

О.В. Потапов, И.Г. Ульянов

*Кафедра психиатрии ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Росздрава, Владивосток*

Эпидемиология нарушений и искажения внутренней картины болезни у пациентов с расстройствами адаптации макросоциального генеза

Представлены результаты исследования 569 пациентов с расстройствами адаптации макросоциального генеза. Данные нарушения диагностированы у 71,1% обследованных из выборки, включившей 800 человек из различных социально дезадаптированных групп населения (потерявшие работу шахтеры, командированные на полгода в Чечню милиционеры и мигранты). Приведены эпидемиологические, синдромальные характеристики и результаты изучения некоторых аспектов внутренней картины болезни: защитные механизмы, стратегии совладания, аггравационные и диссимулятивные тенденции в группах.

Ключевые слова: расстройства адаптации, безработные, мигранты, внутренняя картина болезни, защитные механизмы, копинг, аггравация, диссимуляция.

Контакты: Олег Владимирович Потапов olegh9@gmail.com

Для ссылки: Потапов ОВ, Ульянов ИГ. Эпидемиология нарушений и искажения внутренней картины болезни у пациентов с расстройствами адаптации макросоциального генеза. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2013;(3):24–7.

Epidemiology of disorders and distortion of the internal picture of disease in patients with macrosocial disadjustments

O.V. Potapov, I.G. Ulyanov

Department of Psychiatry, Pacific State Medical University, Ministry of Health of Russia, Vladivostok

The paper presents the results of an investigation of 569 patients with macrosocial disadjustments. The latter were diagnosed in 71.1% of the examinees from a sample of 800 people from different socially disadapted population groups (unemployed miners, police officers on 6-month business to Chechnya, and migrants). The epidemiological and syndrome characteristics and the results of examining some aspects of the internal picture of disease, such as protective mechanisms, coping strategies, and aggravational and dissimulative tendencies, are given.

Key words: disadjustments, unemployed, migrants, internal picture of disease, protective mechanisms, coping, aggravation, dissimulation.

Contact: Oleg Vladimirovich Potapov olegh9@gmail.com

For references: [Potapov OV, Ulyanov IG. Epidemiology of disorders and distortion of the internal picture of disease in patients with macrosocial disadjustments. *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2013;(3):24–7].

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2013-2335>

Методологические трудности квалификации и, как следствие, лечения невротических нарушений и расстройств адаптации, в частности, связаны с проблемой дихотомии нозология – синдром, наглядно представленной в качественных различиях МКБ 9-го и 10-го пересмотров. Остается дискуссионным вопрос, являются ли невроты нозоспецифичными или только симптомами, встречающимися при разнообразных психических и соматических заболеваниях. Другая сторона проблемы обусловлена трудностями квалификации расстройства адаптации. Являются ли данные нарушения болезненными реакциями, трансформирующимися в патологические состояния различных регистров (невротического, аддиктивного, психопатического либо психоорганического), или же нормальной реакцией здоровой личности на патологические воздействия окружающей среды?

Традиционная модель развития невротизма и расстройств адаптации основывается на внутриличностном конфликте, который порождает физические и психические симптомы. Вследствие этого возникают болезненные изменения биологического субстрата (нейронального, эндокринного, иммун-

ного), что наглядно демонстрирует современная биопсихосоциальная парадигма. Указанное обуславливает необходимость многомерного диагноза, отражающего как минимум следующие составляющие: 1) нозологическую сущность нарушения; 2) синдромологическую дифференциацию рассматриваемых расстройств; 3) особенности клинических проявлений болезни; 4) психологические характеристики пациентов; 5) особенности терапевтической ситуации и согласованность отношений врач – пациент (комплаентность) [1–3].

Расстройства адаптации макросоциального генеза (РАМГ) – это нарушения широкого регистра: от невротических реакций до реактивных психозов, возникающие под влиянием кризисных, экстремальных или чрезвычайных событий и ситуаций государственного масштаба (потеря работы и скудное существование, вынужденное переселение, миграция, война, терроризм) и определяющие специфичность медико-социальной превенции, коррекции и реабилитации [4–6]. Клиническая картина состояния людей, переживших воздействие и влияние макросоциального стресса, являлась общей для всех изучаемых групп, носила экст-

ранозологический характер вследствие многоуровневого поражения системы индивидум — среда. Это состояние можно определить как синдром (социальное патогенное «стечение признаков») динамического ответа на макросоциальные воздействия и влияния (в англоязычной литературе — stress response syndromes [7]).

