

В.М. ЗагуровскийХарьковская медицинская академия
последипломного образования**ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И
ДОКЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У БОЛ-
НЫХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ
НАРУШЕНИЯМИ**

Ключові слова: психофизические особенности, психосоматические, стратегии поведения, реагирование.

Резюме. Настоящее исследование посвящено анализу анамнестических данных больных вегето-сосудистой дистонией с вегетативными кризами и гипертонической болезнью I-II ст. с неосложнёнными гипертоническими кризами. Исследованы как собственно сведения о личностных особенностях и доклинических проявлениях, так и их взаимосвязь с существующими, клинически очерченными, нарушениями. В исследовании использованы: клиническое, психологическое исследования, стандартное интервью, опросники с оценкой интенсивности и значимости проявлений (факторов) от 0 до 5 баллов. Результаты обрабатывались с использованием методов: многомерной статистики - факторный анализ (метод главных компонент); оценки математических статистических выборок; критерия углового преобразования Фишера. Установлено, что доклинические проявления при гипертонической болезни и вегето-сосудистой дистонии существуют в 2-х вариантах - психосоматический и соматопсихический. Это подтверждено результатами факторного анализа. Анализ динамики и взаимодействия анализируемых признаков указывает на то, что психо-соматические нарушения в своём развитии проходят следующие стадии (этапы): 1 - компенсированные особенности, 2 - декомпенсированные особенности (доклинические нарушения), 3 - полисистемные, клинически очерченные, проявления (вегето-сосудистая дистония), 4 - моносистемные, клинически очерченные, проявления (гипертоническая болезнь). Варианты доклинических психовегетативных особенностей соответствуют психосоматическим и соматопсихическим вариантам течения пароксизмальных проявлений анализируемой патологии. Данные факторного анализа позволяют утверждать о формировании, на базе доклинических особенностей, эволюционирующей патологической стратегии поведения личности, включающей в себя способ реагирования (пароксизмальные проявления) и способ поведения (перманентные проявления) личности. Результаты данного исследования важны для понимания патогенеза развития, терапии, первичной и вторичной профилактики психосоматических нарушений, особенно с использованием методов психокоррекции.

Введение

Психосоматические нарушения занимают важнейшее место в науке и практике медицины [1, 2, 4]. Множество работ посвящено изучению причин и условий их возникновения [3, 6, 10], в том числе и роли преморбидных особенностей [7, 13]. Однако, однозначной модели трансформации особенностей в патологии не предложено, не показана их связь с клиническими проявлениями [5]. Изучению этого аспекта психосоматического процесса и посвящена настоящая работа.

Цель исследования

Изучить роль личностных особенностей и

доклинических проявлений в формировании пароксизмальных и перманентных проявлений психосоматических нарушений.

Материал и методы исследования

С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии, обследованы больные с вегето-сосудистой дистонией (ВСД) - 302, гипертонической болезнью (ГХ) I-II ст. - 298 в течении которых возникли вегетативные (ВК) и гипертонические кризы (ГК). Критериями отбора было отсутствие: критического состояния больных; при ГК - поражения органов-мишеней; врождённой или приобретённой первичной органической патологии

центральной нервной системы; врождённой патологии сердечно-сосудистой системы; вторичного характера гипертензии; сопутствующей психиатрической патологии. Шифры исследуемых нозологий по МКХ-10: ВСД - G 90.0; ГХ - I 10.0. На всех этапах исследования больным оказывалась помощь в объёме клинических протоколов, утверждённых МОЗ Украины. Для клинко-психопатологического исследования использованные: структурированное клиническое интервью; наблюдение; анализ психологического анамнеза со структурированием данных во времени динамики возникновения, развития и течения клинической симптоматики; опросники с оценкой интенсивности и значимости проявлений (факторов) от 0 до 5 баллов. Психодиагностическое исследование проведено методиками: тест Люшера (по Л. Н. Собчик, 2001) и "Цветной рисунок человека" (В. М. Загуровский, 2007) [11, 12]. Для статистической обработки использовали: факторный анализ (метод главных компонент); оценки математических статистических выборок; критерия углового преобразования Фишера. Обработка проводилась с помощью программ MS Office Excel (11.8169.8172) 2003 и SPSS-17. Обозначение уровня значимости различий: (p) - по

критерию Стьюдента; (φ) - по критерию Фишера. Обозначение степени достоверности различий: p_T, φ_T - между типами клинического течения; (p^*, φ^*) - $p, \varphi < 0,05$; (p^{**}, φ^{**}) - $p, \varphi < 0,01$; (p^{***}, φ^{***}) - $p < 0,001$; ($p >, \varphi >$) - $p, \varphi > 0,05$.

