

Загоруйко Е.Н.^{1,2}, Золотова А.А.¹, Пушкина Т.П.¹

Сравнительный анализ агрессивности и психологических защит при психосоматических и соматоформных расстройствах

1 - ФГБОУ ВПО «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет» (НГУ), г. Новосибирск; 2 - ФГБУ НИИТ Терапии и профилактической медицины СОРАМН, г. Новосибирск

Zagoruyko E.N., Zolotova A.A., Pushkina T.P.

The comparative analysis of aggressiveness and psychological protection with the psychosomatic and somatoform disorders

Резюме

Образ жизни, привычки человека, психологические особенности человека создают основу психофизиологической саморегуляции. В рамках данной работы были исследованы психологические защитные механизмы, выраженность агрессивности пациентов страдающих психосоматическими расстройствами (артериальная гипертензия, ИБС) и невротическими (соматоформное расстройство с преимущественным поражением сердечнососудистой системы), проведен их структурный и сравнительный анализ.

Ключевые слова: соматизация, психосоматические расстройства, соматоформные расстройства, агрессивность, невротический конфликт, психологические защитные механизмы

Summary

The means of life, habit of man, the psychological special features of man create the basis of psychophysiological self-adjustment. The within the framework this work were investigated the psychological shielding mechanisms and the manifestation of the aggressiveness of the patients of those suffering the psychosomatic disorders (arterial hypertension, ischemic disease of heart) and neurotic (somatophorme disorder with the preferred defeat of cardiovascular system), their structural and comparative analysis is carried out.

Keywords: somatization, psychosomatic disorders, somatophorme disorders, aggressiveness, neurotic conflict, psychological protecting mechanisms

Введение

В современных исследованиях все большее значение придается неконвенциональным (психосоциальным) факторам риска и их связи с соматической предрасположенностью. Образ жизни, установки личности (привычки человека) и социальный статус человека, его профессиональное и семейное положение, межличностное окружение важны для его психофизиологической саморегуляции. Присутствие психосоматических факторов риска, таких как неправильное питание, лишний вес, гиподинамия, курение и злоупотребление алкоголем, также во многом обусловлено характерологическими особенностями личности [2]. Согласно данным ВОЗ, за последнее десятилетие в большинстве экономически развитых стран на первое место по смертности населения неуклонно выходят сердечнососудистые заболевания. С течением времени эта статистика не меняется, а продолжает неуклонно возрастать. В связи с чем, в центре внимания исследователей продолжают оставаться психо-

соматические механизмы, соучаствующие в возникновении и формировании сердечно-сосудистых заболеваний, в частности ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ).

Цель - в рамках данной работы были исследованы психологические защитные механизмы пациентов страдающих психосоматическими расстройствами (артериальная гипертензия, ИБС) и невротическими (соматоформное расстройство с преимущественным поражением сердечнососудистой системы).

Материалы и методы

В обследовании приняли участие 45 пациентов (32 женщины и 13 мужчин) в возрасте от 21 до 65 лет. Виды психологических защитных механизмов исследовались по тестовой методике Елены Туник – адаптированный вариант опросника, созданный американским психологом М. Бондом. Данная диагностическая методика отражает типы психологических защит характеризующихся разной

Таблица 1. Распределение типов защитных механизмов по нозологическим группам

Нозологи и	№	Кол. чел.	Неэффективные защиты, группа 1	Защиты искажающие образ, группа 2	Самопринижающие защиты, группа 3	Эффективные защиты, группа 4
ИБС	1	15	266,0000	340,5000	393,5000	325,0000
АГ	2	15	270,5000	436,0000	418,5000	473,5000
СФ	3	15	498,5000	258,5000	223,0000	236,5000
p=			p =,0011	p =,0473	p =,0126	p =,0039

степенно эффективности и адаптивности. Методика направлена на изучение структуры психологических защит. Все защиты разделены на 4 группы, различающихся по степени адаптивности. Блок 1 – неадаптивные (неэффективные) защиты; блоки 2 (искажение образа) и 3 (самопринижение – самообвинение) – умеренно адаптивные, блок 4 – адаптивные защиты. Данная методика описывает широкий спектр психологических защит (24 вида), что позволяет довольно точно определить наиболее характерные способы защиты обследуемых. Опросник состоит из 88 утверждений, оцениваемых по 9-ти балльной шкале, где 1 – «полностью не согласен», а 9 – «полностью согласен».

