

## ОСОБЕННОСТИ ФРУСТРАЦИОННОГО РЕАГИРОВАНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Т.В. Брябрина

Представлены результаты исследования фрустрационных реакций, объектов фрустрации и фрустрируемых ценностей у пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией и невротическими расстройствами. Выявлено расхождение между характеристиками вербальных и эмоциональных фрустрационных реакций у пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией и преимущественная согласованность таких характеристик у пациентов с невротическими расстройствами. Отмечается низкая значимость ценности здоровья у всех пациентов молодого возраста.

*Ключевые слова:* соматоформная вегетативная дисфункция, невротические расстройства, фрустрационные реакции, ценности, «Вербальный фрустрационный тест», молодой возраст.

### Введение

Одной из наиболее сложных и не решенных проблем является определение механизмов, обуславливающих формирование психосоматического или невротического расстройства и выделение дифференциальных критериев этих расстройств. Наиболее остро этот вопрос стоит в отношении соматоформных расстройств (СФР). При этом в публикациях по проблеме рассматриваются различия либо в психологических характеристиках больных, либо в физиологических механизмах, объясняющих развитие невротического или психосоматического варианта течения. Считается, что СФР можно отнести к пограничным психогенным психическим расстройствам непсихотического уровня [1, 4, 5, 7 и др.].

В генезе и психосоматических, и невротических расстройств определяющую роль играют и особенности личности больного, и внутриличностные конфликты [6, 7]. Считается, что тот или иной уровень адаптивности индивидуума к внешним и внутренним условиям обеспечивается разнообразными процессами адаптации личности и зависит от развитости адаптивных стратегий, в том числе адаптивных фрустрационных реакций [3, 8]. Предполагается, что особенности системы механизмов психологической адаптации, структуры личности и уровня социально-психологической адаптации определяют развитие нервно-психического расстройства либо по невротическому, либо по психосоматическому варианту.

Особенности личности более четко проявляются в состоянии эмоционального напряжения. В литературе фрустрация определяется как психическое состояние, возникающее в условиях сильной мотивированности достижения цели (удовлетворения потребности) и наличия препятствия к ее достижению [10]. Фрустрационная реакция определяется как ответ индивида на возникающие непреодолимые (объективные или субъективные) преграды, блокирующие деятельность на пути к достижению цели, и сопровождается рядом эмоциональных проявлений [2, 9, 13]. Фрустрация, рассматриваемая в контексте следствий межличностного взаимодействия, порождается ситуациями, в которых окружающие индивида лица специально или нечаянно ущемляют его интересы, что приводит к блокировке значимых потребностей [12]. Адаптивность – дезадаптивность фрустрационного реагирования определяется фактором его конструктивности – деструктивности. Конструктивные фрустрационные реакции характеризуются адекватностью, активностью, сознательностью и направленностью на разрешение ситуации препятствия с учетом возможностей субъекта. Неконструктивные – проявляются в отказе от адекватного разрешения, в использовании самозащитных реакций, в фиксации на препятствии, в подчеркивании своей вины или обвинении других лиц [13]. Фрустрационные реакции личности связывают с уровнем и характером агрессивности, в частности,

с ее чрезмерностью и неконструктивностью. При этом важно подчеркнуть, что при психосоматических заболеваниях пациенты характеризуются высоким уровнем агрессии часто без возможности ее выражения [11]. Блокирование и нереализованность актуальных потребностей способствуют возникновению тревожности и внутреннего конфликта. Длительное неудовлетворение жизненно важных потребностей является главной причиной невротических заболеваний, развития патологических черт личности (что является базовым положением многих психодинамических теорий). В то же время во многих таких теориях рассматривается феномен соматизации как способ и следствие переработки невротического конфликта, находя свое отражение в классических положениях психосоматики о «специфическом конфликте», «специфическом профиле» и «конверсии на орган» [1, 5].

Как следствие возникает необходимость изучения характеристик выраженности и направленности фрустрационных реакций и уровня агрессии у лиц с соматоформной вегетативной дисфункцией и невротическими расстройствами. При этом важным является исследование начальных этапов формирования таких расстройств, поскольку именно в этот период происходит закладка и развитие их патогенетических механизмов, характеризующих «невротический» либо «соматоформный» варианты заболевания. Поэтому наиболее адекватной возрастной группой представляются лица молодого возраста.

