

19. Исаев Д.Н., Каган В.Е. Половое воспитание детей. Л., 1988.

20. Spense J.T., Helmrich R. Androgyny vs gender schema: A comment on Bem's gender schema theory // Psychol. Rev. 1981. Vol. 88.

К.Г. Языков*, Е.В. Немеров**, А.В. Данилец***

ЛИЧНОСТНЫЕ ДИСПОЗИЦИИ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ

*Томский государственный педагогический университет

**Сибирский государственный медицинский университет

***Научно-исследовательский институт психического здоровья ТНЦ СО РАМН

Исследования психогенно-индуцированной бронхиальной астмы (ПИБА), мультифакториального заболевания сосредоточиваются на таких принципиальных направлениях, как выявление соотношения психогенных и конституциональных факторов: собственно психогении, соматизации, границ диагностических категорий и критериев разделения ПИБА с другими формами бронхиальной астмы (БА).

Неопределенность статуса ПИБА в систематике форм бронхиальной астмы связана с тем, что ее клинический феномен тесно переплетен с психологическим. Во многом ПИБА выступает как генерализованная патологическая реакция личности, включающая различные психические процессы: эмоции, восприятие и мышление. ПИБА выступает как «дыхательная» форма реагирования человека как психобиосоциальной целостности.

Согласно точке зрения Е. Райзмана [1], можно определить ПИБА как психический феномен, проявляющийся в телесной сфере. Отмечается, что переживание телесности (в данном случае затруднение дыхания) является, по всей видимости, неотъемлемой частью самосознания и, соответственно, любого его проявления, в том числе и клинического феномена.

Связанная с психологическими особенностями личности пациента ПИБА отличается по эффективности воздействия традиционных методов лечения бронхиальной астмы, таких как гормональная терапия, что предполагает иную врачебную тактику выздоровления. Так, в зависимости от связанного с бронхиальной астмой психопатологического расстройства применяют транквилизаторы, антидепрессанты, психотерапевтические практики.

Это связано с тем, что психопатологическая характеристика больных БА указывает на присутствие значительного числа аффективных расстройств в виде депрессии невротического уровня, чаще как субдепрессии, скрытой депрессии, средневыраженной депрессии у акцентуированных личностей, или депрессивных расстройств при неврозах [2].

Цель исследования – выявление свойств личности пациентов, страдающих психогенно-индуциро-

ванной бронхиальной астмой, как наименее изученной формы психической адаптации, связанной с особенностью выражения психологических факторов в телесной сфере.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 131 больной бронхиальной астмой, диагноз которым был поставлен согласно общепринятым критериям, разработанным в рамках международного консенсуса «Глобальная инициатива астмы» [3]. Все пациенты были распределены в три группы.

Основную, *первую группу* (n = 54), условно названную БА (психогенно-индуцированная, **ПИБА**), составили лица, у которых ведущий элемент болезни, первый приступ удушья развился после перенесенного эмоционального стресса, психотравмирующего жизненного события (согласно опроснику жизненных событий [4]). Дальнейшее резкое ухудшение течения болезни было связано с психологическими проблемами негативного характера.

Во *вторую, контрольную группу* больных с БА (непсихогенной, **БАНп**) вошли лица (n = 19) с «классической» БА, преимущественно атопической формой заболевания, у которых в начале болезни наблюдались различные проявления атопии (риниты, конъюнктивиты, кожные высыпания). К обострению болезни приводили чаще аллергии, вирусные инфекции, физические факторы (холодовые, колебания метеоусловий), а не психологические факторы.

Третья группа (вторая контрольная, n = 58) (БА соматизированная, психогенная, **БАСп**) состояла из больных, обычное течение заболевания у которых изменилось после психологического стресса, и в дальнейшем приступы астмы стали чаще возникать после психотравмирующих жизненных ситуаций.

В процессе обследования использовались методики: Миннесотский многофазный личностный опросник (ММРП), адаптированный Ф.Б. Березиным; 16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла (методика «16-ФЛО-105-С») [5].