Для статистической обработки так же был использован критерий Мана-Уитни. Данный статистический критерий, используется для оценки различий между двумя независимыми выборками по уровню какого-либо признака, измеренного количественно. Позволяет выявлять различия в значении параметра между малыми выборками.

Результаты и обсуждение

Исследованные пациенты были распределены по нозологическим группам (Табл.1): 1) с ишемической болезнью сердца (ИБС), 2) артериальной гипертензией (АГ), 3) соматоформным расстройством с преимущественным поражением сердечно-сосудистой системы (СФ). В своей работе мы опирались на классификацию защитных механизмов согласно методике Е.Туник, исходя из которой, существует две группы умеренно эффективных защит (группа 2,3), одна – эффективных (группа 4), и одна – деструктивных (группа 1).

При психосоматических заболеваниях агрессия выражается вовне, в более открытой форме, нежели при соматоформных расстройствах. Это может проявляться с помощью таких защитных механизмов, как отреагирование и формирование реакции. В то же время психосоматическим пациентам свойственно воспринимать окружающий мир исключительно через призму собственного опыта, отрицая при этом наличие внутренних переживаний и конфликтов посредством таких защитных механизмов как отрицание и подавление.

Психосоматические пациенты с кардиологическими расстройствами используют защитные механизмы, направленные на сохранение адаптации в окружающем

мире. Адаптация в данном случае понимается как стремление сохранить межличностные связи.

Соматоформные пациенты в свою очередь фиксированные на внутриличностном конфликте, используют в большей степени неадаптивные защитные механизмы, направленные на уход от внешних конфликтов посредством фиксации на соматических симптомах. С помощью этих симптомов они косвенно выражают свою подавленную агрессию. Такими неадаптивными защитами демонстрировавшимися ими были ипохондрия, регрессия, сдерживание и пассивная агрессия.

По данным Таблицы 1 мы видим, что группы неоднородны по признаку использования всех четырех блоков защитных механизмов. Сравнительный анализ внутри данных групп с помощью критерия Мана-Уитни показал, что соматоформные больные чаще используют неэффективные защитные механизмы, нежели обе группы психосоматических больных (Таблица 2). При качественном анализе группы неэффективных защитных механизмов нами было выявлено, что больные с соматоформными расстройствами преимущественно прибегают к таким защитами, как ипохондрия (у 66,6% среди испытуемых этой группы самые высокие показатели по данному виду защиты), сдерживание (60%), соматизация (53,3%), регрессия (53,3%). В то же время, у них самые низкие показатели среди трех групп испытуемых по использованию эффективных защитных механизмов (Таблица 5). Таким образом, соматоформные пациенты в большей степени используют неадаптивные защитные механизмы, направленные на фиксацию на внутриличностном конфликте, а не на сохранение межличностных отношений, т.е. адаптацию в социуме. Таким образом, пациенты с психосоматическими и соматоформными расстройствами отличаются по типу преобладания защитных механизмов: у соматоформных больных преобладают неадаптивные группы защитных механизмов (различные виды идеализации, фиксации и др., направленные на актуализацию внутриличностного конфликта).

(Таблицы 2-5) нами был проведен качественный анализ по группам защитных механизмов у кардиобольных с диагнозом ИБС и гипертония. На основе полученных данных, выявлено, что у психосоматических больных согласно среднему значению по показателям групп психологических защит преобладают эффективные защитные механизмы (АГ – 6,1, ИБС – 5,1), среди которых

Таблица 2. Неэффективные защиты группа 1

ИБС	СФ							
Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p-level	Z	p-level	Valid N	Valid N
155,5000	309,5000	35,50000	-3,19381	0,001404	-3,19417	0,001402	15	15
АГ	СФ							
Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p-level	Z	p-level	Valid N	Valid N
156,0000	309,0000	36,00000	-3,17307	0,001508	-3,17448	0,001501	15	15

Таблица 3. Защиты искажающие образ группа 2

АГ	СФ							
Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p-level	Z	p-level	Valid N	Valid N
292,0000	173,0000	53,00000	2,467945	0,013590	2,469044	0,013548	15	15

Таблица 4. Самопринижающие защиты группа 3

ИБС	СФ							
Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p-level	Z	p-level	Valid N	Valid N
291,5000	173,5000	53,50000	2,447206	0,014397	2,447751	0,014376	15	15
АГ	СФ							
Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p-level	Z	p-level	Valid N	Valid N
295,5000	169,5000	49,50000	2,613118	0,008972	2,613991	0,008950	15	15