## Материалы и методы исследования

Проведено исследование 80 человек, учащихся высших учебных заведений г. Челябинска, в возрасте от 17 до 25 лет. Исследование проводилось в двух клинических группах, критерием включения в которые являлось наличие верифицированного клинического диагноза «соматоформная вегетативная дисфункция» (СФВД, код F.45.3 по МКБ-10) либо диагноза «невротическое расстройство» (НР, код F.40 – 43 по МКБ-10). Численность испытуемых первой группы (далее – группа СФВД) составила  $n_1 = 50$  человек, в том числе 22 испытуемых мужского пола и 28 – женского. Численность испытуемых второй группы (группа НР)  $n_2 = 30$  человек, в том числе 6 испытуемых мужского пола и 22 – женского.

Исследование проводилось с помощью взрослого варианта проективной методики «Вербальный фрустрационный тест» (ВФТ)

Л.Н. Собчик. Методика направлена на определение стиля эмоционального реагирования в отношении лиц из окружения (в том числе и значимых других) в ситуации фрустрации и позволяет определить наиболее значимые для испытуемых фрустрируемые ценности [12].

В соответствии с особенностями статуса лиц молодого возраста и небольшим социальным опытом испытуемых для проведения исследования были отобраны утверждения, относящиеся к сфере межличностного взаимодействия со значимыми близкими («мама», «папа»), ближайшего социального окружения («приятель», «приятельница»), деловой коммуникации («преподаватель») и эмоционально индифферентные («уличные контакты»). В результате исследования были исключены входящие в состав стимульного материала методики фигуры: «директор» («начальник»), «сотрудник» и «сотрудница», «жена» («муж»), «дочь» и «сын» – поскольку для большинства испытуемых молодого возраста такие фигуры не являются диагностически репрезентативными для статистического анализа данных.

Проведено исследование первичных статистик и достоверность различий по непараметрическим критериям U-Манна-Уитни и Т-Вилкоксона, а также по t-критерию Стьюдента. Математико-статистические расчеты производились с помощью пакета статистических программ SPSS Statistics 17.0.

## Результаты исследования

### Особенности выполнения и ответов

Качественный анализ проведения обследования показал, что в ходе тестирования было отмечено наличие достаточно частых реакций испытуемых в виде «забывания» части инструкции, а именно – отчета о своих невербальных реакциях. Причем у пациентов с СФВД такая тенденция отмечалась чаще, так же как и трудности в описании эмоциональных реакций и их дифференциации в случае обращения внимания экспериментатора на допущенный дефект. Фактически со всеми пациентами с СФВД в ходе обследования для облегчения формализации ответов использовалась подсказка в виде перечня эмоций и переживаний человека. Сильные негативные чувства – злость, агрессия, гнев – испытуемыми отрицались и преуменьшались («чуть-чуть», «немножко» и др.). Кроме того, в группе с СФВД также более часто встречался ответ «никаких отрицательных чувств», «никакой обиды».

Качественный анализ эмоциональных реакций испытуемых показал, что у пациентов с НР ответы более дифференцированы («легкое раздражение», «легкая обида») и в большей степени отражают особенности эмоционального состояния.

Малую дифференцированность эмоциональных реакций у пациентов с СФВД можно рассматривать, с одной стороны, как проявление отрицания, блокировки агрессивных тенденций и, с другой стороны, как реакцию на незначимые для испытуемых ситуации. Дефиницию «Ничего не почувствовал», встречающуюся в протоколах наиболее часто, можно также рассматривать как показатель алекситимии, свойственной (по классическим положениям психосоматики) всем психосоматическим пациентам, либо как проявление механизмов защиты по типу отрицания.

Нередки фрустрационные реакции в виде непрямого отказа от ответов об эмоциональных реакциях (пациенты отклонялись от инструкции и начинали описывать возможные действия типа «Я бы стал расспрашивать», «Я бы стал спорить», «Я бы ушел» и т. д.) и прямого отказа («Мне такого не скажут»). Наиболее вероятно, что такие проявления могут быть связаны с наличием специфической для этого теста «прямой идентификации» (в отличие, например, от методики Розенцвейга) – испытуемый должен представить себя во взаимодействии с кем-либо из своего окружения. Это может усиливать защитные механизмы испытуемого (подавление, отрицание, шок). Исходя из этого, подобные ответы были квалифицированы как проявления отрицания и оценивались в 4 балла. Также допустимо предположить, что причиной такого рода реакций является отсутствие аналогичных ситуаций в реальном социальном опыте личности.

