

ФАКТОРЫ КОНСОЛИДАЦИИ СТРУКТУРЫ СТРАТЕГИИ ПОВЕДЕНИЯ ЛИЧНОСТИ В КАЧЕСТВЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

(г. Харьков)

Работа выполнена согласно плану научных исследований Харьковской медицинской академии последипломного образования «Соматоформні розлади (клініка, діагностика, патогенетичні механізми, критерії прогнозу, принципи відновлювальної терапії)» (№ державної реєстрації – 0101U001866); «Непсихотичні психічні розлади у хворих на серцево-судинні та судинно-мозкові захворювання» (№ державної реєстрації – 0109U002826).

Вступление. Со второй половины XIX столетия психосоматическая (ПС) патология занимает первое место среди заболеваний. Однако ключевой вопрос медицинской теории и практики – соотношения «психического» и «соматического» – до сих пор остается не решенным [1, 2, 3]. Оптимальная клиническая концепция ПС патологии предполагает учет как психических, так и соматических нарушений не только при установлении диагноза, но и в патогенетическом подходе к лечению. Важнейшей составляющей ПС патологии являются пароксизмальные проявления – неотложные состояния (НС) и обострения в структуре клинического течения [1, 4], несущие значительную угрозу здоровью и жизни. Изучение НС при ПС патологии актуально по причине крайне недостаточно изученных: роли и месте НС в возникновении и динамике развития этиопатогенетических механизмов перманентных и пароксизмальных проявлений ПС патологии; изменений психической сферы при НС и возможных ПС коррелятов, их динамики и значимости для клинического течения и терапии нарушений.

Целью настоящего исследования явилось изучение психических факторов, консолидирующих разрозненные психические и вегетативные звенья в патогенетическую структуру психосоматической патологии.

Объект и методы исследования. С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии, обследованы больные с вегето-сосудистой дистонией (ВСД) – 302, гипертонической болезнью (ГХ) I-II ст. – 298 в течении которых возникли вегетативные (ВК) и гипертонические кризы (ГК). Критериями отбора было отсутствие: критического состояния больных; поражения органов-мишеней; первичной органической патологии центральной нервной системы; врожденной патологии сердечно-сосудистой системы; вторичного характера гипертензии; сопутствующей

психиатрической патологии. Шифры исследуемых нозологий по МКХ-10: ВСД – G 90. 0; ГХ – I 10. 0. На всех этапах исследования больным оказывалась помощь в объёме клинических протоколов, утверждённых МОЗ Украины. Для клинико-психопатологического исследования использованные: структурированное клиническое интервью; наблюдение; анализ психологического анамнеза со структурированием данных во времени динамики возникновения, развития и течения клинической симптоматики; опросники с оценкой интенсивности и значимости проявлений (факторов) от 0 до 5 баллов. Психодиагностическое исследование проведено методиками: Гиссенский опросник соматических жалоб (за И. Г. Малкина-Пых, 2003), шкала реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилберга – Ю. Л. Ханина (Ю. Л. Ханин, 1976), клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К. К. Яхин, Д. М. Менделевич, 1978), тест Люшера (по Л. Н. Собчик, 2001) и «Цветной рисунок человека» (В. М. Загуровский, 2007) [5]. Для статистической обработки использовали: выявление расхождений в уровнях исследуемого признака по критерию Краскела-Уоллиса; ранговых корреляций Кендела и Спирмена; факторный анализ (метод главных компонентов); оценки математических статистических выборок; критерия углового преобразования Фишера. Перед применением факторного анализа данные были проверены на критерий адекватности выборки Кайзера-Мейера-Олкина и критерий сферичности Барлетта. Обработка проводилась с помощью программ MS Office Excel (11.8169.8172) 2003 и SPSS-17.