Внутренняя картина болезни (ВКБ) представляет собой систему психического приспособления личности к заболеванию, в основе которой лежат значимость его для пациента и концептуализация им своих ощущений и переживаний в условиях взаимодействия осознаваемого и неосознаваемого уровней психики с учетом жизненной ситуации. ВКБ складывается из следующих уровней [8]: 1) чувственный; 2) эмоциональный; 3) когнитивный; 4) мотивационный. Помимо типа отношения к болезни, ВКБ включает в себя защитные и копинг-механизмы, особенности переработки стрессовых событий, эмоциональное реагирование на негативные события и переживание, тревожность, выраженность агрессии, аддиктивность и, наконец, общий уровень функционирования личности (в клинической картине прежде всего имеют значение ослабление «почвы» и дефицитарные состояния, включающие снижение критики и осознания себя и окружающего мира). Понимание этих составляющих в совокупности с другими факторами позволяет оптимизировать психотерапию у таких пациентов.

Цель исследования — изучение защитных и копинг-механизмов, аггравационных и диссимулятивных тенденций в качестве ведущих компонентов ВКБ в группах с РАМГ.

Пациенты и методы. На протяжении 1997–2013 гг. мы изучали группы шахтеров, потерявших работу ($n=300$; возраст $48,6 \pm 8,8$ года); милиционеров, командированных на 6 мес службу в Чечню ($n=400$; $29,5 \pm 6,7$ года); мигрантов ($n=100$; $43,7 \pm 11,8$ года). РАМГ диагностированы у 569 (71,1%) обследованных. Использовали следующие методы: клинко-эпидемиологический, клинко-психопатологический, экспериментально-психологический (включающий типологический, «ответ на стресс», экзистенциальный блок), статистический.

Результаты исследования их обсуждение. Клинико-эпидемиологические данные, представленные в таблице, отражают структуру психопатологии, интенсивно распределенной в группах обследованных (на 1 тыс. населения).

Структура нервно-психической заболеваемости в исследовании была представлена следующим образом. Неврозы (F40–42, F44, 45, 48) — 232 (29%) обследованных; прямые РАМГ (F43: социально-стрессовые расстройства — ССР и посттравматические стрессовые расстройства — ПТСР) — 211 (26,4%); психоорганические расстройства (F06.3–7) — 160 (20%); психосоматические расстройства (I10, K25, K26, K51, L20, J45, E05, M06) — 80 (10%); личностные расстройства (F60.0–8 и F62.0) — 69 (8,6%); зависимость (F10.1–3) — 46 (5,75%); психозы (F20 и F32) — 2 (0,25%).

Выраженность психопатологии (k_p) в группах составила: шахтеры — $k_{p1}=296,7$; мигранты — $k_{p3}=265,0$; милиционеры — $k_{p2}=211,0$; $Mk_p \pm SD=257,6 \pm 43,3$ ($p>0,01$).

Выраженность невротичности (k_n) в группах ($n=800$ — 100%) составила: мигранты — $k_{n3}=193$; милиционеры — $k_{n2}=161$; шахтеры — $k_{n1}=102,3$; $Mk_n \pm SD=152,1 \pm 46,0$ ($p>0,01$).

Изолированная оценка тяжести РАМГ (k_a ; $n=569$ — 100%) с учетом стадии процесса: мигранты — $k_{a3}=238,3$; шахтеры — $k_{a1}=219,3$; милиционеры — $k_{a2}=185,1$; $Mk_a \pm SD=214,2 \pm 26,9$ ($p>0,01$).

Преобладающими межгрупповыми синдромами являлись: астенический (33,4%), тревожно-депрессивный (16,3%), панический (14,5%), дисфорический (11,5%), аддиктивный (9,3%), отрицающий (истероформный, 8,6%), соматоформный (6,6%). В качестве ведущих синдромов диагностированы: у шахтеров — тревожно-депрессивный (32,5%), панический (24,8%), астенический (13,7%); у милиционеров — астенический (46,7%), дисфорический (13,6%), истероформный (9,6%); у мигрантов — тревожно-депрессивный (22,2%), панический (20,4%), истероформный (14,8%), соматоформный (13,0%).