Вполне возможно рассматривать отказные реакции и как недостаточную развитость воображения (трудности моделирования, представления себя в таких ситуациях). Ответы на некоторые стимульные ситуации происходили через длительные паузы, что также рассматривалось как защитная или шоковая реакция.

Аналогичным образом интерпретировались как отказные реакции отчеты, не содержащие вербального выражения реакции испытуемого в стимульных ситуациях (ответ испытуемых типа «Промолчу», «Ничего не отвечу», «Проигнорирую»). Подобные реакции расценивались согласно рекомендациям

автора методики как «сдержанность» и оценивались в 3 балла. Невербальные реакции в этих случаях оценивались по фактическому содержанию ответа испытуемого.

Среди пациентов с НР ответы-отрицания ситуации («Мне такого не скажут») встречались достоверно реже, а ответы-молчания («Промолчу») – достоверно чаще. Ответы-молчания при НР чаще обнаруживаются в ситуациях взаимодействия с преподавателем и в уличных контактах. Таким образом, преподаватель является лицом, в присутствии которого самоконтроль повышается. Среди пациентов с НР ответы-молчания чаще сопровождались описанием эмоциональных реакций, в то время как пациенты с СФВД «избегали» описания переживаний в таких ситуациях, чаще указывали на малую значимость самой фрустрирующей ситуации и переходили к описанию своих действий.

Полученные данные можно рассматривать как свидетельство более выраженных реакций «сдержанности» у пациентов с СФВД и отражают в большей степени отрицание ими собственных реакций и переживаний (аналога импунитивных реакций по Розенцвейгу). Сдержанные реакции и реакции отрицания у пациентов с НР в большей степени носят самозащитный характер, сопровождаются внутренним переживанием обиды и скорее отражают избегающий стиль поведения (аналоги экстрапунитивных реакций).

Для всей выборки редкими являлись выраженные экстрапунитивные реакции с избыточной агрессивностью и выраженные интрапунитивные реакции с избыточной аутоагрессией. При этом такие реакции более характерны для невербальных, чем вербальных ответов.

Другим особым выявленным феноменом является восприятие некоторыми испытуемыми стимульных ситуаций как нефрустрирующих и незначимых, что проявлялось в исключительно положительных вербальных и невербальных реакциях испытуемых.

В исследовании выявлены не описанные в пособии [12] реакции по типу согласия в ситуациях, связанных с оценкой характера испытуемых («Да, такой», «Какой есть», «Да, оно особое» и пр.). Такие ответы указывают, вероятно, на признание сложностей в общении, связанных с собственным характером и поведением, и одновременно на восприятие недостатков своего характера как чего-то неизменного, как данности, выходящей за пре-

дела их собственной ответственности. Подобные реакции квалифицировались либо как импунитивные (3 балла), либо как умеренно экстрапунитивные (4 балла).

Кроме того, некоторые ответы испытуемых содержали в себе два лексических элемента, например, формулировались двухкомпонентные высказывания и(или) описывались смешанные и амбивалентные чувства. В отличие от теста фрустрационных реакций Розенцвейга, методика ВФТ предполагает учет только одного ответа в ситуации. Таким образом, в исследовании выявлены некоторые «слепые» психодиагностические зоны методики ВФТ, поскольку встречались варианты ответов, не предусмотренные классификацией, отмечались положительные реакции ситуации, определенные теоретическим конструктом как фрустрирующие.

### Анализ объектов (фигур) фрустрации

У пациентов обеих групп встречались случаи отказа от ответов на ситуации, связанные с взаимодействием с приятелем или приятельницей, мотивированные, как правило, отсутствием у них друзей противоположного пола. В ходе беседы проводился анализ их представлений о понятиях «друг», «приятель», «знакомый», «близкий» и т. п., а для проведения обследования уточнялось, что в этих ситуациях не подразумевается какой-то конкретный близкий человек.

У пациентов с СФВД отмечается дискордантность вербальных и невербальных реакций в отношении всех фигур взаимодействия, за исключением фигуры преподавателя (табл. 1).

Анализ данных табл. 1 показывает, что в общении с матерью, отцом, сверстниками и в индифферентных контактах пациенты проявляют большую выраженность вербальных фрустрационных реакций и вербальной агрессии.

