

Є.М. Харченко, В.П. Культенко¹

ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРИ НЕГАТИВНИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНАХ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ВИНИКНЕННЯ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ

Український науково дослідний інститут соціальної і судової психіатрії

та наркології МОЗ України

Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України¹, м. Київ

kultenko.viktori@mail.ru

Мета роботи полягає у розробці скринінгового інструментарію для діагностики рівня психоемоційної сфери з врахуванням гендерних особливостей та прогнозування виникнення соматоформних розладів, а також у висвітленні ряду негативних емоційних переживань, що спричиняють соматоформні розлади.

Досліджувана група пацієнтів складалась із 45 чоловіків віком від 20 до 48 років та 36 жінок віком від 25 до 56 років. Використовували Особистісний опитувальник Бехтерівського інституту (ООБІ) для діагностики типів ставлення до хвороби і лікування у хворих із хронічними соматичними захворюваннями. Результати вивчення ставлення до хвороби показали високі показники рівня сенситивності, значне зниження настрою, низький рівень реактивної тривоги, зниження психологічної та фізіологічної активності і підвищення рівня ейфорії. Тест Розенцвейга методика фрустрації розрізняють: по напрямку реакції (агресії). *Екстрапунітивні*: реакція спрямована на живе оточення, вирішення ситуації вимагають від іншої особи (тривожний тип реагування). *Інтропунітивні*: реакція спрямована на самого себе, фруструюча ситуація сприймається як сприятлива для себе (егоцентричний тип реагування.) *Імунітивні*: фруструюча ситуація розглядається як щось незначне або неминуче, «досягне» з часом (гармонійний тип реагування). За типом реакції: *перешкодо-домінантні* – тип реакції «з фіксацією на перешкоді» (пацієнти з анозогностичним типом реагування). *Самозахисні* – тип реакції «з фіксацією на самозахисті» (пацієнти з паранояльним типом реагування). *Необхідно-наполегливі* – тип реакції «з фіксацією на задоволення потреби» (притаманний ергопатичним типам особистісного реагування).

Висновки: на підставі проведених досліджень можемо говорити про наявність певної рангової послідовності особистісних факторів в опитувальнику ООБІ. Серед пацієнтів спостерігається високий рівень сенситивності, при цьому у більшості досліджуваних значно знижений настрій, низький рівень реактивної тривожності, зниження психологічної та фізіологічної активності та високий рівень ейфорії. Також при спостереженні за пацієнтами під час обстеження та перебування їх в стаціонарі було відмічено виявлення на обличчі кожної негативної емоції, яка супроводжувалась виразними рухами. Спостерігаючи за виразом обличчя ми не тільки розуміємо, що відчуває інша людина, але й заражаємося її станом: співпереживаємо, співчуваємо, жаліємо. Велике значення для формування емоцій має лімбічна система, як орган управління соматичним вираженням емоцій та їх регуляції.

Ключові слова:

гендерні особливості, негативні емоційні стани, тривожні стани, соматоформні розлади.

Робота стосується гендерних особливостей та реакцій особистості на вплив негативних емоційних станів, які чинять виражену дію на виникнення соматоформних розладів та значно погіршують якість життя суб'єктів. Досліджувана група пацієнтів складалась із 45 чоловіків віком від 20 до 48 років та 36 жінок віком від 25 до 56 років. Особливе значення дослідження полягає у тому, що на більшу частину досліджуваних чоловіків та жінок негативні емоційні стани діють однаково негативно та викликають у них симптоми соматоформ-

них розладів. Були запропоновані наступні тести та методики для діагностики і дослідження: особистісний опитувальник Бехтерівського інституту (ООБІ) – для діагностики типів ставлення до хвороби і лікування у хворих з хронічними соматичними захворюваннями. Тест Розенцвейга, методика рисункової фрустрації, дорослий варіант (модифікація Н. В. Тарабріної) – для дослідження реакцій на невдачу і способів виходу із ситуацій, що перешкоджають діяльності або задоволенню потреб особистості.

Актуальність. Одним із найважливіших напрямків клінічної сфери нейронаук та медицини загалом на теперішній час є вивчення проблеми неспсихотичних психічних розладів, зокрема соматоформних розладів, які були виділені як окремі кластери МКХ-10. Вони являють собою досить неоднорідну клінічну групу [1].