Диагностированы следующие **защитные механизмы**.

У шахтеров: отрицание, вытеснение, нетерапевтическое отреагирование, рационализация, уход в болезнь, проекция, ретрофлексия. В качестве ведущей защитной стратегии по К. Хорни [9] диагностировано избегание, «уход от людей».

У милиционеров: вытеснение, рационализация, реактивные образования. Ведущая тенденция по К. Хорни — «против людей».

У мигрантов: отрицание, вытеснение, нетерапевтическое отреагирование, проекция, ретрофлексия. По К. Хорни выявлены стремление и потребность «к людям» (moving toward people).

Межгрупповые показатели заболеваемости ($n=800$)

Расстройства	Шахтеры		Милиционеры		Мигранты	
	абс.	на 1 тыс.	абс.	на 1 тыс.	абс.	на 1 тыс.
Органические	103	128,75	44	55	13	16,25
Личностные	57	71,25	8	10	4	5
Невротические	83	103,75	149	186,25	0	0
РАМГ: ССР и ПТСР	34	42,5	123	153,75	54	67,5
Психосоматические	23	28,75	32	40	25	31,25
Зависимость	0	0	44	55	2	2,5
Психозы (шизофренический и БАР)	0	0	0	0	2	2,5
Всего	300	375	400	500	100	125

Примечание. БАР — биополярное аффективное расстройство.

Копинг-стратегии по методике Э. Хайм (1988) [10] выбраны в связи с тем, что они позволяют различить когнитивные (C — cognition), эмоциональные (A — affect) и поведенческие (B — behavior) аспекты совладания и отражают ведущую составляющую жизненных и терапевтических изменений — осознание. Обобщенное распределение адаптивного копинга по сферам САВ было следующим:

- когнитивная сфера: мигранты — 17%; милиционеры — 45%; шахтеры — 48,7%;
- эмоциональная сфера: шахтеры — 24,7%; мигранты — 36%; милиционеры — 55%;
- поведенческая сфера: шахтеры — 22,7%; мигранты — 43%; милиционеры — 67,5%.

Распределение *дезадаптивного копинга* по сферам:

- когнитивная сфера: мигранты — 59%; милиционеры — 30%; шахтеры — 24%. Наиболее часто встречались: игнорирование, смирение, растерянность, диссимуляция;
- эмоциональная сфера: шахтеры — 68,3%; мигранты — 50%; милиционеры — 20%. Наиболее частые стратегии — агрессивность, подавление эмоций, покорность, самообвинение;
- поведенческая сфера: шахтеры — 30%; мигранты — 26%; милиционеры — 2,5%. Распространены стратегии ухода — активное избегание, отступление.

Соотношение адаптивного и дезадаптивного копингов рассчитывали по формуле: $CAV_a\text{-индекс адаптивности} = C+A+B \text{ (адаптивные)} / 3$. $CAV_d\text{-индекс дезадаптивности} = C+A+B \text{ (дезадаптивные)} / 3$. Разница $CAV\text{-индексов} (\Delta) = CAV_a - CAV_d$. На основании показателей разницы $CAV\text{-индексов} (\Delta)$ получены обобщающие значения, которые позволяют наглядно судить о внутригрупповой тенденции совладания и проводить сравнительный анализ групп. Это соотношение было представлено следующим образом: наибольшая дезадаптация наблюдалась у мигрантов ($\Delta=13$), далее идут шахтеры ($\Delta=-8,8$), милиционеры ($\Delta=+38,3$) оказались единственной группой, в которой общий копинг был конструктивен.

В группах обследованных наблюдались отчетливые аггравационные и диссимулятивные тенденции, прямо пропорциональные психопатологическим нарушениям (прежде всего психоорганическим и зависимостям, зачастую ассоциированным и ведущим к выраженной психосоциальной дезадаптации) и отраженные в дезадаптивном копинге и переработке ВКБ интра- и интерпсихической направленности.

