

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ АДАПТАЦИИ К СТРЕССУ У БОЛЬНЫХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ И НЕВРОТИЧЕСКИМИ СВЯЗАННЫМИ СО СТРЕССОМ РАССТРОЙСТВАМИ

*Е.Р. Исаева, М.И. Фещенко*

Исследованы совладающее со стрессом поведение и механизмы психологической защиты у больных с психосоматическими и больных с невротическими расстройствами. Показано, что больные неврозами чаще используют защитно-пассивное поведение, эмоциональные формы совладания. Больные гипертонией, отрицая наличие проблем, чаще используют поведенческую активность, направленную на решение проблем. Эмоциональное состояние (депрессия и тревога) негативно влияют на выбор копинг-стратегий, актуализируют защитно-пассивное поведение с тенденцией к избеганию решения проблем.

*Ключевые слова:* психологическая адаптация, совладающее со стрессом поведение, механизмы психологической защиты, уровень тревоги и депрессии.

Процессы урбанизации, ускорение темпов развития технологий приводят к расширению спектра стрессоров, с которыми ежедневно приходится сталкиваться каждому человеку. Под воздействием стрессоров происходит истощение ресурсов, а также срыв механизмов адаптации на психическом и физиологическом уровнях, и, как следствие, развиваются невротические и психосоматические расстройства. По данным А.Б. Смулевича [9], значительно возросло количество людей, страдающих различными невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами. О распространенности психосоматических нарушений в целом судить трудно, так как в связи с многообразием их клинических проявлений больные наблюдаются в разных медицинских учреждениях как общесоматического, так и психиатрического профиля, а иногда обращаются за помощью и к представителям «нетрадиционной медицины», выпадая из поля зрения врачей. Также А.Б. Смулевич указывает, что частота психосоматических расстройств в российской популяции достаточно высока и колеблется от 15 до 50 %, а среди пациентов первичной практики – от 30 до 57 %.

Несмотря на широкую распространённость представленных расстройств, различия в их этиопатогенезе до конца не изучены. Актуальным остается вопрос, каким образом осуществляется, так называемый, «выбор» между развитием невротического и психосо-

матического расстройства? Часто при создании классификаций психосоматическое расстройство рассматривается в качестве формы невротического (Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер, 1996) или, наоборот, невротическое считается одним из видов психосоматического расстройства [4, 5].

В настоящее время существует несколько основных подходов к разграничению невротической и психосоматической патологии [2, 6]. Одни авторы рассматривают данные различия с точки зрения психологических характеристик больных, выделяя, к примеру, сдержанность и подавленную агрессивность в качестве ведущих характеристик больных гипертонической болезнью (ГБ) и инфантилизм, характерный для больных неврозами (Н.В. Конончук, В.К. Мягер, 1977; Г. Аммон, 2000). Другие авторы подчёркивают различия в физиологических механизмах формирования представленных расстройств, связанные с типологическими отличиями нервной системы (В.Н. Мясищев, 1960; Ю.М. Губачев, Е.М. Стабровский, 1981). Так, для больных неврозами характерен слабый тип нервной системы, а для больных ГБ – сильный [8].

По нашему мнению, осуществление «выбора» патологии – развитие психосоматических или невротических расстройств – во многом связано с психологическими механизмами адаптации и адаптационными личностными ресурсами. Актуальность данного

исследования обусловлена отсутствием единого взгляда на природу психологических механизмов психосоматических и невротических расстройств, а также тем, что сложность в понимании природы невротической и психосоматической патологии существенно затрудняет проведение психокоррекционных мероприятий. Выявление различий в способах психологической адаптации у больных с психосоматическими и невротическими расстройствами позволит осуществлять целенаправленные воздействия по принципу «поведение-мишень» и обучать управлению болезненными симптомами.

**Целью** нашего исследования являлся сравнительный анализ психологических механизмов адаптации у больных с психосоматическими расстройствами (на примере больных гипертонической болезнью) и больных невротическими и связанными со стрессом расстройствами. Под психологическими механизмами адаптации понимались копинг-механизмы и механизмы психологической защиты, в качестве адаптационных ресурсов личности рассматривались характерологические особенности больных [1, 3, 10, 11, 12]. В соответствии с целью были поставлены следующие задачи:

1. Исследование различий в копинг-поведении, механизмах психологической защиты, характерологических особенностях больных неврозами и больных ГБ.

