

УДК 15

Телесный опыт и его роль в структуре социальной фрустрированности у больных соматоформными расстройствами

Василенко Татьяна Дмитриевна

Доктор психологических наук, профессор,
заведующий кафедрой общей и клинической психологии,
Курский государственный медицинский университет,
305041, Российская Федерация, Курск, ул. Карла Маркса, 3;
e-mail: tvasilenko@yandex.ru

Мангушев Филипп Юрьевич

Аспирант,
кафедра общей и клинической психологии,
Курский государственный медицинский университет,
305041, Российская Федерация, Курск, ул. Карла Маркса, 3;
e-mail: mangushev.fj@gmail.com

Аннотация

В статье представлены результаты исследования телесного опыта при соматоформных расстройствах и его представленность в структуре социальной фрустрированности. Целью исследования является изучение особенностей телесного опыта и его представленность в структуре социальной фрустрированности у больных с соматоформными расстройствами (СФР). В исследовании приняли участие 90 человек, составивших 3 группы исследования. Первая экспериментальная группа – 30 женщин, с диагнозом соматоформных расстройств. Вторая экспериментальная группа – 30 женщин с заболеваниями сердечнососудистой системы. Контрольная группа – 30 здоровых женщин. В исследовании применялись методики: «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» А.Ш.Тхостова; Торонтская алекситимическая шкала; методика «Уровень социальной фрустрированности»; шкала позитивного аффекта и негативного аффекта.

Исследование телесного опыта и его роль в структуре социальной фрустрированности у больных соматоформными расстройствами показало, что больные СФР характеризуются повышенным вниманием к телесным ощущениям, преобладанием телесных дескрипторов над психологическими в структуре телесного опыта. В структуре социальной фрустрированности испытываемые ощущения и состояние здоровья в целом являются наиболее дезадаптирующим фактором для больных соматоформными расстройствами.

Для цитирования в научных исследованиях

Василенко Т.Д. Мангушев Ф.Ю. Телесный опыт и его роль в структуре социальной фрустрированности у больных соматоформными расстройствами // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2018. Т. 7. № 2А. С. 38-45.

Ключевые слова

Телесный опыт; интероцептивные ощущения; социальная фрустрированность; соматоформные расстройства; индивидуально-психологические свойства личности; жизненная ситуация; аффект.

Введение

Актуальность данной темы определяется, с одной стороны, необходимостью реализации целостного биопсихосоциального подхода к проблеме психогенных заболеваний, с другой стороны, - сложностью социальной ситуации, в которой оказываются люди с соматоформным расстройством. Пациенты с необъяснимыми болями и дискомфортными телесными ощущениями длительное время посещают медицинские учреждения, но являются трудными для курации подопечными, поскольку проведение даже современных диагностических процедур не даёт значимого результата, а истинные причины страдания так и не обнаруживаются. По разным оценкам, до 30% первично обращающихся за медицинской помощью, страдают от соматоформного расстройства в той или иной форме.

Таким образом, человек не может в полной мере реализовывать себя в социальной жизни не только по причине заболевания, но и ввиду той особой социальной ситуации, в которой он оказывается. Поскольку поиск разрешения в медицинских учреждениях затягивается на длительное время, это приводит к ограничению его жизненного пространства, что негативно отражается на заболевании, имеющем в основе психогенную природу [Богушевская, 2011], [Василенко, 2013].

Актуальными являются и исследования телесности, которые позволяют рассматривать состояние здоровья или болезни в единстве соматических, когнитивных, смысловых и социальных аспектов. Согласно современным представлениям о телесности – это особая феноменологическая реальность, которая является специфическим представлением единства психосоциальных аспектов физической представленности субъекта в мире. Сам феномен «телесности» отражен не только с сфере восприятия, а имеет отражение в самосознании, которое формируется во взаимодействии с другими людьми. [Бескова, Тхостов, 2004], [Николаева, 1987]. В соответствии с этим телесность необходимо рассматривать в контексте единства индивидуального и социокультурного, с позиции «одухотворенного тела», которое составляет индивидуально-психологический компонент бытия человека [Лева, 2004].

Особый интерес представляет ситуация, когда нарушение психологического благополучия оказывается во взаимосвязи с телесными симптомами. Невротические и соматоформные расстройства относятся к одним из наиболее распространенных нервно-психических расстройств [Карвасарский, 2001]. Этиология данной группы расстройств связана как с нейрофизиологическими [Николаева, 1987], [Bourke, Langford, 2015], так и с социально-обусловленными причинами [Dijke, Lenstra, Wineke, Ford, 2016].

