

## Исследование психологических коррелятов хронического абдоминального болевого синдрома

Токарева А.А.<sup>1</sup>, Мельников М.Е.<sup>1</sup>, Шубина О.С.<sup>1</sup>, Несина И.А.<sup>2</sup>, Мигуськина Е.И.<sup>3</sup>

## Investigation of psychological traits in patients with chronic abdominal pain syndrome

*Tokareva A.A., Melnikov M.Ye., Shubina O.S., Nesina I.A., Miguskina Ye.I.*

<sup>1</sup> НИИ молекулярной биологии и биофизики СО РАМН, г. Новосибирск

<sup>2</sup> Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск

<sup>3</sup> ГБУЗ НСО «Государственная новосибирская областная клиническая больница», г. Новосибирск

© Токарева А.А., Мельников М.Е., Шубина О.С. и др.

На материале 100 пациентов с хроническим абдоминальным болевым синдромом (ХАБС) оценены характерологические и психодинамические различия в зависимости от роли психологических факторов в образовании болевого синдрома, силы переживания боли (самооценка по визуальной аналоговой шкале) и типа отношения к болезни (по личностному опроснику Бехтеревского института). В качестве критерия высокой значимости психологических факторов использовался диагноз соматоформного болевого расстройства, установленный на основании клинического и психометрического методов. Для оценки различий между подгруппами использована батарея субъективных (шкала депрессии Бека, шкалы тревожности Спилбергера, опросник социальной фрустрированности Вассермана, TAS (Торонтская алекситимическая шкала), МСМИ-III (опросник Миллона)) и проективных тестов (тесты Люшера и Зонди). Обсуждается взаимодействие психосоматических и демографических характеристик внутри выборки, а также точность разграничения подгрупп. Предлагается психотерапевтически ориентированная интерпретация полученных данных.

**Ключевые слова:** хронический абдоминальный болевой синдром, соматоформное болевое расстройство, психосоматические факторы, тип отношения к болезни.

Subjects of the study were 100 chronic abdominal pain syndrome inpatients assigned to subgroups of different level of significance of psychological factors for the development of pain syndrome, different self-assessed pain level (utilizing visual analog scale), and different type of attitude towards disease (by the Bekhterev Institute Personality Inventory). Character and psychodynamic specialties were assessed in the aforementioned subgroups following to assignment. Proved by clinical and psychometric methods diagnosis of somatoform pain disorder was used as an indicator of high importance of psychological determinants. Differences between subgroups were assessed by the kit of questionnaires (Beck Depression Inventory, Spielberger Anxiety Scales, Wasserman Social Frustration Inventory, TAS, MCMI-III) and projective tests (Luscher and Szondi tests). Interference between psychosomatic and demographic characteristics within the sample, and accuracy of assigning subjects to subgroups were discussed. Interpretation of the acquired data with implications for psychotherapists was offered.

**Key words:** chronic abdominal pain syndrome, somatoform pain disorder, psychosomatic factors, attitude towards disease type.

УДК 616.381-009.7-021.1-036.12-06-072.87

### Введение

Расстройства желудочно-кишечного тракта всегда привлекали самое пристальное внимание исследователей в области психосоматической медицины. Процесс пищеварения рассматривался как неразрывно связанный с удовлетворением и фрустрацией, конфликтами «брать — отдавать» и «независимость — желание заботы», а также некоторыми аспектами агрессии и враждебности и ощущением бытия «люби-

мым или нелюбимым» [1, 2, 5, 6]. Заболевания кишечника могут нести в себе оттенки аутоагрессии, сопровождаться страхами и чаще развиваются у лиц с «анальным» характером или перенесших сильный стресс [2, 5, 6]. Развиваясь в раннем детстве, эти связи сохраняются и во взрослой жизни: прием пищи используется как метод регуляции настроения, а психосоматические расстройства желудочно-кишечной системы

служат разрешению многообразных невротических конфликтов.

Ф. Александер описал психосоматические факторы «невроз желудка» (незащищенность и желание отдыха) и пептической язвы (высокие амбиции, исключаящие удовлетворение бессознательных оральных потребностей) [1]. Как патогенные, следовательно, можно рассматривать личностные паттерны, связанные с повышенной ответственностью и перфекционизмом [2]. Язва понимается Ф. Александером как результат галлюцинаторного переваривания пищи, символизирующей любовь и заботу. На данный момент опубликовано значительное количество работ, в которых такие расстройства, как неспецифический язвенный колит, пептическая язва, язва двенадцатиперстной кишки, нарушения пищевого поведения, рассматриваются в русле психодинамического подхода [8]. Из недавних работ стоит отметить серьезное исследование характеристик телесной границы у психосоматических (в том числе гастроэнтерологических) больных М.Л. Мельниковой при помощи ряда проективных методик [7].