Результаты исследования. В порядке следования представлены (табл. 1) значения шкал, определенные факторно-аналитическим методом Кеттелла

Таблица 1

Характеристики шкал личностного опросника Кеттелла 16 PF

Шкала опросника	Mean ± SD			F-критерий, (p)
	Формы БА			
	психогенные	атопическая		Все группы
ПИБА (1)	БАСП (2)	БАНп (3)		
A	5.3±2.2	5.0±2.0	6.1±2.6	5.3±2.2
B	4.1±2.4	4.7±2.3	5.4±1.9	4.6±2.3 p(1,2)=0.04
C	4.8±2.2	5.5±1.9	4.2±2.0	5.1±2.1 F=3.4 (p=0.04) p(2,3)=0.02
E	4.5±2.1	5.3±2.2	5.0±1.7	4.9±2.1 p(1,3)=0.04
F	4.8±1.8	5.0±2.2	4.8±2.1	4.9±2.0
G	6.5±2.1	6.5±2.2	7.1±2.3	6.5±2.2
H	4.9±2.3	5.6±1.9	5.1±2.5	5.2±2.2
I	5.3±2.1	4.2±1.9	6.2±2.1	5.0±2.1 F=8.3 (p=0.0004) p(1,3)=0.005 p(3,2)=0.0002
J	5.7±2.4	6.3±2.5	6.4±2.1	6.1±2.4
M	4.0±2.1	4.7±2.2	5.0±2.7	4.5±2.3
N	5.9±2.1	6.0±1.8	7.0±2.0	6.1±2.0 p(1,2)=0.05
O	6.7±2.3	5.6±2.4	6.4±2.0	6.2±2.3 p(1,3)=0.02
Q1	5.1±7.2	4.4±2.2	4.4±2.2	4.7±4.9
Q2	5.4±2.0	5.4±2.2	5.3±2.3	5.4±2.1
Q3	5.9±2.2	6.8±6.4	6.5±1.6	2.1±1.2 p(1,3)=0.04
Q4	5.8±1.7	5.0±1.9	5.5±2.4	5.4±1.9 p(1,3)=0.03
Объем выборки	54	58	19	131

(опросник 16PF), и межгрупповые различия их значений. Отметим, что в группе лиц с ПИБА определяются достоверно более низкие показатели интеллектуального развития (шкала «B») в сравнении с группой больных атопической формой БА (табл. 1). Для лиц этой группы характерна низкая эмоциональная устойчивость (шкала «C»), склонность к подчинению в интерперсональных отношениях (шкала «E»).

Шкала «I», определяющая эмоциональную зрелость, показывает существенно низкие значения ($p < 0.01$) у лиц как с атопической формой БАНп так и с ПИБА. Пациенты с ПИБА имеют низкий самоконтроль, недостаточную степень интеграции поведения (низкие значения «Q3»), напротив, высокий уровень шкалы отмечен у лиц с атопической БА. При психогенной форме ПИБА наблюдается также более высокая фрустрационная тревожность, напряженность больных (высокие значения шкалы «Q4»), чем при другой по генезу психогенной форме БАСП.

С помощью Миннесотского многофазного личностного опросника (ММРП) (табл. 2) выявлены высокие значения показателей 1-й шкалы ($> 70 T$), отражающих тенденции зажатости, сверхконтроля, избыточного внимания к отклонениям функционирования организма, т.е. присутствие ипохондрического радикала у лиц с непсихогенной, атопической и психогенно-индуцированной формами БА (БАНп и ПИБА). Между собой психогенные формы БА (ПИБА и БАСП) по показателям данной шкалы не отличались.

3-я шкала – шкала «эмоциональной лабильности» отражает тенденцию к повышенной чувствительности к средовым воздействиям, неустойчивости эмоционального состояния у лиц с БАНп. Это, по-видимому, связано с ожиданием очередного приступа удушья и страхом перед ситуацией.

Относительно высокие показатели шкалы 6 – «ригидности» ($> 70 T$) у больных БАНп и ПИБА отражают гиперстенический тип реагирования, с «застреванием» на аффективных негативных пере-