При этом они чаще используют защитные высказывания при меньшей выраженности самих эмоциональных реакций переживаний. Можно отметить, что уровень враждебности в отношениях с отцом меньше, чем в общении с другими лицами, в его присутствии уровень самоконтроля выше. По мнению Л.Н. Собчик, экстрапунитивные высказывания свидетельствуют о том, что эти контакты (отношения) представляют для испытуемых зону конфликта либо являются менее значимыми, поэтому они позволяют себе открыто выражать агрессию. Таким образом, именно фигуру отца можно рассматривать как наиболее значимую, авторитетную.

В группе пациентов с НР выявлены значимые различия в вербальных и невербальных реакциях на стимульные фигуры приятеля и матери. В общении с ними такие пациенты чаще допускают умеренно экстрапунитивные, стеничные и резкие высказывания, но описываемые переживания соответствуют чаще только импунитивным, невыраженным эмоциональным реакциям. Характерно, что у этих пациентов не выявлено различий в вербальных и невербальных реакциях на стимульные фигуры преподавателя, отца, приятельницы и на уличные контакты (табл. 2).

В целом характер вербальных и невербальных ответов юношей и девушек с СФВД существенно не отличался, а у разнополюх пациентов с НР отмечены гендерные особенности в реакциях на приятельницу: девушки значимо более часто используют в общении с приятельницами (лицами своего пола и возраста) резкие высказывания, отрицания и стремление отстоять себя.

Статистически значимые различия выявлены в *невербальных реакциях* пациентов СФВД и НР во взаимодействии с стимульными

Таблица 1  
Среднеарифметические значения оценок вербальных и невербальных ответов на фигуры-стимулы методики ВФТ у пациентов с СФВД

Фигуры	Вербальные ответы		Невербальные ответы		Достоверность различий по Стьюденту	
	Среднее значение	Станд. отклонение	Среднее значение	Станд. отклонение	Значение критерия	Уровень значимости
Мать	3,54	1,07	3,02	0,98	7,286	<b>0,000</b>
Отец	2,98	1,61	2,68	1,35	2,782	<b>0,008</b>
Преподаватель	3,20	0,57	3,34	0,52	-1,414	0,164
Приятель	3,56	0,54	3,16	0,51	4,950	<b>0,000</b>
Приятельница	3,74	0,44	3,24	0,48	6,499	<b>0,000</b>
Уличные контакты	3,84	0,58	3,42	0,57	4,063	<b>0,000</b>

ми фигурами матери ( $U=469$  при  $p \leq 0,007$ ), приятельницы ( $U=451,5$  при  $p \leq 0,002$ ) и в уличных контактах ( $U=529,5$  при  $p \leq 0,04$ ). При этом пациенты с СФВД характеризуются меньшей выраженностью реакций на невербальном уровне по сравнению с вербальными реакциями. На вербальном уровне проявляются повышенная агрессивная реакция в виде умеренных экстрапунитивных реакций, стремления отстоять себя и отрицание своей вины, а на невербальном уровне – сдержанность собственных эмоциональных реакций, уменьшение значимости переживаний.

Таким образом, анализ ответов пациентов с СФВД по категориям «высказывания» и «чувства» показал, что в отношении всех объектов фрустрации оценки по суммарным баллам категории «сказал» выше, чем по категории «почувствовал». Это свидетельствует, что выявленный повышенный уровень их агрессивности имеет гиперкомпенсаторный характер. Пациенты с СФВД проявляют более стеничные реакции на вербальном уровне по сравнению с пациентами с НР, агрессивные реакции которых в большей степени рационально контролируются («контролируются рассудком» по терминологии Л.Н. Собчик).

#### Анализ значимости ценностей, выявляемой методикой ВФТ

Для пациентов с СФВД наиболее значимыми являются диагностируемые методикой ценности – **характер, социальный статус и кругозор**, а для пациентов с НР – **социальный статус и кругозор** (табл. 3). Характерно, что фрустрация именно этих ценностей вызывает чаще наиболее агрессивные реакции.

Ситуация фрустрации наиболее значимых ценностей вызывает умеренные экстрапунитивные реакции. Вероятно, такие ценности, как «социальный статус» и «кругозор» для испытуемых обеих групп являются показателем успеха и в целом их статусной позиции в своей референтной группе. В исследовании изучалась иерархия важности ценностей путем анализа частоты выбора из перечня 7 ценностей по предложенной Л.Н. Собчик технологии только одной ценности в качестве доминирующей (см. рисунок).