Згідно зі звітом робочої групи Європейської колегії з нейропсихофармакології (ECNP), соматоформні розлади є лідером за поширеністю. Протягом року на соматоформні розлади страждає майже п'ята частина європейського населення [11].

Впродовж життя людина постійно виявляє власні емоції у відповідь на навколишні чинники чи подразники, таким чином суспільство отримує та обмінюється емоціями. Людина виявляє емоції на роботі, при спілкуванні з друзями, при взаємодії з родичами, але найбільшу емоційність неможливо побачити чи спостерігати, тому що зазвичай вона прихованих від сторонніх очей і проявляється лише у відносинах з самим собою. Емоції можуть врятувати людині життя, але вони можуть і заподіяти їй серйозної шкоди. Під впливом позитивних емоцій особа може виконувати дії, які здаватимуться їй обґрунтованими і доречними, але, з іншого боку, на фоні негативних емоцій людина може здійснювати і такі вчинки, про які згодом буде гірко шкодувати [5].

Такі емоції як гнів, страх і сором зазвичай беззастережно відносять до категорії негативних. Існують емоції, які сприяють підвищенню психологічної ентропії, і емоції, які, навпаки, полегшують конструктивну поведінку. Подібний підхід дозволяє віднести ту чи іншу емоцію до розряду позитивних або негативних, залежно від того, як вона впливає на внутрішньоособистісні процеси та процеси взаємодії особи з найближчим соціальним оточенням при врахуванні більш загальних етіологічних і екологічних факторів [2].

Мета роботи полягає у розробці скринінгового інструментарію для діагностики та дослідження рівня психоемоційної сфери з врахуванням гендерних особливостей, а також у висвітленні ряду негативних емоційних переживань, що спричиняють соматоформні розлади.

Основним питанням сучасної медичної психології залишається вплив конкретних негативних емоційних станів (страху, гніву, суму тощо) на організм людини. Наприклад, гіпертонічну хворобу пов'язують з відчуттям страху та агресією, що хронічно пригнічується; мігрені та головні болі поширені серед так званих інтелектуалів, що прагнуть до успіху, але зазнають невдачі. Виявляється, що фізичний фактор ризику захворювання на рак – куріння – діє канцерогенно тільки тоді, коли він поєднується з психосоціальними факторами ризику (наприклад тривалий стан безнадійності). Зв'язок між емоціями людини та функцією шлунка чітко дослідили Енджел та Зандер. За допомогою рентгенівського обстеження вони показали, що шлунок спастично реагує на спеціальні запитання, пов'язані зі злобою та заздрістю [10].

Страждання належить до негативних емоційних станів, воно породжується інформацією про неможливість задоволення найважливіших життєвих потреб, які до цього часу були доступними [3]. Під час дослідження пацієнти відмічали причини виникнення страждання – розчарування в теперішньому та майбутньому,

біль внаслідок втрати близької людини, розлучення, що проявлялося у формі емоційного стресу, направленого на себе, та астеничних емоцій. Пацієнти при цьому виглядали знесиленими, мали тихий жалібний голос, опущені донизу кінці брів і кутики рота.

Гнів теж є негативним емоційним станом, зумовленим появою серйозної перешкоди на шляху до задоволення важливої потреби. Реалізується у формі афекту, пацієнти характеризуються стеничністю особистості, у суб'єкта інколи виникає короточасне піднесення життєвих сил [3].

Страх – негативний емоційний стан, що виникає у людини при появі уявної або реальної загрози для її життя чи життєвого благополуччя. При цьому пацієнти описують відчуття невпевненості, незахищеності й загрози [5]. У пацієнтів часто спостерігають емоційну маску страху на обличчі, прямі підняті брови, горизонтальні зморшки на лобі, розкриті очі й напружені губи.

Сором – негативний емоційний стан, який виражається в усвідомленні невідповідності власних думок, вчинків і зовнішності не тільки сподіванням оточуючих, а й власним уявленням про належну поведінку і зовнішній вигляд [10]. Переживання сорому проявляється на обличчі почервонінням, потупленням погляду, відведенням очей, метушливістю.

Емоція відрази – суб'єкт має володіти безліччю мотиваційних механізмів, що спонукають його до прийняття іншої людини, об'єкта, події. Наближення і прийняття проявлялися головним чином в рамках харчової і сексуальної поведінки, а відсторонення і відкидання існували для уникнення болю і неприємних на смак потенційно небезпечних речовин [3].