Результаты исследований и их обсуждение. Анализ динамики пароксизмальных (кризовых) проявлений ВСД и ГБ I-II ст. позволил выявить 3 этапа в их развитии [6]. Первый – этап первичной симптоматики; второй – стрессорной реакции на первичную симптоматику; третий – манифестации развернутой клинической картины криза. Выделено две группы симптомов, объединённых в психовегетативные синдромы, отличающихся временем возникновения, происхождением, местом и значением в клинике кризов. Первый – синдром собственно психовегетативной дисфункции, состоящий из психоэмоциональных, сенсорно-вегетативных, вегетовисцеральных и соматических

симптомов, розвиваючихся на першому і другому етапах кризів і відображаючих первинні психовегетативні або вегетосоматичні порушення, реалізуючіся при впливі пускових факторів. В основі психоемоціональних порушень відсутній змістовий сюжет, вони створюють інтенсивне афективне супроводження інших симптомів. Даний синдром первинністю і динамікою маніфестації, взаємозв'язком психовегетативних і вегетосоматичних ланок визначає психосоматичний або соматопсихічний тип порушень і течія кризів. Другий синдром представлений проявленнями стрессорної реакції [7] на гостро маніфестуючі симптоми синдрому власне психовегетативної дисфункції. Після усвідомлення хворим патологічності первинної симптоматики, відбувається формування змістового сюжету стрессорної реакції і трансформація тривоги в пароксизм страху і паніки, посилення первинної симптоматики з приєднанням неспецифічних симптомів. Проявлення стрессорної реакції не усвідомлюються хворими як патологічні і загрозливі, розцінюються як природна реакція – страх перед мнимим або реальною життєвою загрозою з боку первинних проявів, представляючи вторинний процес неспецифічної форми реагування особистості. Наблюдаються клінічні типи течія ВСД і ГБ відображають, виявлені при факторному аналізі сукупності даних, фактори «психосоматичний варіант клінічного течія» з факторними навантаженнями для ВСД – 25,324; ГБ – 26,376 і «соматопсихічний варіант клінічного течія» з факторними навантаженнями для ВСД – 19,153; ГБ – 17,513.

Клінічні дані про стан гострої стрессорної реакції при кризах підтверджуються високими рівнями реактивної тривожності, результатами тестів Люшера і «Квітковий малюнок людини» в момент кризів. При психосоматичному типі течія показники достовірно ($p < 0,05 - < 0,001$) вище. Порівняння даних показників визначення стабільних індивідуальних властивостей особистості показує, що при всіх кризах результати вище, ніж в міжкризовому періоді ($p < 0,05 - < 0,001$) при збереженні всіх виявлених закономірностей, спрямованості і відповідності клінічним даним. Це пояснюється відмінностями в характеристиках стану свідомості. При кризах на стадіях первинної симптоматики і стрессорної реакції у пацієнтів спостерігалися клінічні ознаки афективно звуженого стану свідомості. Ведучими виступали емоціональні порушення і зміни критики, супроводжувані порушенням сприйняття і ефектами «відстороненості» і «прикованості» до симптомів і переживань. За сукупності ознак, виявляється стан класифікований як афективно звужений з елементами деперсоналізації і дереалізації неспіхотического рівня. Спектр виявляється ознак достовірно вище при психосоматичному

типі ($p < 0,05$). Вероятно, вище показники визначення стабільних властивостей особистості при кризах ($p < 0,05 - < 0,001$) пояснюються властивостями афективно звуженого стану свідомості. При факторному аналізі даних психодіагностических досліджень виявлені факторні структури, включаючи в себе ознаки стрессорного стану свідомості, ознаки афективно звуженого стану свідомості. Це «психосоматичний варіант стрессорного реагування» з факторним навантаженням для ВСД – 23,781; ГБ – 25,125 і «соматопсихічний варіант стрессорного реагування» з факторним навантаженням для ВСД – 20,126; ГБ – 19,265, характеризуючі афективні порушення і стрессорне реагування при кризах.