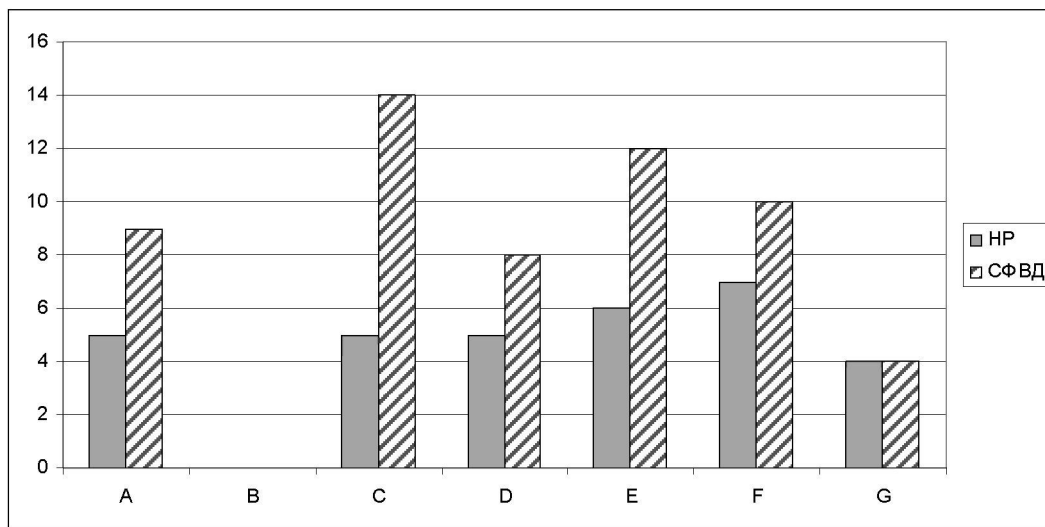
Ценность «здоровье» является наименее значимой ценностью у пациентов обеих групп, поэтому при фрустрации ценности «здоровье» в большинстве случаев у них не отмечаются выраженных фрустрационных реакций. Фрустрация по категории «здоро-

Таблица 2  
Среднеарифметические значения оценок вербальных и невербальных ответов на фигуры-стимулы методики ВФТ у пациентов с НР

Фигуры	Вербальные ответы		Невербальные ответы		Достоверность различий по Стьюденту	
	Среднее значение	Станд. отклонение	Среднее значение	Станд. отклонение	Значение критерия	Уровень значимости
Мать	3,79	0,42	3,54	0,51	2,553	<b>0,017</b>
Отец	2,86	1,90	2,64	1,79	1,800	0,083
Преподаватель	3,32	0,61	3,50	0,69	-1,411	0,170
Приятель	3,46	0,51	3,11	0,31	3,382	<b>0,002</b>
Приятельница	3,75	0,44	3,61	0,50	1,162	0,255
Уличные контакты	3,68	0,48	3,71	0,66	-2,297	0,769

Таблица 3  
Средние значения показателей по шкалам субъективных ценностей по методике ВФТ у пациентов с СФВД и НР

Ценности		СФВД		НР	
		Среднее значение	Станд. отклонение	Среднее значение	Станд. отклонение
Внешний вид	A	6,79	0,83	6,74	1,12
Здоровье	B	5,84	0,86	5,81	0,84
Характер	C	6,89	0,84	7,11	0,75
Благополучие	D	6,75	0,86	6,72	0,83
Социальный статус	E	6,82	0,96	7,12	0,74
Кругозор	F	6,89	0,77	7,11	0,77
Нравственность	G	6,60	0,96	6,77	1,00



Частота встречаемости значимости фрустрируемых ценностей у пациентов с СФВД и НР:  
 А – внешний вид, В – здоровье, С – характер, D – благополучие,  
 Е – социальный статус, F – кругозор, G – нравственность

вье» у пациентов обеих групп вызывает либо интрапунитивные реакции без выраженного чувства вины, либо импунитивные реакции, что свидетельствует о восприятии здоровья как независимого от их усилий ресурса, либо такие фрустрирующие ситуации воспринимаются ими как малозначимые. Все это позволяет рассматривать ценность «здоровье» как наименее значимую для пациентов этой возрастной группы, несмотря на наличие у них расстройства здоровья. Как следствие, можно предполагать, что у этих пациентов не сформирована адекватная мотивация на лечение, способствующая более быстрому и полному выздоровлению, а оценка состояния здоровья не интегрирована причинно-следственными связями в единую систему представлений пациентов. Во-первых, психологические проблемы рассматриваются вне контекста имеющегося заболевания, и, во-вторых, оценка относящихся к заболеванию факторов подменяется декларацией наличия психологических особенностей, характерных для лиц молодого возраста, а не связанных с нозологической или этиопатогенетической спецификой.