2. Исследование соотношений между копинг-стратегиями, механизмами психологической защиты и характерологическими особенностями в сравниваемых группах больных.

3. Исследование взаимосвязи между эмоциональным состоянием больных и психологическими механизмами адаптации.

### **Гипотезы исследования:**

1. Существуют различия в копинг-механизмах, механизмах психологической защиты и характерологических особенностях у больных с невротическими расстройствами и больных с психосоматическими расстройствами.

2. На выбор копинг-стратегий, актуализацию механизмов психологической защиты больных в большей степени влияет эмоциональное состояние, а не форма заболевания.

Для реализации поставленных задач и проверки гипотез были выбраны **методы исследования:** методики изучения совладающего поведения «Копинг-тест» (WCCL) R. Lazarus (1988) и механизмов психологиче-

ской защиты (МПЗ) «Индекс жизненного стиля» (LSI) R. Plutchik (1979); методика Леонгарда-Шмишека (в модификации Л.А. Куликова) для определения характерологических особенностей; методики для определения эмоционального состояния «Интегративный тест тревожности» (ИТТ, 2001) и опросник депрессивности А. Бека (BDI).

**Материал исследования:** было обследовано 50 пациентов трудоспособного возраста, средний возраст которых составил 40 лет. Из них 25 больных с невротическими и связанными со стрессом расстройствами и 25 больных гипертонической болезнью (ГБ). Среди больных неврозами 80 % – с диагнозом тревожно-фобическое расстройство (F.40) и 20 % – расстройство адаптации (F.43.2). В группе больных ГБ 84 % пациентов вынесен диагноз гипертонической болезни 1-й стадии (ГБ1) и 16 % – диагноз 2-й стадии заболевания (ГБ2). На момент исследования пациенты обеих групп в основном были госпитализированы первично и находились на лечении в стационаре не более 3 дней. Кроме того, из исследования были исключены пациенты с хроническими соматическими и психическими заболеваниями, имеющие органические повреждения мозга, инфаркт миокарда в анамнезе.

**Результаты исследования.** Были обнаружены различия в эмоциональном состоянии и защитно-совладающем поведении сравниваемых групп больных. Было выявлено, что в структуре копинг-поведения больных неврозами преобладает *самоконтроль* (при сравнении различий во внимание принимался  $p < 0,05$ ), а среди МПЗ доминируют *реактивные образования* и *регрессия*. У больных ГБ в копинг-поведении преобладает *планирование решения проблемы*, а среди МПЗ – *реактивные образования* и *отрицание*. Кроме того, больные неврозами достоверно чаще предпочитают копинг-стратегиям *дистанцирование* и *положительную переоценку*, по сравнению с больными ГБ. Больные ГБ достоверно чаще реагируют актуализацией защиты *отрицание*.

Проводилось сравнение результатов с нормативными показателями (табл. 1).

По сравнению с нормой, у больных неврозами значительно выше показатели МПЗ *реактивные образования*, *регрессия* и *замещение*. В копинг-поведении различий не выявлено. У больных ГБ, по сравнению с нормой, преобладают МПЗ *отрицание* и *реактивные образования*. Достоверно ниже нормативных значений показатели копинг-

Таблица 1

Анализ различий показателей копинг-стратегий и МПЗ больных в соотношении с нормативными данными (при  $p=0,05$ )

Шкалы	Сред. зн. норма	Больные невротиками			Больные ГБ		
		Ср.зн.	Ош. ср.	Дост. разл.	Ср.зн.	Ош ср.	Дост. разл.
Конфронтация	50,67	45,30	3,10	$p=0,097$	<b>39,96**</b>	2,83	<b><math>p=0,001</math></b>
Дистанцирование	49,36	51,73	3,87	$p=0,546$	<b>41,73**</b>	2,42	<b><math>p=0,004</math></b>
Поиск социальной поддержки	62,82	61,95	4,79	$p=0,858$	<b>48,61*</b>	5,87	<b><math>p=0,024</math></b>
Положительная переоценка	56,09	59,56	4,54	$p=0,451$	<b>47,88*</b>	3,91	<b><math>p=0,047</math></b>
Отрицание	66,94	69,84	4,27	$p=0,053$	<b>75,68*</b>	4,18	<b><math>p=0,050</math></b>
Регрессия	62,92	<b>73,28**</b>	3,09	<b><math>p=0,003</math></b>	61,40	5,76	$p=0,794$
Замещение	61,34	<b>50,72*</b>	4,70	<b><math>p=0,033</math></b>	53,48	5,21	$p=0,145$
Реактивные образования	60,90	<b>75,00*</b>	5,47	<b><math>p=0,017</math></b>	<b>82,88**</b>	4,38	<b><math>p=0,0001</math></b>

Примечание: \*\*при  $p<0,01$ ; \*при  $p<0,05$ .