В анамнезі до розвитку патології виявлена, сформована в дитинстві і юності, зменшена стійкість до психофізическим навантаженням. Їх виконання супроводжувалося від'ємними емоціональними переживаннями, болісними відчуттями з боку тіла і формувало реакцію ухилення (уникання) до відношення до навантаженням і загрози їх виникнення. Першим кризам передувало достатньо тривале стрессорне психофізическе напруження. Воно носило виражений фруструючий характер з інтенсивним емоціональним супроводженням. Фрустрація обумовлювалась відсутністю адекватних способів поведінки для їх розрешення або наявності поведінки, перешкоджаючої цьому; відсутністю здатності адаптації до існування фрустрації.

В анамнезі до захворювання виявлена особлива внутрішня модель визначених патологіческих порушень. Вона формувалася в значимих обставинах, актуальна в силу від'ємної емоціональної складової і страхом її розвитку. Непосередньо перед кризами відмічалася раптове вплив психофізических факторів, викликаючі гостру дестабілізацію психовегетативних механізмів адаптації. Ці фактори, класифіковувалися як пускові до відношення до патогенетических механізмів кризів. При факторному аналізі анамністических даних виявлені наступні факторні структури: «психосоматичний варіант доклініческої психовегетативної дисфункції» (факторні навантаження для ВСД – 29,156; ГБ – 28,629) і «соматопсихічний варіант доклініческої психовегетативної дисфункції» (факторні навантаження для ВСД – 23,461; ГБ – 21,816). Вони включають ознаки, характеризуючі спосіб поведінки особистості хворих в доклініческому періоді (рис. 1).

При факторному аналізі сукупних даних при кожній з патологій виявлені по 4 факторні структури, описуючі комплекси, названі як «психосоматичний спосіб поведінки» факторні навантаження для ВСД – 23,314; ГБ – 24,431, «соматопсихічний спосіб поведінки» факторні навантаження для ВСД – 18,416; ГБ – 20,128, «психосоматичний спосіб реагування» факторні навантаження для

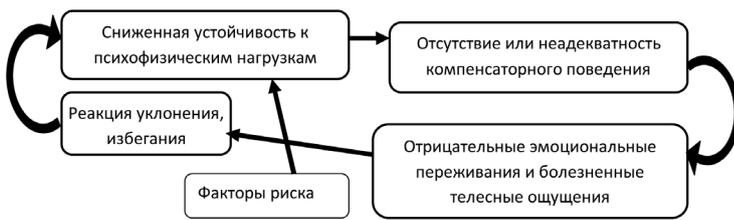


Рис. 1. Схема взаимодействия преморбидных психосоматических особенностей личности.

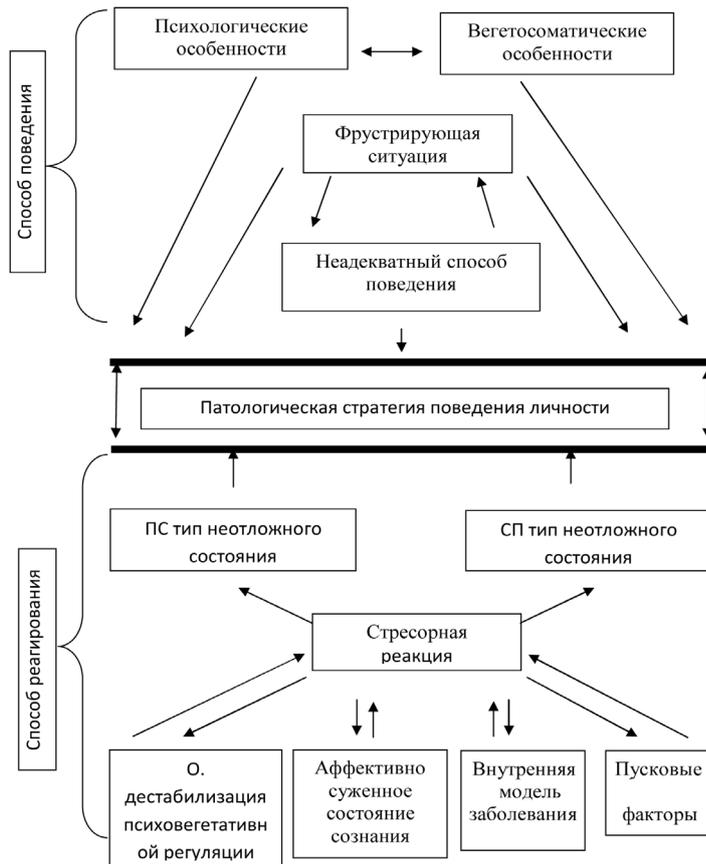


Рис. 2. Основные звенья и уровни психосоматической стратегии поведения личности.