Соматоформные расстройства – это расстройство невротического спектра, которое имеет специфическую клиническую картину, в первую очередь, характеризующуюся нарушением соматопсихической сферы. Основной группой симптомов, которой проявляются СФР являются частые, имеющие беспокойный характер физические симптомы, с которыми больной обращается в общемедицинские учреждения, а при получении результатов анализов, что объективной причины данным симптомам не обнаружено – стремится к большему числу

медицинских обследований. Также, характерным является то, что больной негативно относится к попыткам объяснить данные расстройства психологическими причинами, пережитыми психотравмами [МКБ-10], [Пережогин, 2015], [Погосов, Богушевская, Севостьянова, Швыркина, 2015]. Больной СФР испытывает специфические, психически обусловленные телесные ощущения, переживания, формируется их когнитивная оценка, собирается информация о своем состоянии, формируется субъективное отношение к заболеванию, которое не включает в себя переработанную информацию о наличии психологически травмирующего пускового механизма [Квасенко, 1980]. При этом, стоит учитывать личностные тенденции больных СФР, такие как демонстративность, склонность к формированию рентных установок по отношению к физическому состоянию. В итоге, у больного СФР формируется дезадаптивная внутренняя картина болезни, что отражается на социальном функционировании [Карвасарский, 1990], [Квасенко, 1980].

Таким образом, применительно к изучению особенностей телесного опыта в ситуации соматоформных расстройств и его представленность в структуре социальной фрустрированности, мы реализуем исследование переживания и осмысления телесного опыта как особой жизненной ситуации, в фокусе внимания нашего исследования оказываются не только специфические телесные ощущения, но и особенности переживания этих ощущений личностью.

Целью исследования является изучение особенностей телесного опыта и его представленность в структуре социальной фрустрированности у больных с соматоформными расстройствами.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 30 женщин (средний возраст 40 лет), с выставленным диагнозом соматоформных расстройств (F 45.0), которые составили первую экспериментальную группу, в данную группу вошли женщины с преобладанием жалоб схожих с кардиологическими жалобами, но не имеющих объективного подтверждения. Вторую экспериментальную группу составили 30 женщин (средний возраст 47 лет) с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Контрольную группу составили 30 здоровых женщин (средний возраст 43 года).

Все испытуемые дали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

В исследовании применялись следующие методики: «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» А.Ш. Тхостова; шкала позитивного аффекта и негативного аффекта (ШПАНА); методика «Уровень социальной фрустрированности».

Для статистического анализа нами были выбраны непараметрический критерий для трех несвязанных (независимых) выборок Краскела — Уоллиса. Расчет проводился с использованием программного пакета статистической обработки Statistica 8.0.

Результаты исследования

Для исследования телесного опыта мы изучили структуру субъективной представленности телесных ощущений через изучение выборов дескрипторов интрацептивных ощущений в исследуемых группах. На рисунке №1 представлены средние значения дескрипторов, относимых испытуемыми к категориям телесных ощущений от общего числа дескрипторов. Значимые различия были получены по категориям: внутренние ощущения (p -level – 0,00023);

знакомые ощущения (p-level – 0,00037), болезненные ощущения (p-level – 0,00130); опасные ощущения (p-level – 0,01250); важные ощущения (p-level – 0,00315); часто испытываемые ощущения (p-level – 0,00578).