Вышеупомянутые авторы сходятся во мнении о недостаточности симптоматической терапии и необходимости интеграции в курс лечения психотерапии. Например, в недавней работе на части выборки показан успех поведенческой терапии (электроэнцефалографическое и Т-электромиографическое биоуправление) в купировании хронического абдоминального болевого синдрома (ХАБС) [10]. Тем не менее психотерапия, претендующая на индивидуальный подход к пациенту, нуждается в более детальной оценке психологических различий, соответствующих полу больных и ряду психосоматических и соматопсихических особенностей. Выделению этих различий для такого широко распространенного расстройства, как ХАБС, посвящена данная работа.

## Материал и методы

В исследовании приняли участие 100 пациентов (18 мужчин и 82 женщины) гастроэнтерологического стационара с ХАБС. Возраст испытуемых составлял от 16 до 69 лет. Средний возраст ( $45,8 \pm 11,0$ ) года; значимой связи пола и возраста испытуемых не обнаружено. На момент начала исследования длительность заболевания составляла не менее 3 мес. В интересах более полного учета психосоматических факторов данные испытуемых были распределены по подгруп-

пам по факторам: 1) пола; 2) соответствия критериям Международной классификации болезней 10-го пересмотра для соматоформного болевого расстройства (СФБР); 3) силы боли, оцененной по визуально-аналоговой шкале (ВАШ); 4) типа отношения к болезни.

В группу СФБР вошли 63 пациента, страдающие преимущественно синдромом раздраженного кишечника (34 человека; 54%), значительно реже — хроническим (12; 19,1%) и реактивным (9; 14,3%) панкреатитами. Группу хронической боли (ХБ), соответствующей тяжести соматического нарушения (37 человек), составили в основном пациенты с хроническим (12; 32,4%) и реактивным (5; 13,5%) панкреатитами, а также с язвенными болезнями (10; 27,0%) — желудка или двенадцатиперстной кишки.

Для сопоставления силы боли по ВАШ с порядковыми и метрическими переменными использовался непараметрический корреляционный анализ по целой выборке. В случае с переменными номинального уровня (качественные) использовались контрастные группы с исключением 56% выборки, показавших промежуточные значения. Таким образом, сравнивались две группы, включавшие по 22 испытуемых.

По типу отношения к болезни пациенты были разделены на подгруппы наиболее распространенных вариантов и сочетаний, а именно: все с тревожным типом (51 человек), только с тревожным типом (16), с тревожным и неврастеническим типами одновременно (30), все с ипохондрическим типом (8), все с паранойяльным типом (10), все с гармоническим типом (7), все с эргопатическим типом (10), только с апатическим типом (17 человек).

Помимо пола, возраста и данных о релевантных ХАБС расстройствах учитывались и другие параметры: психиатрический диагноз (если таковой имелся), осознанность пациентом психологической обусловленности боли и сила болевого синдрома по ВАШ. Также 97 участников исследования заполнили ряд кратких опросников — шкалу депрессии Бека, шкалы ситуативной и личной тревожности Спилбергера—Ханина, опросник социальной фрустрированности Вассермана и TAS (вариант на 26 вопросов) [9]. Кроме того, 99 испытуемых прошли проективный тест Зонди [3], а 95 — тест Люшера (1-й и 2-й выборы восьми цветов, выбор из 4G и оттеночных субтестов), 28 пациенток заполнили тест МСМІ-III [11]. Сравнение выделенных подгрупп производилось на основании вышеупомянутой батареи.

Проверка гипотез о различиях между группами испытуемых производилась при помощи критерия (угловое преобразование) Фишера (для переменных номинального уровня) и *U*-критерия Манна—Уитни. Гипотезы о взаимосвязи различных переменных проверялись путем корреляционного анализа по Спирмену. Кроме того, широко использована описательная статистика. Все расчеты проводились в программных пакетах StatSoft Statistica 6.0 и IBM SPSS 11.0. Предварительная обработка данных осуществлялась в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2003.