стратегий *конфронтация*, *дистанцирование*, *поиск социальной поддержки* и *положительная переоценка*.

Данные, полученные с помощью опросника Леонгарда-Шмишека, позволили сделать вывод о том, что больные с невротическими расстройствами и больные ГБ обладают диффузным характером с доминированием эмоциональных и педантичных черт. Исследование с помощью методики ИТТ позволило сделать вывод, что для больных обеих групп характерен средний уровень тревоги. Была обнаружена тенденция к повышению уровня ситуативной тревоги у больных невротиками, а у больных ГБ – к повышению уровня личностной тревоги. Кроме того, уровень депрессии, по данным опросника депрессивности Бека, оказался выше в группе больных невротическими и связанными со стрессом расстройствами. Это подтверждает существующее в литературе [7] мнение о том, что высокий уровень депрессии свойственен для клинической картины неврозов (В.Н. Мясищев, 1960).

Таким образом, для больных с невротическими и связанными со стрессом расстройствами свойственны пассивные, в большей степени эмоциональные формы реагирования, а также попытки постоянно контролировать эмоции и обесценивать проблемы. Больные ГБ, отрицая наличие проблем, чаще используют поведенческие стратегии совладания, усиливая поведенческую активность для снятия эмоционального напряжения и направляя их на решение проблем. Защитный механизм *отрицание* в какой-то степени обеспечивает временную психологическую адаптацию за

счет повышения устойчивости к стрессовым воздействиям, однако его чрезмерная выраженность сопровождается снижением адаптивности поведения в связи с ухудшением фиксации внимания на значимых аспектах ситуации, преувеличением своих возможностей. Снижается адекватность прогноза, происходит постановка нереальных целей, нереалистичное планирование поведения.

В сравниваемых группах больных проводился корреляционный анализ между психологическими особенностями, копинг-стратегиями и МПЗ. В табл. 2-3 представлены его результаты.

Проведенный анализ показал, что у больных невротиками выраженность черт эмоционального, циклотимного и тревожного типов в структуре характера была связана с избегающим поведением. У больных ГБ преобладание в структуре характера черт тревожного, циклотимного, возбудимого и экзальтированного типов также приводило к актуализации защитно-пассивных и избегающих форм реагирования.

Была изучена взаимосвязь между эмоциональным состоянием и защитно-совладающим стилем. Объединённая группа, состоящая из больных невротиками и больных ГБ, была разделена на 2 группы по общему показателю депрессии. Уровень депрессии определялся по опроснику депрессивности А. Бека, где суммарный балл меньше 9 – отсутствие депрессивных симптомов, 19-63 балла – выраженная депрессия. В результате, в состав группы без депрессии вошло 14 пациентов с отсутствием депрессивных симптомов, а в группу с депрессией 17 пациентов с

Корреляционный анализ зависимости между показателями акцентуации характера, копинг-стратегии и МПЗ в группе больных неврозами

	Цикл.	Экз.	Эмот.	Трев.	Дист.	Гиперт.	Педант.	Ригид.	Возб.	Демонст.
Бегство	<b>0,65</b>	0,40								
Самокон.	<b>0,53</b>		0,45							
Пр.ответ.		<b>0,52</b>								
Планир.				-0,39						
Реакт.об.	0,42	<b>0,63</b>	0,45	0,47		-0,48	0,42			
Замещ.	0,48									
Вытесн.		0,42					<b>0,55</b>			
Отриц.						0,48				0,47

Примечание: при  $p < 0,01$ ; при  $p < 0,05$ .

Таблица 3

Корреляционный анализ зависимости между показателями акцентуации характера, копинг-стратегии и МПЗ в группе больных ГБ

	Цикл.	Экз.	Эмот.	Трев.	Дист.	Гиперт.	Педант.	Ригид.	Возб.	Демонст.
Бегство				0,48						
П.поддер				0,73						
Пр.ответ.				0,42						
Планир.	-0,48			-0,43	-0,46				<b>0,77</b>	
Регресс.	<b>0,71</b>	<b>0,58</b>		<b>0,55</b>						
Замещ.	0,48	0,43		0,46				0,42		
Проекц..	0,39			0,42						
Реакт.об.			<b>0,68</b>	0,45						
Компен.						0,45	0,41			0,43

Примечание: при  $p < 0,01$ ; при  $p < 0,05$ .