Таблица 5. Эффективные защиты группа 4

ИБС	АГ							
Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p-level	Z	p-level	Valid N	Valid N
181,5000	283,5000	61,50000	-2,11538	0,034398	-2,11632	0,034318	15	15
АГ	СФ							
Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p-level	Z	p-level	Valid N	Valid N
310,0000	155,0000	35,00000	3,214550	0,001307	3,215981	0,001300	15	15

преимущественно выделяются подавление (66,6%) и сублимация (60%). Второй по частоте использования являлась группа самопринижающих защитных механизмов (АГ – 4,8, ИБС – 4,6), среди которых ведущими у кардиобольных с диагнозом ИБС являются отрицание (60%) и формирование реакции (53,3%), а у больных с диагнозом артериальная гипертензия – отрицание (66,6%) и псевдоальтруизм (46,6%). Данные защитные механизмы являются в большей степени адаптивными, однако, связанными с отрицанием внутриличностного конфликта, таким образом у больных с психосоматическими расстройствами в большей степени представлены адаптивные защитные механизмы, поддерживающие идеализированное представление о себе (направленные на отреагирование эмоций и отрицание проблем).

По результатам сравнительного и качественного анализа психологических защитных механизмов выявлено, что психосоматическим пациентам в большей степени

свойственно использовать эффективные механизмы защиты, чем пациентам с соматоформным расстройством. В целом психосоматические кардиобольные используют эффективные механизмы защиты чаще, чем другие группы защит. Среди них наиболее часто используемые механизмы это подавление и сублимация. Сублимация представляет собой смещение импульса от социально неприемлемого к социально приемлемому. Например, вместо агрессии – игра, соревнование, спорт. В отличие от невротических защит – здесь инстинкты и желания могут быть свободно выражены и реализованы, а не скрыты и искажены. Сублимация – чувства проявлены, модифицированы и направлены на значимую личность или цель, следовательно, таким образом, достигается удовлетворение. Непрямое, ослабленное выражение инстинктов без искаженных превращений или потери удовольствия. Выражение в творчестве, музыке, живописи. Наряду с высокими показателями по шкале конструктивной агрессии

можно предположить, что психосоматические больные используют адекватный способ разрешения проблем и конфликтов путем сублимации излишней агрессии в конструктивное русло. Картина личности пациентов с диагнозом ИБС, например, наглядно показывает, как сильно они стремятся вкладываться в работу. Однако, при излишнем интенсивном использовании такого пути разрешения проблемы с агрессивные больные постепенно начинают разрушать свой соматический организм.

Подавление проявляется, когда люди намеренно избегают мыслей о беспокоящих, волнующих, тревожащих проблемах, желаниях, чувствах, опыте. Сознательное или подсознательное решение – отложить рассмотрение, осознание импульсов или конфликтов. Способность держать все компонента конфликта в памяти, но отложить (сдержать) действие, аффективный ответ или беспокойство. Согласно теоретическим воззрениям всем психосоматическим больным свойственно отрицать и подавлять любые мысли, связанные с тревожащим их внутриличностным конфликтом, предпочитают не замечать его до последнего.

Другой группой защитных механизмов, к которой часто прибегают психосоматические кардиобольные являются самопринижающие психологические защиты. Для первой группы с диагнозом ИБС свойственно использовать чаще такие защитные механизмы как отрицание и формирование реакции, а для второй группы с диагнозом артериальной гипертензии – отрицание и псевдоальтруизм. Отрицание у обеих групп связано с тенденцией не замечать никаких намеков на внутриличностный конфликт, больные как правило считали, что у них нет никаких проблем и все в жизни хорошо. Эти пациенты демонстрировали искаженный идеализированный образ себя, они не видят плохих сторон реальности, их якобы не существует. Продолжая «лгать» себе с помощью данного защитного механизма, они опять-таки до последнего не замечали, что ухудшающаяся ситуация в реальности приводит к тяжелому заболеванию. Формирование реакции представляет собой поведение от противного, подмена собственных неприемлемых мыслей, чувств, поведение на диаметрально противоположные. У больных ИБС этот механизм напрямую связан с отрицанием внутриличностного конфликта, и в противоположность этому все время нарастающей активности в работе и других социальных достижениях.