ВСД – 23,214; ГБ – 22,523 и «соматопсихический способ реагирования» факторные нагрузки. факторные нагрузки для ВСД – 15,264; ГБ – 14,316. Основой их для развития являются, компенсированные или субкомпенсированные в доклиническом периоде, особенности личности. Они заключаются в отсутствии необходимых психических и (или) физических ресурсов для реализации успешного поведения в определенных жизненных условиях. В преморбидном периоде формируется отрицательное эмоциональное реагирование с избеганием или уклонением от данных ситуаций, что можно расценивать как способ поведения (рис. 2). Под влиянием информационного потока, этот способ поведения, в сочетании с неприятными ощущениями и переживаниями при данных нагрузках, получают

свое развитие в виде внутренней модели заболевания по принципу «потому что будет...». Модель достаточно актуальна и сопровождается выраженными, отрицательной направленности, эмоциональными переживаниями и выступает в качестве стрессорного фактора. Возникновение условий, требующих применения недостающих у личности ресурсов и отсутствие возможности уклонения, обуславливает их фрустрирующий характер с развитием острой или хронического стрессорного состояния. Воздействие пусковых факторов приводит к острой дестабилизации психовегетативных механизмов адаптации, переводя компенсированную или субкомпенсированную недостаточность той или иной сферы, в декомпенсированную. Явления декомпенсации проявляются в виде вегетативного и гипертонического кризов.

Динамика развития психовегетативной дисфункции от ранга психофизических особенностей до клинических нарушений позволяет утверждать о едином психосоматическом патологическом процессе, проходящем различные стадии формирования и своим функционированием обеспечивающим определенный уровень адаптации личности на базе имеющихся в ее распоряжении физических и психических ресурсов (рис. 3). На доклиническом этапе (компенсации) психофизических особенностей личности при помощи защитного способа поведения ограждается от декомпенсации существующей дисфункции. При невозможности избежать угрожающих воздействий (фрустрирующие ситуации) через стадию субкомпенсации наступает декомпенсация психовегетативной дисфункции с переходом на этап клинических проявлений – ВСД. Данный этап характеризуется формированием из

разрозненных звеньев единой системы патогенетических механизмов патологии в виде патологической стратегии поведения личности, состоящей из двух уровней: патологического способа поведения и патологического способа реагирования виде кризов. Сопряженные по эмоциональным переживаниям и значимости психофизические особенности; фрустрирующая ситуация и связанное с ней психофизическое напряжение; личностная модель заболевания; дестабилизирующие психовегетативные механизмы адаптации, пусковые факторы; острая стрессорная реакция и состояние нарушенного сознания, остро развивающиеся в результате несостоятельности реализуемого поведения, ассоциируются в единую систему патогенетических механизмов патологического способа реагирования.