### Результаты и обсуждение

Тип отношения к болезни определялся по результатам личностного опросника Бехтеревского института (ЛОБИ), а сила болевого синдрома — по длине отрезка ВАШ. Подгруппы СФБР и ХБ выделялись на основании данных клинического метода и клинико-психологического интервьюирования. Получено значимое различие подгрупп по частоте психиатрических диагнозов невротического уровня (в группе ХБ — ни одного) и незначимое — по связи с психологическими факторами (69,8% в группе СФБР против 56,8% в группе ХБ).

Ни одна из переменных, по которым происходило разделение на подгруппы, не была достоверно связана с возрастом. Однако группы СФБР и ХБ статистически значимо различались по встречаемости некоторых типов отношения к болезни (рис. 1). Кроме того, испытуемые группы СФБР отличались большей общей интенсивностью болевого синдрома по ВАШ ( $p < 0,05$ ), а также несколько меньшим процентом мужчин (12,7% против 27,0%; не значимо ( $n/z$ )).

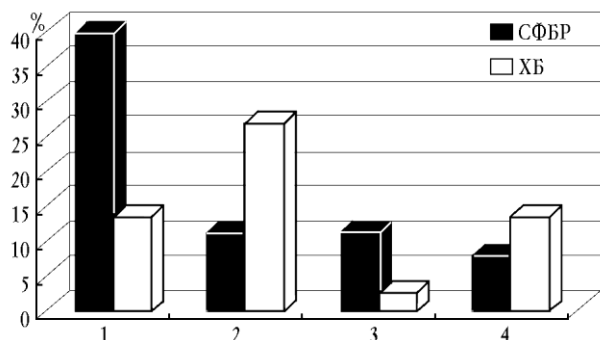


Рис. 1. Встречаемость некоторых типов отношения к болезни в группах соматоформного болевого синдрома и хронической боли: 1 — комбинация тревожно-неврастенического ( $p < 0,01$ ); 2 — апатического ( $p < 0,05$ ); 3 — ипохондрического ( $n/z$ ); 4 — паранояльного ( $n/z$ )

Переменная пола оказалась связана, хотя и не достоверно, со встречаемостью тревожного типа и комбинации тревожного и неврастенического типов (33,3 и 16,7% у мужчин, 57,3 и 32,9% у женщин соответственно). Группы сильного и слабого болевого синдрома различались и по распространенности астенического типа отношения к болезни (0% в группе сильной боли против 27,3% в группе слабой;  $p < 0,05$ ). Указанная взаимосвязь переменных учитывалась при интерпретации результатов сравнения групп.

Так, оказалось, что выраженность депрессивных симптомов, ситуативной и личностной тревожности и алекситимии образует корреляционную плеяду, отражающую общий уровень психологического неблагополучия. Все переменные этой плеяды оказались связаны с уровнем боли по ВАШ. При балансировке других подгрупп по уровню боли устранялось и большинство их отличий по BDI, TAS и шкале Спилбергера—Ханина. Практически все пациенты с сильной болью отметили наличие психогений, обусловивших болевой синдром (95% для сильной боли и 59% для слабой,  $p < 0,01$ ). Испытуемые с психогенной болью продемонстрировали значимо большую выраженность упомянутых «симптомов», сопровождающих сильный болевой синдром (рис. 2).

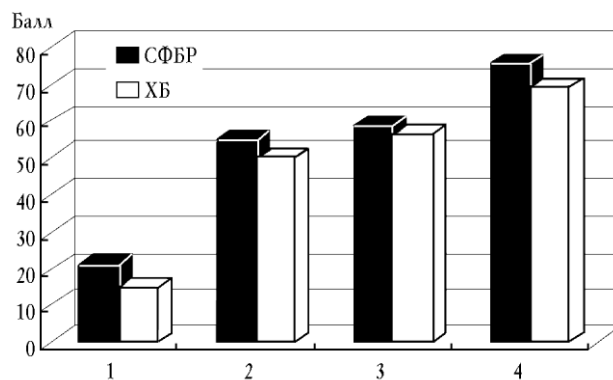


Рис. 2. Медианы баллов по некоторым опросникам в группах соматоформного болевого синдрома и хронической боли: 1 — депрессия по шкале Бека ( $p < 0,001$ ); 2 — реактивная тревожность по шкале Спилбергера ( $p < 0,05$ ); 3 — личностная тревожность по шкале Спилбергера ( $n/z$ ); 4 — алекситимия по TAS ( $p < 0,01$ )

Значимые различия в соотношении типов отношения к болезни между группами СФБР и ХБ становились минимальными, если учитывались только пациенты со средним уровнем боли (на нем группы наиболее сбалансированы по этому признаку). Вероятно, это дает возможность говорить, что связь типа отно-

шения к болезни и значимости психологических детерминант ХАБС проявляется лишь при определенной силе болевого синдрома.