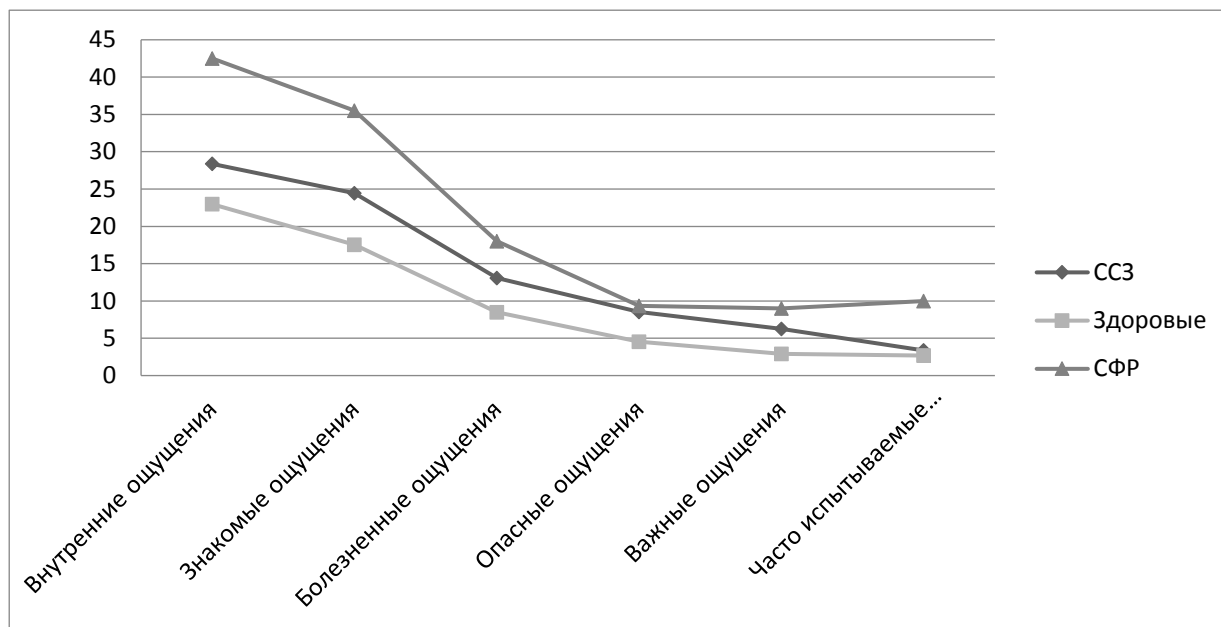
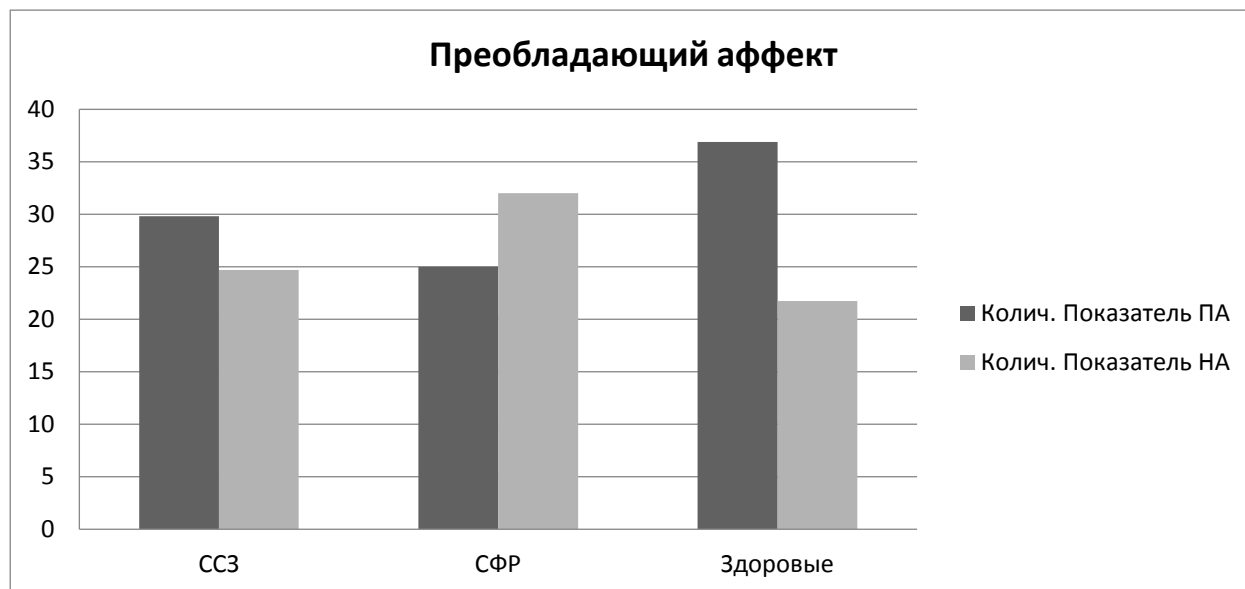


Рисунок 1 – Средние значения дескрипторов, относимых испытуемыми к категориям телесных ощущений от общего числа дескрипторов