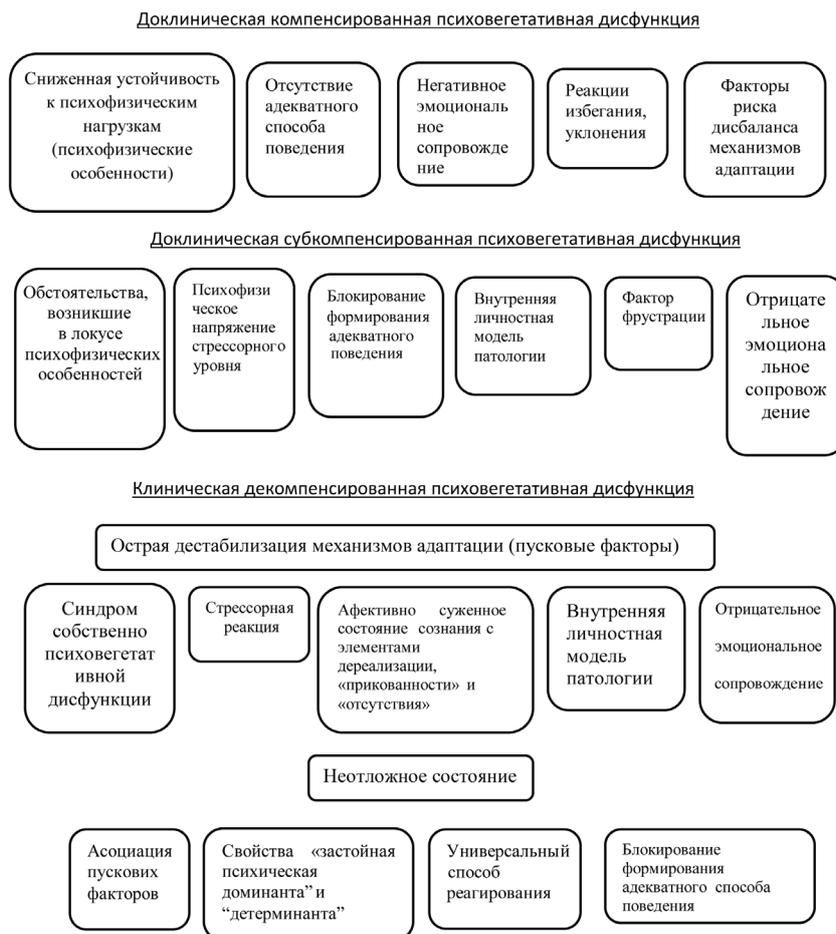


Рис. 3. Схема патогенетических звеньев и этапов становления модели патогенетических механизмов психосоматической патологии.

Патологическая стратегия поведения характеризуется свойствами функциональную систему [8, 9], при которой двухсторонняя связь обеих ее уровней обеспечивает дальнейшее ее развитие, устойчивость и универсальность. Она обладает рядом признаков, выводящих ее за рамки определения функциональной системы. Так выделенная «застойная психическая доминанта» и «детерминанта» (в отличие от «застойной доминирующей мотивации – детерминанты», которая приводит к смене доминирующего поведенческого акта на другую деятельность) сама замещает или трансформирует адекватные стратегии поведения в других видах деятельности. При дальнейшем использовании личностью данной стратегии нарастают степени и уровни декомпенсации адаптационных механизмов. Вегетативные кризы, как патологический

способ реагирования, становятся универсальным способом реагирования. Трансформация их в гипертонические кризы, свидетельствует о дальнейшем наращивании мощности патологического способа поведения. Итогом является декомпенсация патологического уровня адаптации, патологическая стратегия приобретает деструктивный характер с грубыми нарушениями механизмов регуляции. Стрессорная реакция; сопряженность и интенсивность, отрицательно направленных, эмоциональных переживаний; аффективно суженное состояние сознания являются механизмами, обеспечивающими ассоциацию ситуаций, состояний и др. факторов в момент кризов в единый механизм способа реагирования стратегии поведения.

Выводы. Начиная от преморбидных особенностей личности и включая психосоматическую патологию присутствует острая стрессорная реакция, сопряженность и отрицательная направленность эмоциональных переживаний. При клинически очерченной патологии к этим факторам присоединяются ощущение витальной угрозы и признаки аффективно суженного состояния сознания непсихотического уровня. Эти факторы, в силу своих свойств, обеспечивают консолидацию и фиксацию, отдельно существующих звеньев, в единую структуру патогенетических механизмов психосоматической патологии. Эта структура включает в себя способ реагирования (пароксизмальные проявления) и способ поведения с перманентными проявлениями, формирующие стратегию поведения личности. Она сходна с таковой функциональной системы, но, в отличие от последней обладает способностью к развитию и замещению собой адекватных стратегий поведения личности, а кризы становятся универсальным способом реагирования.