При сопоставлении групп по полу выяснилось, что мужчины показывают большую личностную тревожность, чем женщины ( $p < 0,05$ ). Типы отношения к болезни в общем несущественно различались по данным опросников. Тем не менее пациенты тревожного типа имели значимо более высокие баллы по BDI ( $p < 0,05$ ), а с сочетанием тревожного и неврастенического типа — по шкале Вассермана ( $p < 0,05$ ). Испытуемые же с эргопатическим типом отношения к болезни, напротив, продемонстрировали минимальные значения по шкалам тревожности Спилбергера ( $p < 0,05$  и  $p < 0,01$ ), TAS и шкале Вассермана (оба —  $p < 0,05$ ).

Интенсивность боли оказалась связана (корреляция приближается к уровню статистически достоверной) со шкалами избегающих личностных черт ( $r = +0,39$ ) и дистимического расстройства ( $r = +0,37$ ) МСМИ-III. В группе СФБР уровень боли связан со шкалами шизотипической личностной патологии ( $r = +0,56^*$ ) и дистимического расстройства ( $r = +0,56^*$ ), а в группе ХБ — негативно со шкалой шизоидных личностных черт ( $r = -0,66^*$ , для сравнения: в группе СФБР  $r = +0,48$ ; знак «\*» соответствует уровню значимости  $p < 0,05$ ). Группа СФБР отличалась от группы ХБ повышенными значениями целого ряда шкал МСМИ-III (рис. 3). Малые опросники положительно и значимо коррелировали с большинством шкал МСМИ-III (кроме нарциссических личностных черт, соматоформного и посттравматического расстройств; меньше связей со шкалами шизоидных черт и маниакального эпизода). Небольшая величина подвыборки не позволила провести сравнение различных типов отношения к болезни по баллам МСМИ-III.

Изучение усредненных рядов второго выбора восьми цветов теста Люшера показало, что независимо от параметра подразделения выборки на подгруппы последовательность остается практически постоянной, за исключением фиолетового цвета, варьирующего от первой до пятой позиции. Пациенты групп СФБР, сильного болевого синдрома и гармоничного, ипохондрического и тревожно-неврастенического типов отличались от других пациентов расположением фиолетового цвета преимущественно в начале ряда. В группе ХБ чаще оказывались ближе к началу ряда желтый ( $p < 0,05$ ) и зеленый (н/з) цвета. Кроме того, в подвы-

борках ХБ, слабого болевого синдрома и гармоничного, эргопатического и апатического типов (в отличие от всех остальных) коричневый цвет находился в усредненном ряду после серого. Значительных различий в зависимости от пола испытуемых не обнаружено.

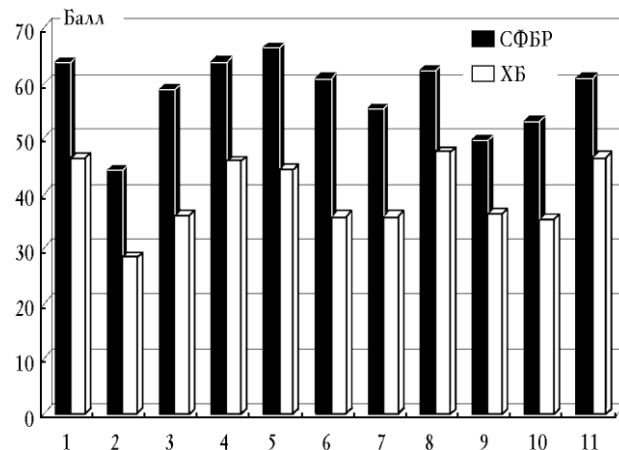


Рис. 3. Медианы баллов по некоторым шкалам МСМИ-III в группах соматоформного болевого синдрома и хронической боли: 1 — шизоидные (н/з); 2 — избегающие ( $p < 0,01$ ); 3 — зависимые ( $p < 0,05$ ); 4 — гистрионические ( $p < 0,05$ ); 5 — антисоциальные (н/з); 6 — пассивно-агрессивные ( $p < 0,05$ ) личностные черты; 7 — паранойяльная (н/з) личностная патология; 8 — соматоформное расстройство ( $p < 0,05$ ); 9 — маниакальный эпизод (н/з); 10 — алкоголизм ( $p < 0,05$ ); 11 — обманы восприятия (н/з)