Характеристики шкал личностного опросника ММРІ

Шкала опросника	Mean \pm SD			F-критерий, (p)
	Формы БА			
	психогенные	атопическая		Все группы
ПИБА (1)	БАСП (2)	БАНп (3)		
L	45.8 \pm 11.2	46.9 \pm 10.0	44.2 \pm 7.7	46.0 \pm 10.1
F	75.7 \pm 18.1	73.3 \pm 15.5	70.7 \pm 24.4	73.9 \pm 18.0
K	49.4 \pm 11.3	48.6 \pm 11.6	47.6 \pm 10.8	48.8 \pm 11.3
1	74.2 \pm 13.8	68.9 \pm 14.8	77.1\pm17.5	72.3 \pm 15.0 F=5.2 (p=0.007) p(1,2)=0.02 p(2,3)=0.008
2	63.8 \pm 11.9	55.3 \pm 12.8	64.7\pm10.5	60.2 \pm 12.8 F=11.1 (p=0.00003) p(1,2)=0.00006 p(2,3)=0.0008
3	64.8 \pm 12.8	61.0 \pm 12.9	68.1\pm10.9	63.6 \pm 12.8 p(3,2)=0.02
4	62.9 \pm 11.6	61.4 \pm 11.6	62.6 \pm 9.7	62.2 \pm 11.3
5	54.7 \pm 11.1	49.3 \pm 12.6	55.2 \pm 10.7	52.4 \pm 11.9
6	67.7 \pm 15.0	63.8 \pm 13.1	72.9\pm15.7	66.7 \pm 14.5 F=3.9 (p=0.02) p(3,2)=0.01
7	72.2\pm13.4	64.8 \pm 14.1	71.8 \pm 10.3	68.8 \pm 13.7 F=5.4 (p=0.006) p(1,3)=0.003 p(2,3)=0.03
8	76.0\pm17.1	70.5 \pm 14.3	75.7 \pm 18.8	73.5 \pm 16.3 p(1,2)=0.04
9	62.1 \pm 11.2	64.9 \pm 11.6	61.0 \pm 14.0	63.2 \pm 11.8
0	56.4 \pm 11.0	53.6 \pm 10.3	52.3 \pm 12.1	54.5 \pm 10.9
Объем выборки	54	58	19	131

живаниях. Генез этих переживаний различен. У лиц с формой ПИБА это переживания преимущественно ипохондрического свойства.

У всех лиц с БА отмечаются очень высокие показатели 7-й шкалы тревожности (наибольшие при ПИБА). Это, как отмечает Л.Н. Собчик [6], ситуация выраженной психастенической акцентуации, тормозимых черт. Повышенная конституционально обусловленная тревожность больных, мнительность еще раз указывает на ипохондрические черты их личности. Это личность с ананкастными, тревожно-мнительными чертами.

Высокий уровень (более 70 T) отмечен для показателей 8-й шкалы. Это черта независимости и нестандартности, непредсказуемости поступков, отрыв от реальности.

Анализ усредненных профилей позволил выявить целостный образ личности больного той или иной формой БА. Его интерпретация в структуре подъема (> 70 T) 1-й шкалы указывает на *психосоматическую предрасположенность* ПИБА в рамках разви-

тия *ипохондрической личности* и соматопсихическую при БАНп. Высокий уровень тревожности (7-я шкала) в сочетании с высокими показателями 1-й шкалы показывает механизм защиты личности – усиление невротического самоконтроля и соматизация тревоги.

Выходящий за пределы нормы ряд шкал ММРІ (F, 1, 6–8) отражают ряд разнонаправленных тенденций, т.е. смешанный тип реагирования, характерный для психосоматического варианта дезадаптации с напряженностью защитных механизмов [6].

Атопическая форма БА. Лица, страдающие непсихогенной формой заболевания БАНп, характеризуются неврастеническим вариантом дезадаптации (в записи Hathaway код 1867'3249-). Одновременный подъем значений шкалы 6 со значениями других шкал усиливает риск агрессивных тенденций, снижение социальной адаптации.

Психогенные формы БА. Для ПИБА (код 178'6329-) более характерен астеноипохондрический синдром с заострением тревожно-мнительных,

сензитивных черт личности с усилением невротического самоконтроля. Базовая психологическая личностная черта этих лиц – тревожность, трансформирующаяся в более определенное соматическое состояние.

Лица с БАСП (код 8'1796-) характеризуются сосредоточенностью на своеобразных соматических жалобах без эмоциональной захваченности, «привычностью» к хроническому недугу.

Для решения вопроса о связанности шкал в личностной диспозиции и снижении размерности использовался метод главных компонент (ГК). Первые три ГК описывают 40.5 % из 57.2 % дисперсии исходных данных, определяемых шестью ГК (табл. 3). Можно считать, что полученный результат в большей степени относится к группе пациентов с психогенной формой (ПИБА и БАСП), поскольку они составляют 85.5 % от общего числа выборки.