выраженной депрессией. Был проведён анализ различий между группами пациентов с депрессией и без неё по показателям копинг-поведения, МПЗ, ситуативной и личностной тревоги (табл. 4).

Выраженность депрессии сочеталась с преобладанием в структуре совладающего поведения стратегий *поиск социальной поддержки, самоконтроль, принятие ответственности и бегство*. С нарастанием депрессии уменьшалось использование копинг-стратегий *планирование решения проблемы, усиливались регрессия и ситуативная тревога*. Таким образом, чем более выражено депрессивное состояние, тем ярче в структуре защитно-совладающего поведения представлены эмоционально-фокусированные копинг-стратегии и защитно-пассивные формы реагирования, что соотносится с литературными данными [1;13] о характерном для больных депрессией пассивном поведении в сложных ситуациях и сочетается с явлением выученной беспомощности (В.А. Абабков, М.Пере, 2004; М.Е.Р. Seligman, 1975).

В объединённой группе больных было проведено исследование влияния уровня ситуативной и личностной тревоги на совладающее со стрессом и защитное поведение с помощью однофакторного дисперсионного анализа (ONE-WAY ANOVA). В табл. 5 представлены данные, согласно которым, с увеличением уровня ситуативной тревоги у больных учащается использование копинг-стратегий *бегство, принятие ответственности и поиск социальной поддержки*, усиливаются черты *экзальтированности*. Высокий уровень личностной тревоги способствует более частому использованию копинг-стратегии *бегство*, усиливаются МПЗ *регрессия, проекция, замещение*; в структуре поведения доминируют черты циклотимного, экзальтированного, эмотивного, ригидного, педантичного, возбудимого типов.

Таким образом, тревога негативно влияет на совладающее со стрессом и защитное поведение больных, повышая эмоциональные формы реагирования, активируя защитно-

Таблица 4

Данные сравнения средних значений показателей копинг-стратегии, МПЗ, ситуативная и личностная тревога у больных с депрессией и без неё

Шкалы	Пациенты без депрессии		Пациенты с выраж. депрессией		Дост. разл.
	Ср.знач.	Ошибка ср.	Ср.знач.	Ошибка ср.	
Самоконтроль	54,3**	3,69	66,05*	3,93	p = 0,042
Поиск социальной поддержки	39,6*	6,98	64,98*	5,97	p = 0,012
Принятие ответственности	46,72*	6,80	69,09*	6,80	p = 0,029
Бегство-избегание	36,27*	4,65	52,19*	4,23	p = 0,017
Планирование решения проблемы	68,78*	4,10	54,20*	4,77	p = 0,032
Регрессия	49,43*	7,39	72,18*	3,93	p = 0,026
СТ	3,00*	0,70	7,82*	0,34	p = 0,0001
ЛТ	6,14	0,89	7,24	0,51	p = 0,115

Примечание: \*\* при p<0,01; \* при p<0,05.

Таблица 5

Данные влияния уровней ситуативной и личностной тревоги на копинг-механизмы, МПЗ и характерологические особенности в объединённой группе больных

Шкала	F-критерий
<b>СТ</b>	
бегство-избегание	F = 8,678
Принятие ответственности	F = 5,984
Поиск социальной поддержки	F = 3,383
Экзальтированность	F = 3,397
<b>ЛТ</b>	
бегство-избегание	F = 4,368
регрессия	F = 5,502
проекция	F = 3,539
замещение	F = 5,836
циклотимность	F = 11,574
экзальтированность	F = 9,844
эмотивность	F = 7,408
ригидность	F = 3,985
педантичность	F = 3,406
возбудимость	F = 4,879

пассивное поведение с тенденцией к избеганию решения проблемы.

Проведённое исследование позволило сделать следующие **выводы**:

1. Выраженность черт эмотивного, циклотимного и тревожного типов в структуре характера тесно связана с преобладанием защитных форм реагирования и избегающим поведением у больных как с психосоматическими, так и невротическими и связанными со стрессом расстройствами.