Вибір суб'єктом типу хвороби не випадковий і залежить від структурованої у нього ще з дитинства інформації афективного характеру. Патологічному вибору суб'єкт навчається ще в сімейному середовищі. Навіть формування хвороби основане на внутрішньосімейній культурі, яку суб'єкт черпає з пам'яті, спогадів, сімейних розповідей та байок [7].

Як вказують С.Д. Максименко та Н.Ф. Шевченко, соматичне захворювання належить до тих чинників, які впливають на зміну психічного стану людини, її ставлення до навколишнього середовища, на зміну структури самооцінки, нерідко спричиняють передчасну як фізичну, так і психічну інвалідизацію. У ситуації захворювання людина формує своє власне ставлення до нових обставин життя і до самої себе у цих обставинах, тобто створює внутрішню картину хвороби [6].

Першим класифікацію психосоматичних розладів запропонував М. Блейлер (1970 р.), який поділив їх на три види.

1. Органічні соматичні захворювання (класичні психосоматози, психосоматичні хвороби), у розвитку яких вирішальну роль має психогенний компонент. Як правило, сюди належать гіпертонічна хвороба, виразка шлунка і дванадцятипалої кишки, інфаркт міокарда, мігрені, бронхіальна астма, ревматоїдний артрит, виразковий коліт і нейродерматит.

2. Психогенні функціональні розлади, які є короткотривалими і менш вираженими, знаходяться на межі норми, інколи їх відносять до числа невротичних захво-

рювань. Це кардіореакції, виражена пітливість, заїкання, тік, блювання, запори, енурез, сексуальні розлади.

3. Психосоматичні розлади у ширшому, непрямому смислі. Розлад обумовлений особливостями людини та її переживаннями; це приводить до поведінки, результатом якої є порушення здоров'я [9].

Матеріали та методи дослідження

Досліджувана група пацієнтів складалась з 45 чоловіків віком від 20 до 48 років та 36 жінок віком від 25 до 56 років, які звертались в лікувальний заклад. Скарги були на порушення функціонування серцево-судинної, шлунково-кишкової систем, надмірне потовиділення, а також різке підвищення тиску та температури тіла до показників вище нормальних робочих. Головним показником, який об'єднував скарги пацієнтів, була повна відсутність органічних змін органів чи систем організму. Значних супутніх захворювань, які б могли спричинити порушення – захворювань ендокринної системи, травм мозку чи інфекційного чинника – виявлено не було, не враховуючи мінімальних вікових змін, які були тривалий час у суб'єктів дослідження.

На підставі вищесказаного пацієнтам були запропоновані наступні тести та методики для діагностики та дослідження: особистісний опитувальник Бехтерівського інституту (ООБІ) для діагностики типів ставлення до хвороби і лікування у хворих з хронічними соматичними захворюваннями [4]; тест Розенцвейга, методика рисункової фрустрації, дорослий варіант (модифікація Н.В. Тарабріної) [8].

Результати та їх обговорення

Результатом дослідження є розробка способу діагностики та дослідження рівня психоемоційної сфери з врахуванням гендерних особливостей та розгляд структури негативних емоційних переживань при виникненні соматоформних розладів особистості. Спосіб дослідження можна використовувати на етапі моніторингу, клінічного консультування, для обґрунтування психопрофілактики та психокорекції. Психологічна реакція не залежить від віку пацієнтів та рівня когнітивно-мнестичної сфери, так як пацієнти не мали можливості контролювати власну поведінку, тип реагування та вплив на них негативних емоційних переживань за допомогою самосвідомості чи самоусвідомлення проблеми. Ще одним важливим фактом тривалого перебування в ситуації хвороби була потреба у вторинній вигоді, яку досить часто задовольняли родичі, близькі люди, оточуючий персонал, співробітники. Часто спостерігалася реакція дисимуляції та маніпуляції відчуттями і симптомами. При плановому обстеженні пацієнтів були запропоновані наступні методики: опитувальник ООБІ для вимірювання індивідуального рівня типу ставлення до хвороби: гармонійний тип реагування мали 3 чоловіки і 2 жінки; анозогностичний – 4 чоловіки і 2 жінки; тривожний – 3 чоловіки і 5 жінок; неврастенічний – 4 чоловіки і 5 жінок; обсесивно-фобічний – 10 чоловіків і 5 жінок; егоцентричний – 3 чоловіки та 5 жінок; сенситивний – 6 чоловіків і 4 жінки; ергопатичний – 7 чоловіків і 4 жінки; паранояльний – 5 чоловіків і 4 жінки. Основною особливістю пацієнтів