Обсуждение результатов исследования

Повременной анализ анамнеза выявил психофизические особенности пациентов перед заболеваниями, реконструировать динамику и выявить общие закономерности возникновения патологии. Анализ проводился с учётом описанных нами ранее, психосоматического (ПС) и соматопсихического (СП) вариантов течения заболеваний [8, 9]. ВК и ГК развивались на фоне, различной длительности и интенсивности, психофизического напряжения (табл. 1, 2). Общими для этих стрессорных ситуаций были: 1) неразрешимость; 2) повышенные требования и затраты психических и(или) физических ресурсов; 3) новизна стрессорной ситуации; 4) качества личности, поведение, ресурсы, которые отсутствовали или ранее не применялись; 5) интенсивная отрицательная эмоциональная реакция. Обнаружены различия устойчивости к характеру нагрузок: при ПС типе течения - ниже

Таблица 1

Сравнительный анализ факторов стресса из анамнеза ВСД

Факторы стресса		Выявляемость (%)		Значимость (балы $M \pm m$)	
		ПС тип (n=187)	СП тип (n=115)	ПС тип (n=187)	СП тип (n=115)
Психологические	Производственные	24,06	19,13 $\varphi_T >$	4,46 $\pm 0,33$	4,35 $\pm 0,32$ $p_T >$
	Семейные отношения	29,41	26,96 $\varphi_T >$	4,66 $\pm 0,34$	4,68 $\pm 0,31$ $p_T >$
	Социальный статус	31,55	30,43 $\varphi_T >$	3,97 $\pm 0,31$	4,27 $\pm 0,30$ $p_T >$
	Финансовый фактор	27,81	30,43 $\varphi_T >$	4,31 $\pm 0,33$	4,25 $\pm 0,33$ $p_T >$
	Бытовой фактор	28,34	30,43 $\varphi_T >$	3,18 $\pm 0,29$	3,38 $\pm 0,31$ $p_T >$
	Трудоустроенность	28,88	33,91 $\varphi_T >$	4,65 $\pm 0,33$	4,70 $\pm 0,29$ $p_T >$
	Потери или болезни близких людей	18,72	16,52 $\varphi_T >$	3,52 $\pm 0,28$	3,13 $\pm 0,31$ $p_T >$
	Личностная значимость	35,83	26,96 $\varphi_T >$	4,24 $\pm 0,31$	3,81 $\pm 0,28$ $p_T >$
	Самореализация	39,04	34,78 $\varphi_T >$	4,42 $\pm 0,34$	4,11 $\pm 0,28$ $p_T >$
	Другие факторы	12,30	10,43 $\varphi_T >$	3,56 $\pm 0,28$	3,18 $\pm 0,31$ $p_T >$
	Устойчивость к стрессу	73,80	42,61 φ_T^{**}	4,68 $\pm 0,29$	4,64 $\pm 0,30$ $p_T >$
Соматические	Заболевания	23,53	28,70 $\varphi_T >$	4,59 $\pm 0,32$	4,68 $\pm 0,29$ $p_T >$
	Травмы	18,18	22,61 $\varphi_T >$	4,66 $\pm 0,35$	4,34 $\pm 0,30$ $p_T >$
	Токсические факторы	24,06	27,83 $\varphi_T >$	3,73 $\pm 0,32$	4,39 $\pm 0,33$ $p_T >$
	Тренированность	41,71	38,26 $\varphi_T >$	2,85 $\pm 0,28$	4,16 $\pm 0,32$ p_T^{**}
	Физические нагрузки	23,53	36,52 φ_T^{**}	3,39 $\pm 0,27$	4,67 $\pm 0,29$ p_T^{**}
	Режим труда и отдыха	33,69	38,26 $\varphi_T >$	3,52 $\pm 0,28$	4,27 $\pm 0,31$ $p_T >$
	Другие факторы	13,37	15,65 $\varphi_T >$	3,52 $\pm 0,26$	3,73 $\pm 0,29$ $p_T >$
	Устойчивость к стрессу	40,11	69,57 φ_T^{**}	4,68 $\pm 0,28$	4,67 $\pm 0,30$ $p_T >$

ПС – психосоматический, СП – соматопсихический.