2. Депрессивное состояние взаимосвязано с особенностями защитно-совладающего поведения: чем более выражено депрессивное состояние, тем ярче в структуре защитно-совладающего поведения представлены эмоционально-фокусированные копинг-стратегии

и защитно-пассивные формы реагирования. Неконструктивное поведение, в свою очередь, усиливает депрессивную симптоматику.

3. На выбор копинг-стратегий, актуализацию механизмов психологической защиты больных в значительной степени влияет эмоциональное состояние: депрессия и тревога негативно влияют на совладание со стрессом, повышая эмоциональные формы реагирования, активизируя защитно-пассивное поведение с тенденцией к избеганию решения проблем.

4. Существуют различия в психологических механизмах адаптации у больных невротическими и психосоматическими расстройствами: больные неврозами чаще используют защитно-пассивное поведение и эмоциональ-

ные формы совладания; больные ГБ, отрицая наличие проблем, чаще используют поведенческую активность, направленную на решение проблемы. Мы предполагаем, что это связано с типологическими особенностями и различиями в деятельности ЦНС сравниваемых групп больных и с развитием механизмов центральной декомпенсации.

## Литература

1. Абабков, В.А. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии / В.А. Абабков, М. Перре. – СПб., 2004.

2. Губачев, Ю.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений / Ю.М. Губачев, Е.М. Стабровский. – Л.: Медицина, 1981.

3. Исаева, Е.Р. Защитно-совладающий стиль и его роль в психологической адаптации личности / Е.Р. Исаева, Л.И. Вассерман // Психологические проблемы самореализации личности. Вып.8 / под. ред. Л.А. Коростылевой. – СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2004.

4. Конончук, Н.В. Профилактика эмоционального стресса / Н.В. Конончук, В.К. Мягер // Эмоциональный стресс и пограничные нервно-психические расстройства / под ред. Г.Н. Ушакова и Б.Д. Карвасарского. – Л.: Изд-во НИИ им. В.М. Бехтерева, 1977.

5. Курпатов, А.В. Значение факторов психоэмоционального напряжения в возникно-

вании психосоматических заболеваний ЖКТ / А.В. Курпатов // II клинические павловские чтения. сб. работ. Психосоматика. – СПб.: Изд-во НИИ им. В.М. Бехтерева, 2001.

6. Любан-Плоцца, Б. Психосоматический больной на приеме у врача / Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер. – СПб.: Изд-во НИИ им. В.М. Бехтерева, 1996.

7. Мясищев, В.Н. Личность и неврозы / В.Н. Мясищев. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1960.

8. Павлов, И.П. О типах высшей нервной деятельности и экспериментальных неврозах / И.П. Павлов. – М.: Медгиз, 1954.

9. Смулевич А.Б. Пограничные психические нарушения / А.Б. Смулевич // [http://www.psychiatry.ru/library/lib/show.php?i\\_d=35](http://www.psychiatry.ru/library/lib/show.php?i_d=35)

10. Lazarus, R.S. Psychological stress and the coping process / R.S. Lazarus New York, 1966.

11. Perrez, M. Stress, Coping, and Health. A Situation-Behavior Approach. Theory, Methods, Applications / M. Perrez, M. Reicherts. – Seattle, 1992.

12. Plutchik, R. A structural theory of ego defense and emotions / R. Plutchik, H. Kellerman, H. Conte // Emotions in personality and psychopathology / Ed. by E. Izard. – N.Y., 1979.

13. Seligman, M.E.P. Helplessness: On Depression, Development, and Death / M.E.P. Seligman. – San Francisco, 1975.

Поступила в редакцию 2 июля 2010 г.

**Исаева Елена Рудольфовна.** Кандидат психологических наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии с курсом общей и медицинской психологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова: [isajeva@yandex.ru](mailto:isajeva@yandex.ru).

**Elena R. Isaeva.** Candidate of Psychological sciences, docent of department of psychiatry and narcology with a rate of the general and medical psychology, St-Petersburg Pavlov State Medical University: [isajeva@yandex.ru](mailto:isajeva@yandex.ru).

**Фещенко Мария Ибрагимовна.** Выпускница факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета: [mif3@mail.ru](mailto:mif3@mail.ru).

**Maria I. Feschenko.** Graduate of faculty of psychology, St.-Petersburg State University: [mif3@mail.ru](mailto:mif3@mail.ru).