Выявлено, что для больных СФР и для больных ССЗ характерно общее увеличение числа дескрипторов, что характеризует значительно расширение телесного опыта, потерю «прозрачности» тела. Отмечается, что испытуемые из экспериментальных групп в среднем отнесли одинаковое количество дескрипторов в группу «опасных ощущений». Как отмечалось выше, у больных СФР в нашей выборке, преобладают жалобы кардиологического характера, что может объяснять схожее количество дескрипторов с количеством у больных ССЗ, при этом сами словари телесных ощущений значительно различаются. В группе с ССЗ дескрипторы имеют более конкретный характер и в меньшей степени представлены метафорическими, у группы больных СФР же в большей степени представлены психологические, метафорические дескрипторы. В целом, расширение телесного опыта у соматически больных связано с их актуальным состоянием, в котором основное место занимает болезнь, которая оказывает влияние на испытываемые ими телесные ощущения, среди которых болезненные выходят на первый план, что отличает их от соматически здоровых, у которых данные ощущения менее выражены. У больных СФР же расширение телесного опыта происходит за счет общего увеличения числа метафорических дескрипторов. У больных СФР происходит соматосенсорное усиление, присутствует выраженная тенденция воспринимать телесные ощущения как более интенсивные, потенциально опасные, неприятные и при этом часто испытываемые.

В результате изучения преобладание аффекта в группах исследования были обнаружены статистически значимые различия по параметрам как позитивного аффекта (p-level – 0,00175), так и негативного аффекта (p-level – 0,00031). Сравнение полученных результатов в средних значениях в контрольной и экспериментальной группах по результатам опросника «ШПАНА» представлено на рисунке 2.

Обнаруженные статистически значимые различия на высоком уровне позволяют утверждать о связи между ситуацией соматоформных заболеваний и преобладанием негативного аффекта у больного. В контрольной группе отмечается значительное преобладание позитивного аффекта над негативным, что, на наш взгляд, можно в некоторой степени считать нормой здоровой жизненной позиции.



Где ПА – позитивный аффект; ВА – негативный аффект

Рисунок 2 – Результаты по опроснику «ШПАНА»

Для больных ССЗ характерно некоторое снижение позитивного аффекта и повышение негативного, однако их соотношение имеет в большей степени в позитивную направленность. В то время как у больных СФР преобладает негативный аффект. Полученные данные, в целом, соотносятся с результатами исследования дескрипторов телесного опыта, где отмечается преобладание дескрипторов тревожно-фобического качества в группе с СФР. В клинической беседе, также для больных СФР является характерным преобладание негативного аффекта, заострение внимания на ситуации заболевания, проблемах личной жизни.

Обратимся теперь к структуре социальной фрустрированности. Были выявлены различия на высоком уровне статистической значимости по общему уровню социальной фрустрированности ($p\text{-level} = 0,00185$). А также, по отдельным блокам, характеризующим структурную организацию фрустрирующих компонентов. Соотношение наиболее выраженных блоков фрустрирующих компонентов в исследуемых группах представлены на рисунке №3

Полученные данные по шкале «коэффициент социальной фрустрированности» свидетельствуют о том, что больные не могут удовлетворить свои социальные потребности. В структуре категорий фрустрирующих факторов преобладают факторы относящиеся к здоровью и работоспособности. В беседе больные сконцентрированы на описании ситуации своего заболевания, симптомов, проблем в общении которые связаны с заболеванием, сложностей во взаимодействии с другими людьми, связанными с нарушением именно сферы здоровья. В группе ССЗ, несмотря на наличие заболевания связанное с высоким риском для жизни и благополучия этот фактор как фрустрирующий выражен в меньшей степени.

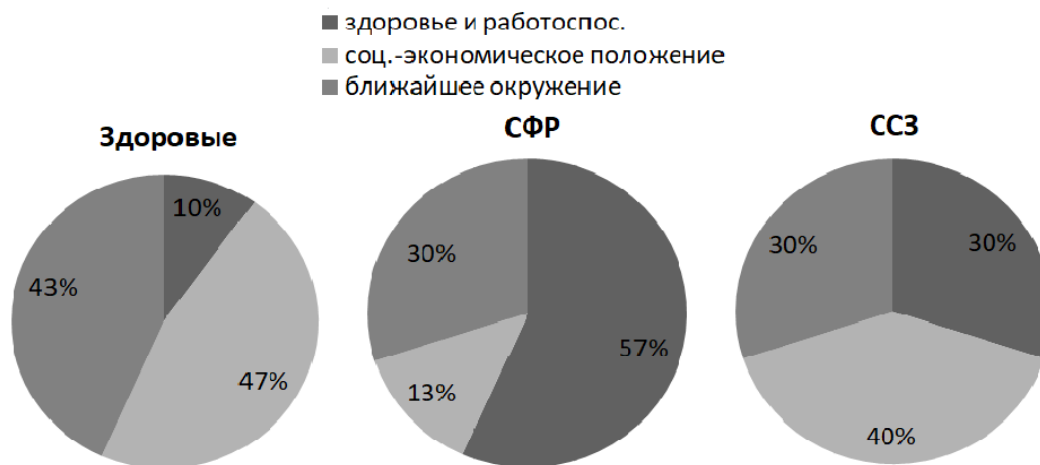


Рисунок 3 – Соотношение наиболее выраженных блоков фрустрирующих компонентов в исследуемых группах