Таблиця 2

Личностная значимость субъективных факторов фрустрации при ВСД

Фактор фрустрации	Выявляемость (%)		Значимость (балы М ±m)	
	ПС тип (n=187)	СП тип (n=115)	ПС тип (n=187)	СП тип (n=115)
Поведение, связанное с воспитанием и жизненным опытом	87,70	54,78 φ _T **	4,71 ±0,28	3,81 ±0,31 p _T *
Черты характера исключают нужное поведение	66,31	75,65 φ _T *	4,33 ±0,30	3,08 ±0,31 p _T **
Невозможность применения адекватного поведения из-за запрета (отказ) на его реализацию	74,87	82,61 φ _T >	4,56 ±0,29	3,35 ±0,30 p _T **
Отказ от выработки адекватного поведения	69,52	55,65 φ _T **	4,08 ±0,31	4,27 ±0,29 p _T >
Ригидность поведенческих установок	77,54	67,83 φ _T *	3,72 ±0,32	4,66 ±0,31 p _T *
Низкая устойчивость к стрессорным факторам	97,33	96,52 φ _T >	3,37 ±0,30	4,63 ±0,29 p _T **

ПС – психосоматический, СП – соматопсихический

устойчивость к психическим, а при СП - к физическим нагрузкам.

У больных выявлено отсутствие или наличие свойств, которые препятствовали успешному разрешению стрессорных ситуаций (табл. 2, 7). Отрицательное отношение к физическим или психическим нагрузкам формировалось на базе факторов, основные из которых приведены в табл. 3,

8, сопровождалось отрицательными эмоциями, формированием в поведении реакции избегания и уклонения. Отношение и поведение подкреплялось эмоциональными переживаниями и неприятными ощущениями со стороны тела, которые трактовались как болезненные. Выявленные особенности свидетельствовали о снижении или отсутствии психофизических механиз-

Таблиця 3

Сравнительный анализ факторов стресса из анамнеза ВСД

Фактор влияния	Выявляемость (%)		Значимость (балы М ±m)	
	ПС тип (n=187)	СП тип (n=115)	ПС тип (n=187)	СП тип (n=115)
Отрицательное отношение к нагрузкам	88,77	76,52 φ _T **	4,65 ±0,31	4,14 ±0,30 p _T >
Роль «больного, слабого» ребенка	61,50	48,70 φ _T *	4,63 ±0,29	3,75 ±0,29 p _T *
Гиперопека родителей	67,91	49,57 φ _T **	4,45 ±0,33	3,53 ±0,32 p _T >
Ограждение от нагрузок	72,19	53,91 φ _T **	4,16 ±0,29	2,42 ±0,31 p _T ***
Болезни, травмы, интоксикации	21,93	66,09 φ _T **	2,01 ±0,33	3,96 ±0,29 p _T ***
Отсутствие адекватного поведения	79,14	43,48 φ _T **	2,52 ±0,31	4,64 ±0,30 p _T ***
Реакция уклонения	94,65	86,96 φ _T *	4,64 ±0,30	4,23 ±0,20 p _T >
Болезненные ощущения при реакции уклонения	92,51	93,91 φ _T >	4,57 ±0,30	4,65 ±0,29 p _T >

ПС – психосоматический, СП – соматопсихический

мов и ресурсов, обеспечивающих достаточный диапазон адаптационных реакций при нагрузках. В отличие от ВСД, при ГБ пациенты характеризовались как целеустремленные, стеничные, настойчивые, упрямые личности. Они всегда

чувствовали себя ответственными, не имеющими права на ошибку и отступление, работоспособными при любых обстоятельствах, нацеленными на успех, способными кограничениями и жертвам. Единственным способом разрешения

стрессорных ситуаций для них было наращивание своих усилий и работоспособности. Однако, в отличие от ВСД, при ГБ данному поведению противопоставлялись, приведенные ранее, личностные особенности. Это формировало определённый способ поведения, когда, невзирая на отрицательное отношение к нагрузкам, личность прикладывала максимум сил для их выполнения.

Далее на этом фоне отмечались, дестабилизирующие вегетативную регуляцию, факторы риска (табл. 4, 9), способствовавшие дальней-

шему снижению возможностей адаптации. Стрессорные ситуации повышали требования к механизмам адаптации и психофизические реакции, которые ранее игнорировались или воспринимались как естественное состояние, приобретали болезненную интерпретацию и окраску, что приводило к их усилению. Эти нарушения становились актуальными перед ВК и ГК, а болезненный характер, увеличение спектра и интенсивности, аффективное сопровождение они приобретали в момент его развития. В 96,98% до