Комплексу 1, 2, 3-й шкал, связанному с 1-й ГК, объясняющему около 21 % дисперсии, соответствует механизм защиты по типу «бегства в болезнь» (болезнь мнимая, как при ПИБА, БАСП, или явная – БАНп). Наличие такого типа защиты свидетельствует об эмоциональной незрелости в структуре переживаний невротической личности. Ригидный стиль данного механизма снижает уровень тревоги, но оставляет выраженную напряженность. Картина состояния близка к тревожно-депрессивному с ипохондрическими включениями. Это подтверждается второй ГК (20.5 % дисперсии), в которую включены шкалы 16PF «О» (интропунитивности (самообвинения) и страха) и «Q4» (напряженности, тревожности, фрустрированности). Видно, что шкалы разных опросников входят в разные факторы и не смешиваются. Это означает, что за-

трагиваются разные свойства личности, причем опросник 16PF объясняет в три раза большую изменчивость (2-й и 3-й факторы).

В оценке результатов, полученных методом ГК с помощью дисперсионного анализа, выявлены достоверные различия по первому фактору (условный тревожно-депрессивный, ипохондрический тип) отдельно между группами ПИБА и БАНп (высокие значения) и БАСП (низкие) ($p < 0.05$) и по второму фактору (интропунитивность, фрустрированность) между психогенными формами БА (более высокие значения при ПИБА; $p < 0.05$).

Дискриминантный анализ результатов психологического тестирования с помощью опросников ММРІ и 16PF проводился с использованием дополнительного алгоритма последовательного уменьшения группы шкал. Были получены дискриминантные функции, обеспечивающие 70 % правильной классификации (табл. 4). В разделяющие переменные вошли:

1. Шкалы-факторы опросника Кеттелла:
 - В – низкий/высокий интеллект (интеллектуальное развитие);
 - I – харрия-тректия (эмоциональная зрелость);
 - М – праксерния-аутия (аутичность);
 - О – интропунитивность (спокойная адекватность-чувство вины).
2. Шкалы ММРІ:
 - 2 (D) – депрессия (пессимистичность);
 - 5 (Mf) – мужественность/женственность;
 - 6 (Pa) – параноя (ригидность);
 - 9 (Ma) – гипомания (оптимистичность);
 - 0 (Si) – социальная интроверсия.

Наиболее высокие проценты правильной классификации согласно полученным дискриминантным функциям (шкалы психометрических личностных опросников ММРІ, 16PF; табл. 5, 6) были получены для групп с психогенной и атопической

Таблица 3

Анализ главных компонент (вращение «варимакс» стандартизованный)

Шкала	Фактор		
	1	2	3
A			0.67
F			0.69
O		0.69	
Q2			-0.68
Q4		0.77	
1	0.81		
2	0.73		
3	0.81		
7	0.69		
8	0.76		
% объясненной дисперсии	20.5	10.6	9.4
40.5 % (3 фактора) из 57.2 % 6 выделенных факторов			

Примечание. Оставлены только те признаки-шкалы, которые имеют нагрузку на ГК выше 0.7.

Таблица 4

Разделяющие переменные при дискриминантном анализе (пошаговый назад)

Шкала	Wilks' λ	F-крит.	P-уровень
B	0.647	2.620	0.077
I	0.673	5.159	0.007
M	0.655	3.389	0.037
O	0.651	2.973	0.055
2	0.649	2.821	0.063
5	0.651	2.946	0.056
6	0.660	3.811	0.025
9	0.658	3.625	0.030
0	0.655	3.350	0.038

Примечание. Wilks' Lambda: 0.620; критерий Фишера: $F(18,240) = 3.60$ ($p < 0.0001$).