з соматоформними розладами була відсутність факту усвідомлення та раціоналізації симптомів захворювання. Також було застосовано тест Розенцвейга, методика рисункової фрустрації, дорослий варіант (модифікація Н.В. Тарабріної), за результатами якого відповіді пацієнтів були оцінені за двома критеріями:

- за напрямком реакції (агресії). Екстрапунітивні: реакція спрямована на живе оточення, засуджується зовнішня причина фрустрації (до даної групи відносили чоловіків та жінок з тривожним типом реагування);
- інтропунітивні: реакція спрямована на самого себе, з прийняттям провини або ж відповідальності за виправлення ситуації, що виникла, фруструюча ситуація сприймається як сприятлива для себе (до даної групи відносили пацієнтів з егоцентричним типом реагування);
- імпульсивна: фруструюча ситуація розглядається як щось незначне або неминуче, «досягне» з часом, звинувачення оточуючих або самого себе відсутні (до даної групи відносили пацієнтів з гармонійним типом реагування на хворобу).
- за типом реакції. Перешкодо-домінантні: тип реакції «з фіксацією на перешкоді» (схильні пацієнти з анозогностичним типом реагування);
- самозахисні: тип реакції «з фіксацією на самозахисті» (схильні пацієнти з паранояльним типом реагування).
- необхідно-наполегливі: тип реакції «з фіксацією на задоволенні потреби» (характерний при ергопатичному типі особистісного реагування).

Висновки

На підставі проведених досліджень можемо говорити про наявність певної ранговості послідовності особистісних факторів особистості: високий рівень сенситивності, при цьому у більшості досліджуваних значно знижений настрій, низький рівень реактивної тривожності, зниження психологічної та фізіологічної активності та високий рівень ейфорійності.

Також при спостереженні за пацієнтами під час обстеження та при перебуванні їх в стаціонарі було відмічено відображення на обличчі пацієнтів кожної негативної емоції, яка час від часу супроводжувалась виразними рухами. За зміною ходи, поставою, а також жестами людини, мімікою, інтонацією, зміною швидкості мовлення можна скласти уявлення про рівень негативного емоційного стану. Спостерігаючи за виразом обличчя ми не тільки розуміємо, що відчуває інша людина, але й «заражаємося» її станом: співпереживаємо, співчуваємо, жаліємо. Велике значення для формування емоцій має лімбічна система, як орган управління соматичним вираженням емоцій та їх регуляцією.

На підставі проведеного дослідження виникає можливість адекватного підбору рівня психологічної значимості особистості в створених гендерних групах при виникненні та впливі негативних емоційних переживань, що спричиняє виникнення соматоформних розладів.

Перспективи подальших досліджень. Значне удосконалення ефективності діагностики та дослідження негативних емоційних переживань особистості необ-

хідне для адекватної оцінки імовірності виникнення у майбутньому ускладнень соматоформних розладів.

Список використаної літератури

1. Генеология, механизмы формирования, клиника и основные принципы терапии соматоформных расстройств / Б. В. Михайлов, И. Н. Сарвир, В. В. Чузунов, Н. В. Мирошниченко // Мед. исследования. – 2001. – Т. 1, Вып. 1. – С. 36–38.
2. Горячая Т. С. «Сомы и психика», «душа и тело» в психологической науке и в христианском богословии / Т. С. Горячая // Наука і освіта. – 2010. – № 8. – С. 10–15.
3. Изард К. Э. Психология эмоций / К. Э. Изард ; пер. с англ. – СПб. : Издательство «Питер», 1999. – 464 с. : ил. (Серия «Мастера психологии»).
4. Личко А. Е. Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) / А. Е. Личко // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Ленинград : Медицина, 1983. – С. 102–115.
5. Максименко К. С. Переживания негативных эмоциональных состояний : метод. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / К. С. Максименко – К. : КММ, 2011. – С. 164–182.
6. Максименко С. Д. Психологична допомога тяжким соматично хворим : навч. посібн. / С. Д. Максименко, Н. Ф. Шевченко – К. : Ніжин, 2007. – 115 с.
7. Менегетти А. Психосоматика / А. Менегетти ; пер. с итальянского ННБФ «Онтопсихология». – БФ «Онтопсихология», 2007. – 360 с
8. Тест Розенцвейга. Методика рисуночной фрустрации (модификация Н. В. Тарабриной) / Диагностика эмоционально-нравственного развития ; ред. и сост. Дерманова И. Б. – СПб., 2002. – С. 150–172.
9. Чабан О. С. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) / О. С. Чабан, О. О. Хаустова – К. : Вид. ТОВ «ДСЛТд», 2004 – 96 с. (Бібліотека практичного лікаря) 9
10. Экман П. Психология эмоций. Я знаю, что ты чувствуешь / П. Экман. ; пер. с англ. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2010. – 334 с.
11. Wittchen H. U. Отчёт рабочей группы Европейской Коллегии по нейропсихофармакологии (ECNP) по вопросам распространенности психических расстройств в Европе и связанным с ними бременем (реферат) / Н. U. Wittchen // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2005. – № 4. – С. 42–44.