Таблица 4

Факторы риска и их субъективная значимость при ВСД

Фактор риска	Выявляемость (%)		Значимость (балы $M \pm m$)	
	ПС тип (n=187)	СП тип (n=115)	ПС тип (n=187)	СП тип (n=115)
Нарушения режима труда и отдыха	78,61	81,74 $\varphi_T >$	4,26 $\pm 0,31$	3,15 $\pm 0,29$ p_T^{**}
Нарушения режима питания	56,15	63,48 $\varphi_T >$	2,71 $\pm 0,30$	4,17 $\pm 0,29$ p_T^{***}
Злоупотребление кофе, чая	59,36	73,04 φ_T^{**}	4,60 $\pm 0,32$	4,36 $\pm 0,29$ $p_T >$
Табакокурение, злоупотребление спиртным	60,43	58,26 $\varphi_T >$	4,23 $\pm 0,31$	4,09 $\pm 0,30$ $p_T >$
Малоподвижный образ жизни	86,10	79,13 $\varphi_T >$	2,96 $\pm 0,28$	3,71 $\pm 0,30$ $p_T >$
Отсутствие физических тренировок	91,98	86,96 $\varphi_T >$	2,83 $\pm 0,29$	3,80 $\pm 0,32$ p_T^*
Гипернагрузки психические	91,44	48,70 φ_T^{**}	4,61 $\pm 0,29$	3,25 $\pm 0,30$ p_T^{**}
Гипернагрузки физические	69,52	87,83 φ_T^{**}	3,90 $\pm 0,29$	3,81 $\pm 0,31$ $p_T >$
Профессиональные вредности	34,22	42,61 $\varphi_T >$	4,17 $\pm 0,31$	3,23 $\pm 0,28$ p_T^*

ПС – психосоматический, СП – соматопсихический

появления ГК присутствовали клинические проявления ВСД, которые связывались большими с интенсивной нагрузкой или усталостью. После первых кризов они обретали качество болезненных симптомов, фиксируемое и поддерживаемое страхом перед ВК и ГК. При наличии в анамнезе ВСД с ВК больные осознавали новизну и необычность симптоматики ГК, что вызывало усиление стрессорной реакции. Это подтверждает ведущую роль первичных симптомов ВК и ГК, их развитие на базе доклинических проявлений, психических и физических особенностей.

До развития заболевания у больных обнаружены внутренние модели клинической картины тяжёлых заболеваний, состояний, несущих угрозу здоровью и жизни. Типичные источники и значимость информации отражены в табл. 5, 10.

Информация о трагическом, остром и тяжёлом нарушении здоровья поступала внезапно, в эмоционально значимой ситуации, была актуальна, сопровождалась интенсивной аффективной окраской. Клиника наблюдаемых заболеваний прекрасно фиксировалась пациентами, легко оживлялась и сопровождалась страхом, тревогой по поводу возникновения подобного непосредственно с ними, в связи с чем была достаточно актуальна. При этом обнаружено, что первые кризы содержали в своей структуре симптомы или возникшие нарушения интерпретировались как таковые, ассоциируясь с актуальным состоянием или патологией.

При факторном анализе данных исследования обеих типов клинического течения ВСД и ГБ была выделена факторная структура, в которой анализировались 2 фактора (табл. 11). Перед

Таблица 5
Источник формирования и значимость внутренней модели клинической картины патологии при ВСД

Источник информации	Выявляемость (%)		Значимость (балы М ±m)	
	ПС тип (n=187)	СП тип (n=115)	ПС тип (n=187)	СП тип (n=115)
Наблюдение и уход за больными	74,87	72,17 $\varphi_T >$	4,47 ±0,29	3,14 ±0,32 p_T^{**}
Больные родственники и знакомые	66,84	60,87 $\varphi_T >$	4,62 ±0,28	3,85 ±0,31 $p_T >$
Наблюдение, оказание помощи при внезапных состояниях	54,01	33,91 φ_T^{**}	3,17 ±0,30	2,23 ±0,31 p_T^*
Наблюдения при пребывании в лечебных учреждениях	13,37	21,74 φ_T^*	3,50 ±0,30	2,84 ±0,29 $p_T >$
Информация от родственников, знакомых, литературы и др.	83,42	71,30 φ_T^{**}	4,36 ±0,29	3,12 ±0,31 p_T^{**}
Информация от медицинских работников	24,60	29,57 $\varphi_T >$	4,64 ±0,30	4,37 ±0,32 $p_T >$
Собственные фантазии и страхи	81,28	62,61 φ_T^{**}	4,64 ±0,31	3,02 ±0,30 p_T^{***}