Для сравнения групп СФБР и ХБ дополнительно проведен анализ достоверности различий по выборам в оттеночных субтестах. Он показал статистически значимое предпочтение группой СФБР синего оттенка красного цвета, а группой ХБ — чистого красного и приближающееся к значимому — зеленого оттенка красного и красного оттенка желтого для СФБР и зеленого оттенка желтого для ХБ. При балансировке групп по силе боли статистически значимые различия были устранены; в качестве приближающегося к достоверному сохранилось только соотношение групп по позиции синего оттенка красного цвета.

Подробные данные о различиях, полученных при помощи теста Зонди, и их достоверности представлены в таблице. Стоит отметить, что большинство типов отношения к болезни оказались своеобразны в отношении реакций теста. Исключение составил разве что чистый тревожный тип. Особенности же тревожного типа вообще в основном объяснялись вкладом подгруппы тревожно-неврастенического типа, поэтому было решено не рассматривать первый как отдельный вариант. Кроме того, примечательны и половые раз-

личия, часть которых не укладывается в рамки, очерченные нормативными данными здоровых людей,

приводимыми Л. Зонди [3].

Данные о различиях, полученных при помощи теста Зонди

Реакция	Чаще в группе	p	Реакция	Встречаемость	p	
<i>Разделение на группы по природе болевого синдрома</i>			<i>Разделение на группы по типу отношения к болезни</i>			
Факторные реакции:	соматоформной боли	hy-	При тревожно-неврастическом типе:	чаще		
k-		<0,001	k-			<0,01
d0		<0,01	d0			<0,01
s-		<0,05	hy-			н/з
e+		н/з	s±			<0,001
k0	хронической боли	<0,01	d-	реже	<0,001	
s±		н/з	e0		<0,05	
hy0		н/з	hy±		н/з	
p±		н/з	При ипохондрическом типе:			
Векторные картины:	соматоформной боли	Sch -0	m-	чаще	<0,05	
P +-		<0,05	e+		н/з	
S +-		н/з	При паранойальном типе:			
P ±-		н/з	k±	<0,05		
C 0±		н/з	p-	<0,05		
C ±0	хронической боли	<0,01	s-	чаще	н/з	
Sch 00		<0,05	d+		н/з	
P 00		н/з	m+		н/з	
P 0±		н/з	s0		реже	н/з
<i>Разделение на группы по силе болевого синдрома</i>			При гармоническом типе:			
p±	слабой боли	<0,05	e0	чаще	<0,05	
d0		<0,05	k0		<0,05	
k0		н/з	k-	реже	<0,05	
d+	сильной боли	н/з	p-	н/з		
<i>Разделение на группы по полу</i>			При эргопатическом типе:			
k0	мужчин	<0,05	hy-	реже	<0,05	
m±		<0,05	k+		н/з	
hy+		н/з	При апатическом типе:			
p±		н/з	d-	<0,05		
hy-	женщин	<0,05	s±	чаще	н/з	
k-		<0,05	p+		н/з	
m+		<0,05	e+		н/з	
s-		н/з	d+	реже	н/з	
e±		н/з				

Исходя из приведенных данных, можем предположить существование группы тесно взаимосвязанных негативных психологических факторов (депрессивной симптоматики, тревоги, алекситимии), отражающих обобщенный уровень глубины психологических проблем пациента, «невидимых миру слез». Этот комплекс оказывает влияние на появление разнообразных патологических личностных черт и психопатологической симптоматики. Кроме того, его выраженность напрямую связана с силой болевого синдрома по оценкам пациента. Возможно и обратное влияние интенсивности боли на уровень тревоги и депрессии.

Пациенты с соматоформным болевым расстройством демонстрируют этот психологический симптомокомплекс чаще и сильнее, чем те, чья боль обусловлена преимущественно соматическим фактором. Так как в большинстве своем психосоматические пациенты вообще и соматоформные в особенности алекситимичны, первым признаком, позволяющим определить тяжесть психологических нарушений, а также роль психосоциальных факторов в генезе ХАБС, является самооценка уровня и иных характеристик боли.