Так, в группе безработных шахтеров преувеличение физических симптомов по психологическим причинам (аггравация) диагностировано в 5,3% случаев ($n=16$; интенсивный межгрупповой показатель — 2%). 24,3% пациентов этой группы предъявляли повышенные диагностические и лечебные требования к профпатологам, претендуя на установление профессионального диагноза или его утяжеление ($n=73$; интенсивный межгрупповой показатель — 9,1%). Реактивные (вторичные) рентные установки по отношению к государственным, социальным и лечебным организациям на начальных этапах психотерапии выявлены у 81% обследованных ($n=243$; интенсивный межгрупповой показатель — 30,4%). Во ВКБ по В.А. Ташлыкову [8] преобладал депрессивный соматоцентрированный тип, при этом ведущим механизмом защиты являлся уход в болезнь.

В группе милиционеров, напротив, превалировала диссимуляция различной степени выраженности, выявлен-

ная у 80 обследованных (20%; интенсивный межгрупповой показатель — 10%). Ведущая групповая мотивация — не только продолжение службы, но и зачастую ориентация на повторное командирование — объясняет эти высокие показатели. При этом данная мотивация преимущественно активная и адаптивная, и только в группе милиционеров диагностирован продуктивный копинг с высокой поведенческой адаптивностью (67,5%), высокой социальной активностью и вынужденной конформностью. Последнее в сочетании с высокой агрессивностью в этой группе (96,5%) само по себе может являться конфликтным состоянием, требующим разрешения или разрядки; в целом в группе наблюдалась компенсаторная гиперактивность.

В группе мигрантов особенность ситуации дотационного (пенсионного) обеспечения заключалась в том, что при крайне высоком уровне (практически вся выборка, или 97%) психосоматических (87%) и профессиональных (10%) нарушений выплаты либо уже были назначены и сделаны (пережившие землетрясение в Нефтегорске и шахтеры, получившие компенсацию при закрытии шахт) — 29%, либо «фундально» невозможны из-за миграционного статуса, влекущего за собой многочисленные гражданские, связанные с документами и другие трудности (большинство обследованных, или 71%). Отсутствие рентной мотивации тем не менее не снижало в этой группе аггравационные проявления, которые тесно связаны с высокой представленностью демонстративных, тревожных, зависимых и конверсионных черт характера и клинической картины ($n=18$; интенсивный межгрупповой показатель — 2,3%), преобладанием оральной психосоциальной ориентации по Э. Фромму (33% обследованных). Клинические данные коррелировали с выраженными нарушениями когнитивного копинга (дезадаптивный — 59%), который отражал низкий уровень осознания ситуации, конфликтов и ресурсов в группе, в меньшей степени — эмоционального (дезадаптивный — 50%) и поведенческого (26%). Клиническая картина в этой группе была наиболее сложной и отягощенной многочисленными неблагоприятными факторами макро- и микросоциальной среды, что несомненно способствует фиксации и углублению психосоматических нарушений; эти факторы, входя в резонанс с дезадаптивными вариантами копинга, в соответствии с одним из типов переработки стресса [5], формируют рентные установки (аномический тип), социальную агрессию и сутяжничество (агрессивный тип), социальный негативизм (пассивное отвержение, недоверие), который зачастую относится и к медико-социальным мероприятиям, включая noncompliance, обращающий человека к «альтернативным реальностям» (магифренический тип).

В целом конструктивный копинг наблюдался только в группе сотрудников правоохранительных органов, в группах безработных и мигрантов преобладали дезадаптивные механизмы совладания. Эти показатели коррелировали с искажениями ВКБ: в группах шахтеров и мигрантов прослеживались аггравационные тенденции (5,3 и 37% соответственно), в группе милиционеров — диссимулятивные (20%). Полученные результаты обосновывают психотерапевтическую стратегию у обследованных. Базисным подходом во всех трех группах явилось насыщение базисных эмоциональных потребностей через использование имажинативных ресурсных техник. Терапия

включала в себя как минимум следующие аспекты. Шахтеры: ресурс, отреагирование агрессии, обиды, вины, проработка и преодоление социального негативизма, экзистенциальные темы. Милиционеры: ресурс, экспрессивные техники отработки агрессии, анализ внутренних конфликтов и формирование позитивных образов мира и «я». Мигранты: акцент на ресурсе, преодоление ретрофлексии и нереальных идеалистических ожиданий, тренинг асер-

тивности, семейная и социотерапия, работа с психотравмирующими событиями, переживаниями.