ПС – психосоматический, СП – соматопсихический

Таблица 6

Сравнительный анализ факторов стресса из анамнеза ГБ

Факторы стресса	Выявляемость (%)		Значимость (балы М ±m)		
	ПС тип (n=158)	СП тип (n=140)	ПС тип (n=158)	СП тип (n=140)	
Психологические	Производственные	39,24	35,71 $\varphi_T >$	4,63 ±0,30	4,65 ±0,32 $p_T >$
	Семейные отношения	38,61	35,00 $\varphi_T >$	4,55 ±0,29	4,32 ±0,31 $p_T >$
	Социальный статус	41,14	39,29 $\varphi_T >$	3,27 ±0,32	3,12 ±0,29 $p_T >$
	Финансовый фактор	37,34	36,43 $\varphi_T >$	4,41 ±0,32	4,63 ±0,29 $p_T >$
	Бытовой фактор	27,85	27,86 $\varphi_T >$	3,55 ±0,32	3,10 ±0,29 $p_T >$
	Трудоустроенность	32,91	36,43 $\varphi_T >$	4,68 ±0,29	4,34 ±0,29 $p_T >$
	Потери или болезни близких людей	24,68	17,86 $\varphi_T >$	4,22 ±0,30	3,54 ±0,31 $p_T >$
	Личностная значимость	41,77	35,71 $\varphi_T >$	4,55 ±0,29	4,35 ±0,32 $p_T >$
	Самореализация	45,57	42,14 $\varphi_T >$	3,88 ±0,30	3,27 ±0,30 $p_T >$
	Другие факторы	13,29	10,71 $\varphi_T >$	4,67 ±0,29	4,11 ±0,29 $p_T >$
Устойчивость к стрессу	72,78	38,57 φ_T^{**}	4,61 ±0,29	4,15 ±0,32 $p_T >$	
Соматические	Заболевания	42,41	47,14 $\varphi_T >$	4,20 ±0,31	4,62 ±0,29 $p_T >$
	Травмы	17,09	22,86 $\varphi_T >$	4,33 ±0,32	4,18 ±0,31 $p_T >$
	Токсические факторы	24,68	35,00 φ_T^*	3,06 ±0,29	2,81 ±0,30 $p_T >$
	Тренированность	43,67	40,00 $\varphi_T >$	3,32 ±0,29	4,53 ±0,31 p_T^{**}
	Физические нагрузки	29,75	39,29 φ_T^*	4,27 ±0,32	3,87 ±0,29 $p_T >$
	Режим труда и отдыха	34,18	42,86 $\varphi_T >$	4,61 ±0,31	4,02 ±0,31 $p_T >$
	Другие факторы	13,92	15,71 $\varphi_T >$	4,63 ±0,32	4,23 ±0,32 $p_T >$
	Устойчивость к стрессу	39,87	62,14 φ_T^{**}	3,90 ±0,31	4,61 ±0,29 $p_T >$

ПС – психосоматический, СП – соматопсихический

применением факторного анализа данные были проверены на многомерную нормальность для распределения переменных. Критерий адекватности выборки Кайзера-Мейера-Олкина, характеризующий степень применимости факторного

анализа к данной выборке группы ВСД равен 0,55; ГБ - 0,54. Критерий сферичности Барлетта-таблицы равен 179,72; ГБ - 179,66, уровень значимости для обеих групп равен 0,01.

Эти факторы содержат комплекс признаков

Таблиця 7

Личностная значимость субъективных факторов фрустрации при ГБ

Фактор фрустрации	Выявляемость (%)		Значимость (балы М ±m)	
	ПС тип (n=158)	СП тип (n=140)	ПС тип (n=158)	СП тип (n=140)
Поведение, связанное с воспитанием и жизненным опытом	88,61	90,00 $\varphi_T >$	4,16 ±0,32	4,63 ±0,31 $p_T >$
Черты характера, исключаяющие нужное поведение	90,51	93,57 $\varphi_T >$	3,35 ±0,29	4,48 ±0,30 p_T^{**}
Невозможность применения адекватного поведения из-за запрета (отказ) на его реализацию	74,68	65,71 φ_T^*	3,17 ±0,31	4,61 ±0,29 p_T^{***}
Отказ от выработки адекватного поведения	80,38	68,57 φ_T^{**}	4,62 ±0,32	3,06 ±0,31 p_T^{***}
Ригидность поведенческих установок	87,34	93,57 φ_T^*	4,19 ±0,31	3,53 ±0,31 $p_T >$
Низкая устойчивость к стрессорным факторам	94,30	97,14 $\varphi_T >$	3,73 ±0,29	4,60 ±0,29 p_T^*

ПС – психосоматический, СП – соматопсихический

Таблиця 8

Факторы, способствующие формированию сниженной устойчивости к нагрузкам и их значимость при ГБ

