochondric, dissociative, autoaggressive, crisis and existential ones. They describe their role in pathogenesis and in formation of the clinical picture. Significant associations have been established between the type of emotional experiences and symptoms of somatoform disorders. Polymorphic SDF are most frequently associated with asthenic and dissociative experiences. Isomorphic SDF develop usually as a result of anxious-phobic and hypochondric experiences. Depressive experiences can lead to both polymorphic and isomorphic SDF. Prevalence of pain symptoms is characteristic for persons with depressive and hypochondric experiences. Vegetative dysfunction is frequently an expression of anxious-phobic experiences, and partially also depressive ones.