Чем выше показатели ВАШ, тем больше пациент нуждается в психотерапевтической помощи и тем выше его резистентность к психотерапии. Этот крите-

рий оправдан, поскольку ВАШ отражает не некий объективный уровень боли, а его восприятие пациентом, интенсивность его жалоб. Кроме того, оценки по ВАШ до 4 см с большой долей вероятности исключают СФБР, а 8 см и более говорят, скорее, в пользу его наличия и, соответственно, необходимости преимущественно психотерапевтического лечения.

Основными мишенями психотерапии должны быть снижение депрессивного аффекта и тревоги, а также повышение вербализации пациентами их эмоционального опыта. Кроме того, в долгосрочной психотерапии особое влияние следует уделить личностным чертам, соответствующим избегающему личностному расстройству (активное участие в социальных контактах, сопровождающееся отстраненностью, происходящей из страха отвержения и неадекватности, склонность переоценивать трудности и проблемы, повышенная тревожность и чувствительность к критике, страх сильных эмоций, фобические реакции) и дистимическому расстройству (подавленное настроение с нарушениями сна, аппетита, внимания, низкой самооценкой или чувством безысходности) по DSM-IV [4, 11]. Также следует быть готовыми к большей распространенности при СФБР и черт зависимого, гистрионического и пассивно-агрессивного расстройств, а кроме того — склонности к злоупотреблению алкоголем.

Напротив, нарциссические личностные черты и симптомы ПТСР, если они не представляют самостоятельной серьезной проблемы для пациента, корректируются в последнюю очередь, так как, вероятно, не связаны с силой болевого синдрома. Стоит отметить также, что у пациентов с ХАБС без соматоформного расстройства (в отличие от пациентов с таковым) шизоидные личностные черты (нежелание устанавливать социальные контакты, отстраненность, отсутствие близких, узкий диапазон и небольшая интенсивность эмоций) [4, 11] могут быть своеобразной защитой, позволяющей стоически, практически безразлично относиться к боли. Это заставляет подходить к работе с этими особенностями в режиме кратковременной терапии с осторожностью, так как результатом может быть усиление болевого синдрома.

Наиболее благоприятным для ХАБС в контексте вышеописанных факторов является эргопатический тип отношения к болезни. Пациенты этого типа менее тревожны, лучше осознают свои эмоции и отмечают меньшую степень социальной фрустрированности,

чем все остальные. Также в качестве приемлемого выступает и гармоничный тип, отличающийся (хотя и не достоверно) наименьшим уровнем депрессивного аффекта. Между тем чаще всего в популяции страдающих ХАБС (особенно при варианте с соматоформным расстройством) обнаруживается тревожный тип в различных сочетаниях, что является неблагоприятным вариантом, так как связано с высоким уровнем депрессивной симптоматики и интенсивностью болевого синдрома. При сочетании тревожного и неврастенического типов на первый план выходит переживание значительной социальной фрустрации. В диагностическом отношении полезно обратить внимание на следующий парадокс: у мужчин тревожный тип встречается реже, однако личностная тревожность (возможно, связанная с противоречием статуса хронически больного традиционным маскулинным установкам) у них значительно выше, чем у женщин. Промежуточное место в отношении психологических факторов занимает апатический тип, чаще всего проявляющийся при слабом болевом синдроме, обусловленном преимущественно соматической патологией.

Таким образом, в большинстве случаев в качестве дополнительных целей можно выделить проработку аффектов тревоги и раздражения, повышение толерантности к боли и поддержку пациента в поиске или в продолжении работы. Для больных с тревожно-неврастеническим типом может быть полезным совместное с психотерапевтом планирование преодоления социальных фрустраций, участие последнего в формировании поддерживающего окружения. Апатический тип обычно сильнее нуждается в гастроэнтерологической помощи, чем в психотерапевтической. Однако в силу своих особенностей пациенты этого типа слабо мотивированы на лечение, и основная задача психотерапевта — повысить мотивацию пациента и убедить его в необходимости прописанных обследований, терапии и режима.

Значимый вклад в силу болевого синдрома вносят проявления значений фиолетового (преимущественно в паре с зеленым и «за счет» него), в меньшей степени — коричневого цветов. Очевидно, определенную роль в психосоматических соотношениях при ХАБС играют эгоцентризм, высокомерие, манипулятивность и желание дешевой популярности, не подкрепленной интерперсональной ответственностью. Этот «портрет» стремлений пациента с сильным болевым синдромом дополняется выраженной эстетической направленно-

стью, утонченностью и настойчивой потребностью в идентификации. В этом случае больным выгоднее «быть проще». Кроме того, оптимальные типы отношения к болезни характеризуются несколько меньшим вниманием к физическим потребностям и самочувствию, что, правда, может быть обусловлено и относительно слабым болевым синдромом.