## Выводы

Ведущими типами фрустрационного реагирования у пациентов обеих групп является экстрапунитивный и импунитивный стиль реагирования. Наиболее значимыми ценностями для пациентов с соматоформными вегетативными дисфункциями и невротическими расстройствами являются их социальный ста-

тус и наличие кругозора, поскольку именно эти ценности рассматриваются лицами молодого возраста как показатели личной успешности и достигнутой статусной позиции в своей референтной группе. Ценность здоровья, несмотря на наличие у них верифицированного расстройства здоровья, напротив, воспринимается как наименее значимая, состояние здоровья и психологические проблемы не связаны в единую систему представлений причинно-следственными связями.

У пациентов с соматоформными расстройствами чаще наблюдается рассогласование между вербальными и невербальными реакциями на потенциально фрустрирующие ситуации и ассоциирующиеся с ними стимульные фигуры методики ВФТ Л.Н. Собчик. При этом эмоциональные реакции у пациентов чаще являются более сдержанными, импунитивными и малодифференцированными, с очевидными трудностями в описании ими своего эмоционального состояния, что находит объяснение с точки зрения классических положений психосоматики. В то же время проблема соматоформного расстройства в научной литературе мало рассматривается с позиций современной психосоматики.

## Литература

1. Бройтигам, В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад; пер. с нем. Г.А. Обухова, А.А. Брценка. – М.: Гэотар-Медицина, 1999. – 376 с.
2. Василюк, Ф.Е. Психология переживания: анализ преодоления критических ситуа-

ций / Ф.Е. Василюк. – М.: МГУ, 1984. – 200 с.

3. Вассерман, Л.И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: учебное пособие для врачей и психологов / Л.И. Вассерман. – СПб.: «ПНИ им. В.Н. Бехтерева», 1998. – 48 с.

4. Гиндикин, В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение). – М.: Триада-Х, 2000. – 256 с.

5. Дереча, Г.И. Психогенные соматические расстройства: пособие для врачей / Г.И. Дереча, В.А. Дереча, Р.С. Егоров, О.Н. Хромушин; под ред. В.А. Дереча. – Оренбург, 2005. – 102 с.

6. Иовлев, Б.В. Психология отношений. Концепция В.Н. Мясищева и медицинская психология / Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова. – СПб.: Сенсор, 1999. – 76 с.

7. Карвасарский, Б.Д. Неврозы / Б.Д. Карвасарский. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.

8. Карвасарский, Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Б.Д. Карвасарский. – СПб.: Питер Ком, 1999. – 752 с.

9. Левитов, Н.Д. Фрустрация как один из видов психических состояний / Н.Д. Левитов // Вопросы психологии. – 1967. – № 6. – С. 118–129.

10. Лукин, С.Е. Тест рисуночной ассоциации С. Розенцвейга: руководство по использованию / С.Е. Лукин, А.В. Суворов. – СПб.: Импатон, 1993. – 62 с.

11. Очерки динамической психотерапии: транскультуральное исследование / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. – СПб.: ПНИ им. В.М. Бехтерева, 2003. – 438 с.

12. Собчик, Л.Н. Вербальный фрустрационный тест / Л.Н. Собчик. – СПб.: Речь, 2002. – 24 с.

13. Тарабрина, Н.В. Экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций: методические рекомендации / Н.В. Тарабрина. – Л.: НИИ им. В.М. Бехтерева, 1984. – 24 с.

Поступила в редакцию 28 июля 2011 г.

**Брябрина Татьяна Викторовна.** Старший преподаватель кафедры клинической психологии, Южно-Уральский государственный университет, г. Челябинск: t\_brjabrina@mail.ru

**Tatyana V. Bryabrina.** Assistant professor, Department of Clinical Psychology, South Ural State University, Chelyabinsk: t\_brjabrina@mail.ru