Фактор влияния	Выявляемость (%)		Значимость (балы М ±m)	
	ПС тип (n=158)	СП тип (n=140)	ПС тип (n=158)	СП тип (n=140)
Отрицательное отношение к нагрузкам	76,58	70,00 $\varphi_T >$	4,43 ±0,30	3,17 ±0,31 p_T^{**}
Роль «больного, слабого» ребенка	53,80	55,71 $\varphi_T >$	4,21 ±0,29	2,28 ±0,33 p_T^{***}
Гиперопека родителей	65,82	57,86 $\varphi_T >$	4,37 ±0,31	3,01 ±0,32 p_T^{**}
Ограждение от нагрузок	70,25	63,57 $\varphi_T >$	2,64 ±0,32	4,13 ±0,31 p_T^{**}
Болезни, травмы, интоксикации	45,57	72,86 φ_T^{**}	4,22 ±0,30	3,57 ±0,29 $p_T >$
Отсутствие адекватного поведения	84,81	63,57 φ_T^{**}	3,94 ±0,32	4,52 ±0,31 $p_T >$
Реакция уклонения	87,34	79,29 φ_T^*	2,15 ±0,32	4,03 ±0,29 p_T^{**}
Болезненные ощущения при реакции уклонения	93,67	95,71 $\varphi_T >$	4,66 ±0,29	4,60 ±0,30 $p_T >$

ПС – психосоматический, СП – соматопсихический

Таблиця 9

Факторы риска и их субъективная значимость при ГБ

Фактор риска	Выявляемость (%)		Значимость (балы М ±m)	
	ПС тип (n=158)	СП тип (n=140)	ПС тип (n=158)	СП тип (n=140)
Нарушения режима труда и отдыха	85,44	94,29 φ_T^{**}	4,63 ±0,32	3,35 ±0,31 $p_T >$
Нарушения режима питания	44,94	50,71 $\varphi_T >$	4,18 ±0,29	3,01 ±0,31 p_T^{**}
Злоупотребление кофе, чая	64,56	67,86 $\varphi_T >$	3,52 ±0,33	4,42 ±0,30 p_T^*
Злоупотребление спиртным, табакокурение	74,68	63,57 φ_T^*	4,62 ±0,30	4,65 ±0,29 $p_T >$
Малоподвижный образ жизни	87,97	93,57 φ_T^*	2,27 ±0,32	3,82 ±0,32 p_T^{**}
Отсутствие физических тренировок	93,67	90,71 $\varphi_T >$	2,14 ±0,31	3,26 ±0,31 p_T^*
Гипернагрузки психические	89,24	56,43 φ_T^{**}	4,69 ±0,29	3,36 ±0,33 p_T^*
Гипернагрузки физические	76,58	84,29 φ_T^*	4,12 ±0,30	3,02 ±0,32 p_T^*
Профессиональные вредности	46,20	52,86 $\varphi_T >$	4,53 ±0,30	3,90 ±0,32 $p_T >$

ПС – психосоматический, СП – соматопсихический

соответствующих вариантов доклинических проявлений, особенностей и условий, обуславливающих формирования психовегетативной дисфункции, что можно рассматривать как психовегетативные особенности личности или как компенсированную, доклиническую психовегетативную дисфункцию при ВСД. При сопоставлении ВСД и ГБ наблюдается трансформация этих нарушений. Так, если при ВСД неприятные ощущения и переживания не расценивались как болезненные, то при ГБ были выявлены клинические проявления ВСД (как с ВК, так и без таковых). Предшествующие стрессорные состояния носили выраженный фрустрационный характер с интенсивным эмоциональным сопровождением. Фрустрация обуславливалась факторами - отсутствием адекватных способов поведения для их разрешения или способности

адаптации личности к ее существованию. Эти факторы определялись личностными особенностями, которые формировались на ранних этапах жизни пациентов и тесно переплетались (обуславливались) с устойчивостью к психофизическим нагрузкам. Это позволяет утверждать о сформировавшейся стратегии поведения личности, включающий в себя способ поведения (перманентные проявления) и способ реагирования (пароксизмальные проявления) при исследуемых нарушениях [14, 15].