Псевдоальтруизм, свойственный больным артериальной гипертензией, связан со стремлением делать то, что не нравится, любить и хорошо относится к тому, кого не любишь. Эта тенденция принижения себя с целью соответствовать нормам, которые запрещают проявлять гипертоникам первоначально высокую враждебность. Это так же является поведением «от противного», искажающим образ больных для самих себя. Желание на фоне невыраженной агрессии выглядеть наиболее социально-адаптированным. Так же диссоциация реального и идеального образа у психосоматических больных, в частности у гипертоников, проявляется в таком виде психологической защиты, как изоляция. Изоляция

представляет собой отстраненность, неспособность воспринимать одновременно когнитивные и аффективные компоненты реальности (опыта). Интрапсихическое расщепление или отделение аффекта от содержания, в результате – подавление аффекта или перемещение аффекта на другое замещающее содержание. Человек теряет связь с чувствами, ассоциированными с данной идеей (травмирующее событие), но остается озабоченным когнитивными элементами (описательными деталями). Снижение общей чувствительности в данном случае может быть связано с первоначальным стремлением больных отрицать агрессивные импульсы, и как следствие не проявлять другие сильные эмоции.

В сравнении с психосоматическими кардиобольными, соматоформные пациенты наиболее часто используют группы неэффективных защит. Среди них самые высокие значения имели следующие психологические защиты: ипохондрия (66,6%), сдерживание (60%), соматизация (53,3%), регрессия (53,3%). Ипохондрия является трансформацией упреков другим людям – возникающих в результате тяжелых утрат, одиночества, неприемлемых агрессивных импульсов – в самоупреки и жалобы на боли, болезнь, невращению. Существующие болезни могут быть преувеличены. Таким образом, больные стремятся избежать ответственности – с помощью попытки «нагрузить» других своими проблемами вместо того, чтобы что-то напрямую требовать от них, или жаловаться, что окружающие игнорируют его желания (часто невыраженные) быть зависимым. Ипохондрия связана с дальнейшей индифферентностью ко всему, что соответствует пассивной жизненной позиции у личностей с высокими показателями дефицитарного типа агрессии. Склонность обращать негативные импульсы по отношению к окружающим в симптомы зачастую ведут к проявлению определенных вегетативных изменений в тревожных, или угрожающих ситуациях. Об этом говорит наличие такого типа защит, как соматизация. Третий вид защит – сдерживание – представляет собой класс невротических защит. Больные стараются вести себя робко, застенчиво, даже заторможено. Подсознательно ограничивают Эго-функции, чтобы избежать напряжения, возникающего в конфликте Эго с инстинктивными импульсами, Супер-Эго, окружающими силами. Таким образом, больные соматоформные пациенты пытаются уйти от конфликтов с внешним миром и социальной средой. Регрессия как один из видов примитивных защит так же связана с желанием снять с себя ответственность и привлечь к себе внимание путем демонстрации детского поведения. В конечном счете, поведение больных с соматоформным расстройством является неадаптивным, так как межличностные связи не налаживаются, а наоборот разрушаются ввиду того, что больные сильно фиксированы на своем внутриличностном конфликте.

Результаты, полученные нами при сравнении групп по критерию конструктивной агрессии (Таблица 6), показывают, что уровень выраженности данного признака выше у психосоматических больных в сравнении с соматоформными. Высокие показатели по шкалам конструк-

Таблица 6. Я Структурный тест Аммона (констр агрессия)

	ИБС	СФ	U	Z	p-level	Z	p-level	Valid N	Valid N
	Rank Sum	Rank Sum							
Valid	334,0000	131,0000	11,00000	4,210024	0,000026	4,268347	0,000020	15	15

	АГ	СФ	U	Z	p-level	Z	p-level	Valid N	Valid N
	Rank Sum	Rank Sum							
Valid	310,5000	154,5000	34,50000	3,235289	0,001215	3,304761	0,000951	15	15

Таблица 7. Я Структурный тест Аммона (дифиц агрессия)

	ИБС	СФ	U	Z	p-level	Z	p-level	Valid N	Valid N
	Rank Sum	Rank Sum							
Valid	182,5000	282,5000	62,50000	2,07390	0,038089	2,08906	0,036703	15	15

	АГ	СФ	U	Z	p-level	Z	p-level	Valid N	Valid N
	Rank Sum	Rank Sum							
Valid	181,0000	284,0000	61,00000	2,13612	0,032670	2,15004	0,031553	15	15