Заключение

Рассмотрение телесного опыта при соматоформных расстройствах в контексте особой жизненной ситуации показало, что больные характеризуются повышенным вниманием к телесным ощущениям и склонности интерпретировать их не как нормальные физиологические реакции, а как признаки патологии. В структуре переживания телесного опыта преобладает негативный аффект. Отмечается дестабилизирующее действие социально-фрустрирующих факторов, в структуре которых преобладает фактор здоровья. В результате можно сделать вывод о повышении напряженности адаптивных механизмов во взаимосвязи с особенностями телесного опыта больных соматоформными расстройствами.

Библиография

1. Бескова Д.А., Тхостов А.Ш. Телесность как пространственная структура // Междисциплинарные проблемы психологии телесности. / Ред.-сост. В.П. Зинченко, Т.С. Леви. – М.: МЦИ, 2004.
2. Богушевская Ю.В. Влияние состояния эмоциональной сферы на оценку качества жизни у больных соматизированными расстройствами // Вестник новых медицинских технологий. 2011. Т. 18, №1. С. 208-211.
3. Василенко Т.Д. Психология телесности: процессуально-смысловой подход // Рос.психiatr. журн. – 2013. – № 4. – С. 49-55.
4. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб.: Речь, 2005. 400 с.
5. Карвасарский Б.Д. Неврозы. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
6. Квасенко, А.В. Психология больного / А.В. Квасенко, Ю.Г. Зубарев. -Л.: Медицина, 1980. 150 с
7. Леви Т.С. Психология телесности в ракурсе личностного развития // Междисциплинарные проблемы психологии телесности / Ред.-сост. В. П. Зинченко, Т. С. Леви. - М.: Мир, 2004. С.340.
8. МКБ-10. Психические расстройства и расстройства поведения. Класс V, адаптированный для использования в Российской Федерации. М., 1998
9. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. — М.: Изд. МГУ, 1987
10. Николаева В.В., Арина А.Г. Принципы синдромного анализа в психологии телесности // I Междунар. конф. памяти А.Р. Лурия: Сб. докл. / Под ред. Е.Д. Хомской, Т.В. Ахутиной. М., 1998. С. 83.
11. Пережогин, Л. О. Соматоформные расстройства. Диагностика, лечение, профилактика – М., 2015.
12. Погосов А.В., Богушевская Ю.В., Севостьянова А.О., Швыркина О.В. Клинико-психологические особенности больных на ранних этапах развития соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми

- проявлениями // А.В. Погосов, Ю.В. Богушевская, А.О. Севостьянова, О.В. Швыркина / Международный психиатрический, психотерапевтический и психоаналитический журнал – 2012. – №2(18) – С.15-21.
13. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2000. - Т.2.
14. Bourke JH, Langford RM, White PD (2015) The common link between functional somatic syndromes may be central sensitisation. *J Psychosom Res* 78: 228-236.
15. Dijke A. van, Lenstra S, Wineke J, Ford JD (2016) Cognitive-Emotional Functioning in Somatic Symptom and Related Disorders: Self- Reports Versus Observer-Rated Findings. *J Psychol Psychother* 6: 271.

Bodily experience and its role in the structure of social frustration in patients with somatoform disorders

Tat'yana D. Vasilenko

Doctor of Psychology, Professor,
Head of the Department of General and Clinical Psychology,
Kursk State Medical University,
305041, 3, Karla Marksa st., Kursk, Russian Federation;
e-mail: tvasilenko@yandex.ru

Filipp Yu. Mangushev

graduate student,
Department of General and Clinical Psychology,
Kursk State Medical University,
305041, 3, Karla Marksa st., Kursk, Russian Federation;
e-mail: mangushev fj@gmail.com

Abstract

The article presents the results of the study of bodily experience in somatoform disorders and its representation in the structure of social frustration. The aim of the study is to study the features of bodily experience and its representation in the structure of social frustration in patients with somatoform disorders (SFR). The study involved 90 people who made up 3 study groups. The first experimental group was 30 women, diagnosed with somatoformic disorders. The second experimental group is 30 women with diseases of the cardiovascular system. Control group - 30 healthy women. In the study, the following methods were used: "The choice of descriptors of intrceptive sensations" by A.Sh.Thostov; The Toronto alexithymic scale; methodology "Level of social frustration"; a scale of positive affect and negative affect.