Перспективой дальнейших исследований является разработка системы психокоррекции в комплексной терапии и профилактике психосоматической патологии.

Литература

1. Бройтигам В. Психосоматическая медицина. / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. – СПб. : Питер, 2009. – 376 с.
2. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение / Под ред. А. М. Вейна. – М. : Медицинское информационное агентство, 2011. – 752 с.
3. Визель Т. Г. Основы нейропсихологии. / Т. Г. Визель. – М. : АСТ, 2009. – 384 с.
4. Долженко М. Н. Три названия одной болезни, или как лечить вегетативный криз? / М. Н. Долженко // Журнал «Артериальная гипертензия». – 2008. – № 1(1). – С. 43-51.
5. Практическая психодиагностика / Под ред. Д. Я. Райгородского. – Самара : Бахрах, 2007. – 672 с.

6. Загуровский В. М. Роль психо-вегетативного синдрома в реализации неотложных состояний / В. М. Загуровский // Неотложная медицинская помощь. Сборник статей Харьковской городской клинической больницы скорой неотложной медицинской помощи. – Харьков : «Основа». – 2001. – Вып. 4. – С. 175-177.
7. Загуровский В. М. Болезнь как острый или хронический стрессор / В. М. Загуровский, В. В. Никонов // Неотложная медицинская помощь. Сборник статей Харьковской городской клинической больницы скорой неотложной медицинской помощи. – Харьков : «Основа». – 2002. – Вып. 5. – С. 170-173.
8. Судаков К. В. Функциональные системы / К. В. Судаков. – М. : «Издательство РАМН», 2011. – 320 с.
9. Судаков К. В. Системная организация психической деятельности / К. В. Судаков // Психологический журнал. – 2013. – Т. 34, №5. – С. 72-81.

УДК 616-039.31:[616.89-06:616.1]-083.98:615.851

ФАКТОРИ КОНСОЛІДАЦІЇ СТРУКТУРИ СТРАТЕГІЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ ЯК ПСИХОСОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Загуровський В. М.

Резюме. Дослідження присвячене факторам, консолідуючим соматичні й психічні ланки у єдиний патогенетичний механізм перманентних і пароксизмальних проявів психосоматичної патології. Досліджено 302 хворих вегето-судинною дистонією, 298 – гіпертонічною хворобою I-□I ст. методами психодіагностичного, клініко-психопатологічного, інструментального досліджень і статистичної обробки даних. Клініка кризів складається з 2 синдромів: власне психо вегетативної дисфункції й стресорної реакції та представлена психосоматичним і соматопсихічним типами. В анамнезі хворих виявлені психологічні й вегетосоматичні особливості, що формують психосоматичний спосіб поведінки. Гостра дестабілізація психо вегетативної регуляції, що супроводжується стресорною реакцією й афективно звуженим станом свідомості формують психосоматичний спосіб реагування. Способи поведінки й реагування представляють рівні стратегії поведінки особистості. Фіксацію їх у єдиний патогенетичний механізм забезпечують гостра стресорна реакція, афективно звужений стан свідомості й спряженість негативних емоційних переживань.

Ключові слова: спосіб поведінки, спосіб реагування, психосоматика, психосоматичні особливості, стресорна реакція.

УДК 616-039.31:[616.89-06:616.1]-083.98:615.851

ФАКТОРЫ КОНСОЛИДАЦИИ СТРУКТУРЫ СТРАТЕГИИ ПОВЕДЕНИЯ ЛИЧНОСТИ В КАЧЕСТВЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Загуровский В. М.