тивной агрессии указывают на способность активно и адекватно выражать свои эмоции, умение разрешать конфликты путем поиска компромиссного решения, возможность устанавливать и сохранять продуктивные межличностные связи. В Таблице 7 представлены результаты сравнения больных по признаку дефицитарной агрессии. Дефицитарная агрессия подразумевает отсутствие проявления какой-либо агрессии по отношению к другим, стремление избегать межличностных конфликтов, ситуаций, где нужно соревноваться, неспособность и нежелание отстаивать собственное мнение, излишнюю конформность. Показатели по данной шкале выше у больных с кардионеврозом в сравнении с больными гипертонией и ИБС, что так же подтверждает нашу гипотезу о том, что уровень агрессии в целом выше у кардиобольных с психосоматическими расстройствами, чем у больных с соматоформным расстройством. При выраженной дефицитарной агрессии существенно затруднено выражение собственных претензий и предпочтений, характерна пассивная жизненная позиция. Все это, в конечном счете, является неадаптивным поведением, т.к. в стремлении фиксироваться на внутриличностном конфликте и мак-

симально акцентировать внимание на своих симптомах, соматоформные больные фактически выпадают из общества, перестают ходить на работу и все чаще посещают врачей. Межличностные контакты плохо сохраняются в такой среде. Такое поведение совершенно несвойственно психосоматическим больным, например, с диагнозом артериальная гипертензия. Эти личности любят работать много, любят соревноваться и побеждать, активно стремятся быть лучше остальных. Они зачастую не придают внимания своему здоровью и состоянию в спешке, не замечая порой даже серьезных симптомов.

При анализе зависимости двух факторов – агрессии и типов психологических защит – внутри каждой группы испытуемых, нами обнаружены две заметные связи. Группа испытуемых с диагнозом ИБС показала значимую связь между такими факторами, как конструктивная агрессия и психологические защиты, искажающие образ. На основе качественного анализа преобладающих защит, мы можем сказать, что среди защитных механизмов, искажающих образ, больные ИБС чаще прибегают к такому механизму, как изоляция (46,6%). Изоляция представляет собой расщепление когнитивного и аффективного компо-

нентов, неспособность воспринимать их одновременно, подавление аффекта или перемещение аффекта на другое камешающее содержание. Однако, согласно биологической точке зрения, у людей, склонных к ИБС, изначально уровень враждебности выше в сравнении с остальными. Таким образом, им постоянно приходится сдерживать себя с целью сохранения межличностных связей и адаптации в окружающем мире. В таком случае механизм изоляции направлен на подавление агрессии или же сублимацию ее с целью сохранить нормальный уровень агрессии и не нарушить адаптивные связи в социуме.

Другую заметную связь показал группа психосоматических пациентов с гипертонической болезнью при сравнении таких факторов, как дефицитарная агрессия и неэффективные психологические защиты. Среди неэффективных защитных механизмов для больных гипертонией чаще свойственно прибегать к таким защитам как избегание (40%) и соматизация (46,6%). Специфический динамический паттерн при гипертонии выглядит следующим образом: враждебные конкурентные тенденции — боязнь возмездия и поражения — усиление стремлений к зависимости — чувство неполноценности — реактивация враждебного соперничества — тревога и сдерживание агрессивных враждебных импульсов — артериальная гипертония.

Заключение

Таким образом, страх перед возмездием и наказанием, т.е. требованиями социума не выражать агрессию, по-

рождают у больных гипертонией, наряду с подавлением и отрицанием агрессивных импульсов, избегание говорить на любую тему, связанную с проявлением агрессии. В то же время, с желанием соответствовать принятым в обществе нормам и с появлением тенденций к зависимости, проявляется дефицитарная агрессия, и чем больше и дольше больные подавляют враждебные импульсы и стремятся к конформности, тем больше конфликт начинает разрушать соматический организм, и проявляются соматические симптомы — защитный механизм соматизации. ■

Загоруйко Елена Николаевна – к.м.н., доцент, старший научный сотрудник ФГБУ НИИ Терапии и профилактической медицины СОРАМН, г. Новосибирск; *Пушкина Татьяна Петровна* – старший преподаватель кафедры клинической психологии ФГБОУ ВПО «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет» (НГУ), г. Новосибирск; *Золотова Анастасия Александровна* – студентка факультета клинической психологии ФГБОУ ВПО «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет» (НГУ), г. Новосибирск; Автор, ответственный за переписку - Загоруйко Елена Николаевна, 263089, г. Новосибирск, ул. Б.Богаткова, 175/1, E-mail: elena-zn@yandex.ru

Литература:

1. Вальтер Бройтигам, Пауль Кристиан, Михаэль фон Рад. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; Предисл. В.Г. Остроглазова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999.
2. Е.Н.Загоруйко, О.С.Шубина. Нейрофизиологические аспекты биоповеденческой терапии с расстройствами личности. Бюллетень Сибирской медицины. -2013,3:23.