До развития заболевания присутствовала личностная внутренняя модель клинической картины определённых нарушений, сформированная в эмоционально значимой ситуации, актуальная в силу отрицательной эмоциональной составляющей и страхом перед ее развитием. Это позволяет утверждать, что личностная модель

Таблица 10

Источник формирования и значимость внутренней модели клинической картины патологии при ГБ

Источник информации	Выявляемость (%)		Значимость (балы М ± m)	
	ПС тип (n=158)	СП тип (n=140)	ПС тип (n=158)	СП тип (n=140)
Наблюдение и уход за больными	80,38	77,86 $\phi_T >$	4,36 ± 0,31	3,52 ± 0,31 $p_T >$
Больные родственники и знакомые	73,42	79,29 $\phi_T >$	4,61 ± 0,30	3,83 ± 0,32 $p_T >$
Наблюдение, оказание помощи при внезапных состояниях	68,35	57,14 ϕ_T^*	4,63 ± 0,29	4,47 ± 0,29 $p_T >$
Наблюдения при пребывании в лечебных учреждениях	46,84	58,57 ϕ_T^*	4,59 ± 0,30	4,01 ± 0,30 $p_T >$
Информация от родственников, знакомых, литературы и др.	82,28	87,14 $\phi_T >$	3,93 ± 0,32	3,75 ± 0,32 $p_T >$
Информация от медицинских работников	76,58	80,71 $\phi_T >$	4,52 ± 0,30	4,22 ± 0,30 $p_T >$
Собственные фантазии и страхи	87,97	82,14 $\phi_T >$	4,67 ± 0,29	4,08 ± 0,31 $p_T >$

ПС – психосоматический, СП – соматопсихический

Таблица 11

Факторы доклинической психовегетативной дисфункции

Фактор	Факторная нагрузка
ПС вариант при ВСД	29,156
СП вариант при ВСД	23,461
ПС вариант при ГБ	28,629
СП вариант при ГБ	24,816

ПС – психосоматический, СП – соматопсихический

заболевания играет важнейшую роль в возникновении, течении и интерпретации клинической картины больными. Вероятно, на ее базе в дальнейшем и происходит формирование внутренней картины болезни, а модель можно рассматривать как первый ее этап.

Выводы

Установлены совокупности признаков преморбидных личностных особенностей, характеризующих психосоматический и соматопсихический варианты психовегетативной дисфункции при

вегето-сосудистой дистонии и гипертонической болезни. Показано, что вегето-сосудистая дистония выступает преморбидным состоянием для гипертонической болезни. Данные факторного анализа позволяют утверждать, что формирование психосоматических нарушений проходит через стадии: компенсированных и декомпенсированных личностных особенностей; полисистемных и моносистемных нарушений. Этот процесс можно охарактеризовать как декомпенсацию стратегии поведения личности.

Перспективой дальнейших исследова-

ний являється розробка системи первинної і вторинної профілактики розвитку психосоматических порушень.

Література. 1. Александр Ф. Психосоматическая медицина: принципы и применение // М.: Институт общегуманитарных исследований, 2006. - 333 с. 2. Астенические расстройства в терапевтической практике. Руководство по диагностике и лечению / Под ред. А.В. Шаброва, С.Л. Соловьевой, СПб.: СпецЛит, 2010. - 379 с. 3. Бройтигам В. Психосоматическая медицина. // В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. СПб.: Питер, 2009. 4. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение / Под ред. А.М. Вейна. - М.: Медицинское информационное агентство, 2011. - 752 с. 5. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии. - М.: АСТ, 2009. - 384 с. 6. Долженко М.Н. Три названия одной болезни, или как лечить вегетативный криз? // Журнал "Артериальная гипертензия". - 2008. - № 1(1). - С. 43-51. 7. Єніолопов С. Тривога і гіпертонічна хвороба. Порочний круг // Український ревматологічний журнал. - 2008. - № 2 (32). - С. 27-28. 8. Загуровский В.М. Роль психо-вегетативного синдрома в реализации неотложных состояний. // Неотложная медицинская помощь. Сборник статей Харьковской городской клинической больницы скорой неотложной медицинской помощи. - Харьков: "Основа". - 2001. - В. 4. - С. 175-177. 9. Загуровский В.М., Никонов В.В. Болезнь как острый или хронический стрессор. // Неотложная медицинская помощь. Сборник статей Харьковской городской клинической больницы скорой неотложной медицинской помощи. - Харьков: "Основа". - 2002. - В. 5. - С. 170-173. 10. Хусаинова И.Ю. Особенности эмоциональной и личностной сферы больных гипертонией / Актуальные проблемы психологического знания: Сб. науч. трудов. - 2006. - В. 1. - С. 186-194. 11. Практическая психодиагностика / Под ред. Райгородского. Самара: Бахрах, 2007. - 672 с. 12. Психодиагностика и психокоррекция / Под ред. А.А. Александрова. - СПб.: Питер, 2008. - 384 с. 13. Психосоматические расстройства в практике терапевта: руководство для врачей / Под ред. В.И. Симаненкова. - СПб.: СпецЛит, 2008. - 335 с. 14. Судаков К.В. Развитие теории функциональных систем в научной школе П.К. Анохина // Вестник Международной академии наук. Русская секция. - 2011. - № 1. - С. 1-5. 15. Судаков К.В. Системная организация психической деятельности // Психологический журнал. - 2013. - Т. 34. - № 5. - С. 72-81.

ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ І ДОКЛІНІЧНІ ПРОЯВИ У ХВОРИХ НА ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ

В.М. Загуровський

Резюме. Дослідження присвячене аналізу анамнестичних даних хворих вегето-судинною дистонією з вегетативними кризами й гіпертонічною хворобою І-ІІ ст. з неускладненими гіпертонічними кризами. Досліджені як власне відомості про особистісні особливості й доклінічні прояви, так і їх взаємозв'язок з існуючими, клінічно обкресленими, порушеннями. У дослідженні використані: клінічне, патофизиологічне дослідження, стандартне інтерв'ю, опитувальники з оцінкою інтенсивності й значимості проявів (факторів) від 0 до 5 балів. Результати оброблялися з використанням методів: багатомірної статистики - факторний аналіз (метод головних компонентів); оцінки математичних статистичних вибірок; критерію кутового перетворення Фішера. Встановлено, що доклінічні прояви при гіпертонічній хворобі й вегето-судинній дистонії існують в 2-х варіантах - психосоматичний і соматопсихічний. Це підтверджене результатами факторного аналізу. Аналіз динаміки й взаємодії аналізованих ознак вказує на те, що психосоматичні порушення у своєму розвитку проходять наступні стадії (етапи): 1 - компенсовані особливості, 2 - декомпенсовані особливості (доклінічні

порушення), 3 - полісистемні, клінічно обкреслені, прояви (вегето-судинна дистонія), 4 - моносистемні, клінічно обкреслені, прояви (гіпертонічна хвороба). Варіанти доклінічних психовегетативних особливостей відповідають психосоматичним і соматопсихічним варіантам перебігу пароксизмальних проявів аналізованої патології. Дані факторного аналізу дозволяють стверджувати про формування, на базі доклінічних особливостей патологічної стратегії поведінки особистості, що еволюціонує та включає в себе спосіб реагування (пароксизмальні прояви) і спосіб поведінки (перманентні прояви) особистості. Результати даного дослідження важливі для розуміння патогенезу розвитку, терапії, первинної й вторинної профілактики психосоматичних порушень, особливо з використанням методів психокорекції.

Ключові слова: психофізичні особливості, психосоматичні, способи поведінки, реагування.

PERSONAL PECULIARITIES AND PRE-CLINICAL MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS

V.M. Zagurovskiy

Abstract. The present study is devoted to analysis of anamnestic data in patients with vascular dystonia with autonomic crises and hypertensive disease I-II degrees with uncomplicated hypertensive crises. Both actual information about personal characteristics and pre-clinical manifestations and their relationship with existing, clinically outlined, disorders were investigated. There were used: clinical, research pathopsychological, standard interview questionnaires assessing the intensity and significance of events (factors) from 0 to 5 points. The results were processed using the following methods: multivariate statistics - factor analysis (principal components method); The evaluation of mathematical statistical samples; Fisher's criterion angular transformation. It has been established that preclinical manifestations of hypertension and vegetative-vascular dystonia exist in 2 types - psychosomatic and somatopsychic. This is confirmed by the results of the factor analysis. Analysis of the dynamics and interactions of the analyzed traits indicates that psychosomatic disorders in their development go through the following steps (stages): 1 - compensated peculiarities 2 - decompensated peculiarities (pre-clinical disorders), 3 - multisystem, clinically-defined, manifestations (vascular dystonia), 4 - monosystemic, clinically-defined, manifestations (hypertension). Types of preclinical psychovegetative features correspond to psychosomatic and somatopsychic options of paroxysmal manifestations of analyzed pathology. Data of factor analysis allow to suggest about the formation, on the basis of pre-clinical features of the evolving pathological strategy in person's behavior, including a way to respond (paroxysmal manifestations) and mode of personality's behavior (permanent manifestations). The results of this study are important for understanding the pathogenesis of the development, therapy, primary and secondary prevention of psychosomatic disorders, especially with the use of methods of psychological correction.

Key words: psychophysical features, psychosomatic, behavioral strategies, response.

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

Clin. and experim. pathol. - 2014. - Vol. 13, №3 (49). - P. 71-78.

Надійшла до редакції 16.09.2014

Рецензент – доц. Р.І. Рудницький

© В.М. Загуровський, 2014