формами БА (табл. 7). Это свидетельствует о том, что выбранные опросники успешно (почти в 76 случаях из 100) дискриминируют противоположные по генезу клинические группы. На рисунке (см. ниже) показано, как расположены объекты согласно значениям в пространстве дискриминантных функций. Видно, что психогенные формы успешно разделяются по первой функции (значения центроидов отрицательны), а ПИБА (отрицательные центроиды) и атопическая форма БАНп (поло-

Таблица 5

Коэффициенты классифицирующих функций

Шкала	Функция	
	1	2
В	0.062	0.266
I	-0.256	0.115
М	0.165	0.175
О	-0.172	-0.166
2	-0.037	-0.015
5	-0.033	-0.014
6	-0.029	0.046
9	0.046	-0.010
0	0.048	-0.030
Постоянная	1.694	-0.774

Таблица 6

Расстояния между группами больных с различной формой БА

Форма БА	Функция	
	1	2
ПИБА		
БАНп	1.69 (p<0.1)	
БАСП	4.66 (p<0.01)	4.23 (p<0.01)

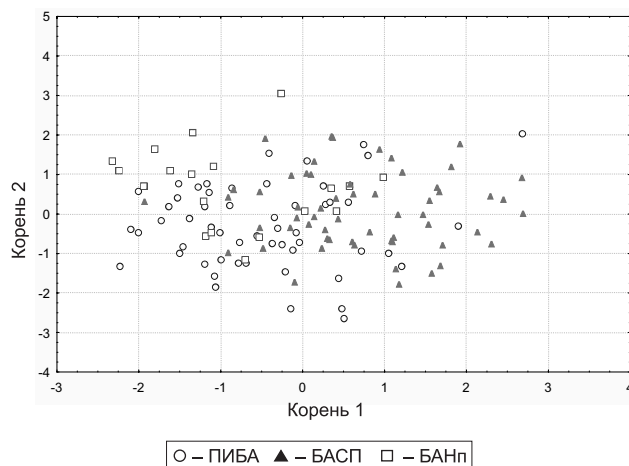
Примечание. Первая цифра – значение F-критерия; вторая – уровень значимости различий.

Таблица 7

Процент правильной классификации групп больных с различной формой БА по дискриминантным функциям психометрических шкал личностных опросников

Форма БА	%	1	2	3
ПИБА	75.93	41	1	12
БАНп	42.11	6	8	5
БАСП	75.86	13	1	44
Общее	70.99	60	10	61

жительные центроиды) по второй функции. Для лиц, страдающих ПИБА, согласно коэффициентам функций, это означает: высокие значения 2-й шкалы (депрессивность, пессимистичность), 5-й шкалы (мужественность-женственность) и 6-й (ригидность) и низкие – 9-й (оптимистичность), 10-й шкалы (социальная интроверсия), а также высокие значения шкалы «I» (эмоциональная зрелость) и «O» (интропунитивность).



Распределение объектов в плоскости дискриминантных функций

Обсуждение. Результаты статистического анализа позволяют говорить о специфичности личностных черт группы лиц с психосоматическим заболеванием – психогенно-индуцированной бронхиальной астмой. Уточнение исследовательской позиции обусловило выбор разнообразных методов анализа, что позволило точнее определить специфику формы ПИБА.

Личность больного ПИБА обладает характерными свойствами, в которых основным является присутствие ипохондрического тревожно-мнительного, депрессивного радикала. Ведущая психологическая черта этих личностей – это неопределенная тревожность, трансформирующаяся в более определенное соматическое состояние. Наличие ипохондрического радикала уже в ранних работах представителей кортико-висцерального направления считалось обусловленным «дезорганизованной информацией из внутренней среды – назойливыми и навязчивыми интероцептивными ощущениями, прорвавшимися в сферу сознания» [7]. Считалось, что ипохондрическая личность – это человек, у которого патологическая импульсация со стороны внутренних органов создает стойкое преобладание, неугасаемую готовность к образованию интрацептивных условных рефлексов с угнетением экстрацептивных. Действительно, до настоящего времени не удалось найти характерных нейродинамических нарушений при ипохондрических состояниях или выявить какие-либо неврологические расстройства. Это не означает, что нет объективной картины болезни. Но это свидетельствует о том, что, став фактом сознания, она с неизбежностью начинает подчиняться законам субъективного, «Его» не может освободиться от индивидуальных субъективных переживаний [8].

Физиологические структуры можно рассматривать как аналог организма, имеющий возможность стать субъективным телом. «Оно» имеет малое сходство с анатомическим и физиологическим ап-

паратом и лишь приблизительное – с организмом.