The study of bodily experience and its role in the structure of social frustration in patients with somatoform disorders showed that patients with SFD are characterized by increased attention to bodily sensations, the predominance of bodily descriptors over psychological in the structure of bodily experience. In the structure of social frustration, the sensations experienced and the state of health in general are the most disadaptive factor for patients with somatoform disorders.

For citation

Vasilenko T.D., Mangushev F.Yu. (2018) Telesnyi opyt i ego rol' v strukture sotsial'noi frustrirovannosti u bol'nykh somatoformnymi rasstroistvami [Bodily experience and its role in the structure of social frustration in patients with somatoform disorders]. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya* [Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches], 7 (2A), pp. 38-45.

Keywords

Bodily experience; interoceptive sensations; social frustration; somatoform disorders; individual psychological characteristics of the individual; life situation; affect.

References

1. Beskova D.A., Thostov A.S. (2004) Telesnost' kak prostranstvennaya struktura . Mezhdisciplinarnye problemy psihologii telesnosti. T.P. Levi. Moscow. MCI.
2. Bogushevskaya Y.V. (2011) Vliyanie sostoyaniya emocional'noj sfery na ocenku kachestva zhizni u bol'nykh somatizirovannymi rasstrojstvami . Vestnik novykh medicinskih tekhnologij. T. 18, 1. P. 208 – 2011
3. Vasilenko T.D. (2004) Psihologiya telesnosti. processual'no.smyslovoj podhod. Rop.psihiatr. zhurn. № 4. P. 49.55.
4. Isaev D. N. (2005) Emocional'nyj stress, psihosomaticheskie i somatopsihicheskie rasstrojstva u detej .SPb.. Rech' 400 p.
5. Karvasarskij B.D. (1990) Nevrozy. 2.e izd., pererab. i dop. Moscow. Medicina. 576 p.
6. Kvasenko, A.B. (1990) Psihologiya bol'nogo .Leningrad. Medicina. 150 p
7. Levi T.P. (2004) Psihologiya telesnosti v rakurse lichnostnogo razvitiya . Mezhdisciplinarnye problemy psihologii telesnosti. Moscow. Mir. P.340.
8. (1998) MKB.10. Psihicheskie rasstrojstva i rasstrojstva povedeniya. Klass V, adaptirovannyj dlya ispol'zovaniya v Rossijskoj Federacii. Moscow.
9. Nikolaeva V. V. (1998) Vliyanie hronicheskoy bolezni na psihiku. Moscow.
10. Nikolaeva V.V., Arina A.G. (1998) Principy sindromnogo analiza v psihologii telesnosti . I Mezhdunar. konf. pamyati A.R. Luriya. Moscow. P. 83.
11. Perezhogin, L. O. (2004) Somatoformnye rasstrojstva. Diagnostika, lechenie, profilaktika Moscow
12. Pogosov A.V., Bogushevskaya Yu.V., Sevost'yanova A.O., Shvyrkina O.V. (2012) Kliniko.psihologicheskie osobennosti bol'nykh na rannih etapah razvitiya somatizirovannykh psihicheskikh rasstrojstv s serdechno.sosudistymi proyavleniyami . A.V. Pogosov, Yu.V. Bogushevskaya, A.O. Sevost'yanova, O.V. Shvyrkina . Mezhdunarodnyj psihiatricheskij, psihoterapevticheskij i psihoanaliticheskij zhurnal . №2(18) P.15.21.
13. Smulevich A.B. (2000) Psihosomaticheskie rasstrojstva (klinika, terapiya, organizaciya medicinskoj pomoshchi) . Psihiatriya i psihofarmakoterapiya. T.2.
14. Bourke JH, Langford RM, White PD (2015) The common link between functional somatic syndromes may be central sensitisation. J Psychosom Res 78. 228.236.
15. Dijke A. van, Lenstra S, Wineke J, Ford JD (2016) Cognitive.Emotional Functioning in Somatic Symptom and Related Disorderp. Self. Reports Versus Observer.Rated Findingp. J Psychol Psychother 6. 271.