Заключение. Таким образом, указанные результаты являются частью общей клинико-антропологической картины, которая позволяет формировать производные психотерапевтические параметры и мишени, имеющие значение на всем протяжении курса коррекции и во многом определяющие течение посттерапевтических изменений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карвасарский БД. Невротические и невротоподобные расстройства: опыт мультидисциплинарного исследования в клинических и терапевтических целях. Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии. Под ред. Незнанова НГ и Карвасарского БД. Санкт-Петербург: НИПНИ им. В.М. Бехтерева; 2011. С. 6–9. [Karvasarskiy BD. Nevroticheskie i nevrotopodobnye rasstroystva: opyt mul'tidistsiplinarnogo issledovaniya v klinicheskikh i terapevticheskikh tselyakh. Nevrozy v sovremennom mire. Novye kontseptsii i podkhody k terapii. Pod red. Neznanova NG i Karvasarskogo BD. St.-Petersburg: NIPNI im. V.M. Bekhtereva; 2011. P. 6–9.]
2. Назыров РК. О клинической психотерапии неврозов. Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии. Санкт-Петербург, 2011. С. 134–8. [Nazyrov RK. O klinicheskoy psikhoterapii nevrozov. Nevrozy v sovremennom mire. Novye kontseptsii i podkhody k terapii. St.-Petersburg, 2011. P. 134–8.]
3. Prochaska JO, Norcross JC. Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis. 7th ed. Belmont, CA: Brooks/Cole; 2010.
4. Александровский ЮА. Глазами психиатра. 5-е изд. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2009. 408 с. [Aleksandrovskiy YuA. Glazami psikhiatra. 5-e izd. Moscow: GEOTAR-Media; 2009. 408 p.]
5. Дмитриева ТБ, Положий БС. Руководство по социальной психиатрии. Москва: Медицинское информационное агентство; 2009. 543 с. [Dmitrieva TB, Polozhiy BS. Rukovodstvo po sotsial'noy psikhiiatrii. Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo; 2009. 543 p.]
6. Семке ВЯ, Гуткевич ЕВ, Иванова СА. Психосоциальные и биологические факторы психической дезадаптации (на модели невротических расстройств). Томск, 2008. 204 р. [Semke VYa, Gutkevich EV, Ivanova SA. Psikhosotsial'nye i biologicheskie faktory psikhicheskoy dezadaptatsii (na modeli nevroticheskikh rasstroystv). Tomsk, 2008. 204 p.]
7. Horowitz MJ. Stress response syndromes and their treatment. In: Goldberger L, Breznitz S. Handbook of stress. N.Y.: Free Press; 1982.
8. Ташлыков ВА. Внутренняя картина болезни (ВКБ) при неврозах и ее значение для терапии и прогноза. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Ленинград, 1987. 50 с. [Tashlykov VA. Vnutrennyaya kartina bolezni (VKB) pri nevrozakh i ee znachenie dlya terapii i prognoza. Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. Leningrad, 1987. 50 p.]
9. Horney K. Our Inner Conflicts. N.Y.: Norton; 1944. (Хорни К. Наши внутренние конфликты. Москва, 2003). [Horney K. Our Inner Conflicts. N.Y.: Norton; 1944. (Khorni K. Nashi vnutrennie konflikty. Moskva, 2003).]
10. Карвасарский БД, Абабков ВА, Васильева АВ. Исследование копинг-поведения по методике Е. Heim. Методическое пособие. Санкт-Петербург: Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева; 1995. 22 с. [Karvasarskiy BD, Ababkov VA, Vasil'eva AV. Issledovanie koping-povedeniya po metodike E. Heim. Metodicheskoe posobie. St.-Petersburg: Nauchno-issledovatel'skiy psikhonevrologicheskii institut im. V.M. Bekhtereva; 1995. 22 p.]