Резюме. Исследование посвящено факторам, консолидирующим психические и соматические звенья в единый патогенетический механизм перманентных и пароксизмальных проявлений психосоматической патологии. Исследовано 302 больных вегето-сосудистой дистонией, 298 – гипертонической болезнью I-□I ст. методами психодиагностического, клинко-психопатологического, инструментального исследований и статистической обработки данных. Клиника кризов состоит из 2 синдромов: собственно психо вегетативной дисфункции и стрессорной реакции и представлена психосоматическим и соматопсихическим типами. В анамнезе больных обнаружены психологические и вегетосоматические особенности, формирующие психосоматический способ поведения. Острая дестабилизация психо вегетативной регуляции, сопровождающаяся стрессорной реакцией и афективно суженным состоянием сознания формируют психосоматический способ реагирования. Способы поведения и реагирования представляют уровни стратегии поведения личности. Фиксацию их в единый патогенетический механизм обеспечивают острая стрессорная реакция, афективно суженное состояние сознания и сопряжённость отрицательных эмоциональных переживаний.

Ключевые слова: способ поведения, способ реагирования, психосоматика, психосоматические особенности, стрессорная реакция.

UDC 616-039.31:[616.89-06:616.1]-083.98:615.851

The Factors of Consolidation of the Strategy Structure of the Person's Behavior as Psychosomatic Pathology

Zagurovskiy V. M.

Abstract. Despite the huge number of studies of mental and somatic units of psychosomatic disorders is still no concept of forming a single psychosomatic mechanism, the dynamics of its appearance, development and possible outcomes. It is very important to conduct a comprehensive treatment, primary and secondary prevention of violations. The present study focuses on the factors that consolidate these links into a single pathogenetic mechanism of disease, as in the formation of permanent and paroxysmal manifestations. The following methods were used during conducting the research: psychodiagnostic, clinical psychopathologic, instrumental studies and statistical data processing.

Among 302 patients with vascular dystonia, 298 of them with Hypertension of I-□I degree. Phenomenology and relationship of mental, autonomic and somatic components of paroxysmal and permanent displays, medical history were studied. The results were processed using the following methods: multivariate statistics – factor

analysis (principal components method); The evaluation of mathematical statistical samples; Fisher's criterion angular transformation.

The following 2 syndromes form the clinical picture of critical condition: psychovegetative dysfunction and stress response. The flows of pathology were set – psychosomatic and somatopsychic. Above mentioned flows(tendencies) have psychovegetative or vegetosomatic nature of paroxysmal and permanent manifestations. In the history of the disease there were detected: 1) psychological and vegetosomatic peculiarities, 2) reduced resistance to stress with psychophysical response evasion, avoidance, 3) negative emotional experiences and painful bodily sensations under load 4) the lack or inadequacy of compensatory behavior, 5) risk factors, 6) the internal model of the disease. Types of preclinical psychovegetative features correspond to psychosomatic and somatopsychic options of paroxysmal manifestations of analyzed pathology . Data of factor analysis allow to suggest about the formation, on the basis of pre-clinical features of the evolving pathological strategy in person's behavior , including a way to respond (paroxysmal manifestations) and mode of personality 's behavior (permanent manifestations). These units form psychosomatic way of behavior. The presence of frustrating circumstances in the locus of psychophysical characteristics with psychophysical tension of the stress level, the effect of triggering factors, the development of acute of psychovegetative regulation, accompanied with stress reaction and affectively narrowed state of consciousness form the psychosomatic way of respond. The types of behavior and response strategies are levels of individual behavior. Fixing them in a single pathogenetic mechanism provide the following components: acute stress reactions, narrowed affective state of consciousness and conjugation negative direction of emotional experiences . It passes 3 stages during its development: preclinical violations – multisystem – monosystem – organ pathology. The results of this study are important for understanding the pathogenesis of development, therapy, primary and secondary prevention of psychosomatic disorders, especially with the use of methods of psychological correction. A system of complex treatment and secondary prevention of paroxysmal and permanent manifestations of pathology were studied and developed on the base of the study.

Keywords: type of behavior, a way of response, psychosomatic medicine, psychosomatic features of stress reactions.

Рецензент – проф. Скрипніков А. М.

Стаття надійшла 27. 08. 2014 р.