А.Ш. Тхостов говорит о проявлении через телесность болезненных интрацептивных ощущений субъекта. Но эти ощущения не редуцируются до анатомио-физиологических причин. Более широкий взгляд на проблему предполагает необходимость разработки специальных подходов, основанных на психологии, философии данных гуманитарных наук, изучающих реальные, но не физические сущности.

Психосоматическая трансформация у человека проходит через личность, его смысловое поле, поэтому личностное измерение психосоматических феноменов очень индивидуально. Сама возможность конверсионных функциональных расстройств – это плата за превращение анатомического организма в культурное тело, обладающее *семиотическими свойствами* [8]. Согласно З. Фрейду, патологические телесные феномены – это знаково-символические формы в контексте переживаемого индивидом опыта социализации. Тело предстает в качестве знака и исследуется в терминах семиотики [9]. Существуют различным образом сформулированные, но близкие по содержанию интерпретации психосоматических феноменов, основанные на принципах культурно-исторической концепции Л.С. Выготского, как осуществление социализации телесных функций через развитие природных потенций в форме социально-детерминированных действий [10, 11].

Широкий диапазон теоретических концепций и их практического применения в русле различных научных направлений находится между физиологией и философией дыхания. А.Ш. Тхостов – предшественник феноменологического направления, условно названного «тело, как социально-культурный

феномен» – пишет, что «несовпадение натурально-го и культурного тела человека образует зазор, в пространстве которого развиваются специфические расстройства, относимые обычно к группе функциональных или конверсионных симптомов. Принципиальной особенностью такого рода расстройств является сочетанное отсутствие какой бы то ни было объективной патологии с особым символическим смыслом данного нарушения» [8].

Нарушения, связанные с *одышкой*, происходят не на анатомио-физиологическом уровне, а на психологическом в виде изменения регуляции, перемещения зоны контроля.

Нарушения, как правило, исчезают или изменяются во сне, что проявляется в динамике ночного дыхания с отличающейся от соматических больных БА структурой апноэ, гипопноэ. Обнаруженная у этой категории больных алекситимия (данные не приводятся) объясняется общей ригидностью интрацепции, ведущей к преобладанию телесных оценочных категорий.

А. Веховский указывает на сходную этимологию дыхания, жизни и души во многих языках – греческом, латинском, древнеевропейских, санскрите [12].

В заключение отметим, что когда говорят «дышать всей грудью», имеют в виду «быть свободным». Поэтому можно сказать, что дыхание – это «работа духа» (а не только легких). Более широкая психолого-антропологическая позиция такова, что восприятие события, вызвавшего эмоцию, переживается субъектом как ощущение физиологических изменений в организме (которые и есть сама эмоция), и это положение ждет адекватного места в психологической теории.

Литература

1. Райзман Е.М. Психические расстройства и субъективный телесный опыт (методология, клиника, терапия): Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Томск, 2003.
2. Байкова Е.С. Аффективные расстройства при бронхиальной астме // Депрессивные расстройства (фундаментальные, клинические, образовательные и экзистенциальные проблемы): Сб. мат-лов междунар. науч.-практ. конф. (Томск, 22–24 апреля, 2003 г.). Томск, 2003.
3. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / Под ред. А.Г. Чучалина. М., 2002.
4. Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю. Психология жизненных ситуаций: Учеб. пос. М., 1998.
5. Елисеев О.П. Конструктивная типология и психодиагностика личности. Псков, 1994.
6. Собчик Л.Н. Психологические аспекты изучения психогенных и психосоматических расстройств // Мат-лы науч. конф. «Психогенные и психосоматические расстройства». Тарту, 1988.
7. Пшоник А.Т. К вопросу о взаимоотношении между экстероцептивными и интероцептивными сосудистыми реакциями // Проблемы кортико-висцеральной патологии. М., 1949.
8. Тхостов А.Ш. Топология субъекта (опыт феноменологического исследования) // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 1994. № 2.
9. Иванов В.В. Очерки по семиотике в СССР. М., 1976.
10. Тищенко П.Д. Герменевтика и здоровье // Здоровье и экология человека: методологический анализ предмета и метода исследования. М., 1987.
11. Тищенко П. Д. Психосоматическая проблема (объективный метод и культурологическая интерпретация) // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1991.
12. Веховский А. Диалоги дыхания: паттерны дыхания как паттерны социального взаимодействия. М., 2000.