Пациенты с СФБР обнаруживают большую неудовлетворенность жизнью в целом и своими отношениями в частности, чаще испытывают и с трудом удерживают под контролем эмоции раздражения, при этом не готовы исправить ситуацию за счет приложения собственной активности. Реже прибегают к контролю окружающих и обозначению своих границ, менее насторожены в общении, чаще ожидают приятных отношений и времяпрепровождения. Эти различия говорят о необходимости совместно с соматоформным пациентом найти для него источник энергии и мотивировать его на большее проявление собственной активности и инициативы.

При рассмотрении выделенных Зонди бессознательных побуждений в подгруппах в первую очередь стоит отметить большую «нормальность» факторных реакций, векторных картин (не считая преобладания картины «невротического, вытесняющего я», дополнительно подтверждающего психогенную природу боли) и профилей в целом в группе ХАБС с соматоформным болевым расстройством. В то же время значительно более психологически благополучные пациенты группы ХБ давали большое количество реакций дезинтеграции, опустошенности я, разрядки влечения демонстративности-скрытности. Картина контактов пациентов отличается тем, что соматоформные больные не стремятся к поиску значимых объектов, а больные, чей ХАБС был вполне соматически обусловлен, оказываются неспособными к этому поиску.

Можно предположить, что эти реакции — следствие взаимодействия идентичности, картины я пациентов с условиями стационарного лечения. У больных СФБР представление о самих себе как о страдающих от того или иного заболевания прочно включено в структуру идентичности, поэтому, будучи помещенными в стационар, где ежедневно подтверждается их я-концепция, они чувствуют себя «как дома». У пациентов с ХАБС с меньшим влиянием психологических факторов госпитализация нарушает идентичность, поскольку ее краеугольные камни могут быть совершенно другими. Эти боль-

ные вынуждены (по крайней мере, временно) расстаться с привычными занятиями, работой, социальным статусом и т.д. Подобные переживания утраты части своего я, вытесняемого идентификацией себя с «больным», «пациентом», более характерны для мужчин, чем для женщин, а также при относительно слабом болевом синдроме.

Кроме того, от мужчин стоит ожидать постоянного колебания представлений об уровне своих возможностей (степени интернальности), менее устойчивого психотерапевтического альянса и меньшего количества переносных реакций, чем от пациенток-женщин. Женщины, в свою очередь, могут быть дружелюбнее настроены и устанавливать более стабильные отношения с психотерапевтом, однако будут скрытными в отношении действительно важного материала и менее демонстративными в поведении. Пациенты, отличающиеся сильным болевым синдромом, склонны к поиску значимых объектов, возможно, призванных защитить их от переживания боли (что подразумевает их трансференсную природу), в отличие от пассивных в этом отношении пациентов со слабой болью.

Из обозначенных выше особенностей наиболее важной кажется дезинтеграция я у больных ХАБС без соматоформного расстройства. Таким пациентам необходимо обеспечить сохранение статусов и идентификаций, поощряя общение с членами семьи и друзьями, телефонные разговоры с коллегами и т.д. Показаны форматы психотерапии, максимально вовлекающие собственные возможности пациентов (в особенности мужского пола) и ведущие к зримым результатам (например, биоуправление). Что касается пациентов с ХАБС с выраженными психологическими детерминантами, важно помнить, что их нормальные по отдельности реакции могут складываться в констелляции, связанные с самоотрицанием.

Данный раздел завершит серия «портретов» различных типов отношения к болезни при ХАБС, «написанных» исходя из обнаруженных у них отличий в системе побуждений. Итак, эргопатический тип, являющийся при данной нозологии самым благоприятным, отличается демонстративностью (или, точнее, нежеланием что-либо скрывать) и полной неготовностью принимать что-либо на веру, желанием контролировать себя и других. У пациентов гармоничного типа значительно реже, чем у других, встречаются черты «вымуштрованного я», характерного для малообразованных и психологически «примитивных» людей. Однако крайне

часты локальные нарушения идентичности и велика вероятность необдуманных, импульсивных реакций, что также необходимо учитывать в психотерапии.

Апатический тип характеризуется самодостаточностью и относительно большой степенью уверенности в себе. При этом не слишком дружелюбен и имеет напряженные агрессивные тенденции. Пациент ипохондрического типа, напротив, предпочтет устанавливать позитивные, но несколько дистантные (так как видит себя автономным, не нуждающимся в ком-то еще) отношения. Побуждения испытуемых паранойяльного типа отражают картину «я, работающего как каторжник», т.е. чувствующего угрозу и поэтому напрягающего все силы для выхода из сложившейся ситуации. Кажущийся альянс с таким пациентом будет установлен сравнительно легко, но его поддержание будет очень тяжелой задачей из-за распространности «биообъектных» реакций. Важно помнить, что пациент паранойяльного типа опасается врачей как могущественных существ, способных причинить ему вред, но не стремится перейти на них в «контратаку».

Пациенты тревожно-неврастенического типа практически не демонстрируют напряжения, накопления садистического аффекта, как практически нет у них и внезапных компульсивных реакций. Они в большей степени скрытны и критичны (в том числе самокритичны), чем пациенты других типов, и почти совсем не готовы искать новые значимые объекты (но не из верности старым, а из-за разочарования в возможности найти «того самого» человека, чреватого депрессией). Последняя особенность может проявиться в переносе, осложнив формирование альянса [3].

## Заключение

Таким образом, показано, что при ХАБС в зависимости от роли психологических детерминант, силы болевого синдрома, пола и типа отношения к болезни в значительной степени изменяется внутренний мир пациента. Отражена связь различных психологиче-

ских особенностей с интенсивностью боли. Обнаружена устойчивая констелляция силы болевого синдрома, депрессивной симптоматики, тревожного аффекта и выраженности алекситимии.

Выделены главные и второстепенные мишени психотерапии в зависимости от всего многообразия рассмотренных психосоматических характеристик пациента. Обозначен типичный для пациентов с ХАБС без соматоформного болевого расстройства локальный кризис идентичности. Показаны различия между типами отношения к болезни по проявлениям бессознательных побуждений. Продемонстрирована психотерапевтическая значимость этих различий (их влияние на структуру я пациента, формирование психотерапевтического альянса и особенности переносных реакций).

## Литература

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с.
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: краткий учебник. М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. 376 с.
3. Зонди Л. Учебник экспериментальной диагностики побуждений. Кишинёв, 1998. Т. 1. 416 с.
4. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Личностные расстройства. СПб.: Питер, 2010. 400 с.
5. Малкина-Пых И.Г. Желудочно-кишечные заболевания. Вы больны или вам «кажется». СПб.: БХВ-Петербург, 2005. 144 с.
6. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: справочник практического психолога. М.: ЭКСМО, 2005. 992 с.
7. Мельникова М.Л. Телесная граница и агрессивность: клинико-психологическое исследование. Ижевск: ERGO, 2009. 180 с.
8. Психология гастроэнтерологических расстройств: избранная аннотированная библиография / сост. М.Л. Мельникова; науч. ред. С.Ф. Сироткин. Ижевск: ERGO, 2009. 64 с.
9. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие. Самара: БАХРАХ-М, 2001. 672 с.
10. Шубина О.С., Джафарова О.А., Несина И.А. и др. Биоповеденческая терапия при хроническом абдоминальном болевом синдроме // Вестник НГУ. Сер. Биология, клиническая медицина. 2007. Т. 5, № 2. С. 12—18.
11. Jankowski D. A Beginner's Guide to the MCMI-III. APA Books, 2002. 221 p.

Поступила в редакцию 11.08.2011 г.

Утверждена к печати 22.12.2011 г.

## Сведения об авторах

А.А. Токарева — НИИ молекулярной биологии и биофизики СО РАМН (г. Новосибирск).

М.Е. Мельников — НИИ молекулярной биологии и биофизики СО РАМН (г. Новосибирск).

О.С. Шубина — канд. мед. наук, НИИ молекулярной биологии и биофизики СО РАМН (г. Новосибирск).



*И.А. Несина* — д-р мед. наук, профессор НМГУ (г. Новосибирск).

*Е.И. Мигуськина* — канд. мед. наук, ГБУЗ НСО «Государственная новосибирская областная клиническая больница» (г. Новосибирск).

**Для корреспонденции**

*Мельников Михаил Евгеньевич*, тел. 8-953-792-7480; e-mail: mikhail-melnikov@mail.ru