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

Е.М. Харченко, В.П. Кульченко

Цель работы заключается в разработке скринингового инструментария для диагностики уровня психоэмоциональной сферы с учетом гендерных особенностей и прогнозирования возникновения соматоформных расстройств, а также в освещении ряда негативных эмоциональных переживаний, вызывающих соматоформные расстройства.

Исследуемая группа пациентов состояла из 45 мужчин в возрасте от 20 до 48 лет и 36 женщин в возрасте от 25 до 56 лет. Использовали Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) для диагностики типов отношения к болезни и лечению у больных хроническими соматическими заболеваниями. Результаты изучения отношения к болезни показали высокие показатели уровня чувствительности, значительное снижение настроения, низкий уровень реактивной тревоги, снижение психологической и физиологической активности и повышение уровня эйфории. Тест Розенцвейга методика фрустрации различают: по направлению реакции (агрессии). Экстрапунитивные: реакция направлена на живое окружение, решения ситуации требуют от другого лица (тревожный тип реагирования). Интрапунитивные: реакция направлена на самого себя, фрустрирующая ситуация воспринимается как благоприятная для себя (эгоцентричный тип реагирования). Импунитивные: фрустрирующая ситуация рассматривается как нечто незначительное или неизбежное, «достижимое» со временем (гармоничный тип реагирования). По типу реакции: препятственно-доминантные - тип реакции «с фиксацией на препятствии» (пациенты с анозогностическим типом реагирования). Самозащитные – тип реакции «с фиксацией на самозащите» (подвержены пациенты с паранойальным типом реагирования). Необходимо-настойчивые – тип реакции «с фиксацией на удовлетворение потребности» (присущий ергопатичным типам личностного реагирования). Выводы: на основании проведенных исследований можем говорить о наличии определенной ранговой последовательности личностных факторов в опроснике ЛОБИ. Среди пациентов наблюдается высокий уровень чувствительности, при этом у большинства исследуемых значительно сниженное настроение, низкий уровень реактивной тревожности, снижение психологической и физиологической активности и высокий уровень эйфории. Также при наблюдении за пациентами во время обследования и пребывания в стационаре было отмечено проявление на лице пациентов каждой негативной эмоции, сопровождающиеся выразительными движениями. Наблюдая за выражением лица мы не только понимаем, что чувствует другой человек, но и заражаемся его состоянием: сопереживаем, сочувствуем, жалеем. Большое значение для формирования эмоций имеет лимбическая система, как орган управления соматическим выражением эмоций и их регуляции.

Ключевые слова: гендерные особенности, негативные эмоциональные состояния, тревожные состояния, соматоформные расстройства.

STUDY GENDER FEATURES AT NEGATIVE EMOTIONAL STATUS AND INFLUENCE ON THEIR OCCURRENCE OF PERSONALITY DISORDERS SOMATICFORM

E. Kharchenko, V. Kulchenko

Purpose of this work is to develop a screening toolkit for diagnostics the psycho-emotional sphere of gender features and appearance the somato-trophic disorders, also discovering of a number of negative emotional experiences that cause somato-trophic disorders.

The study group consisted of 45 men patients aged (from 20 to 48 years) and 36 women aged (25 to 56 years). The personal questionnaire of Bekhterevsky Institute (PQBI) for diagnostics the types of attitudes to the disease and treatment chronic medical conditions of the patients. Results of the relation to disease shown high rates of sensitivity, a significant reduction in mood, low reactive anxiety, decreased psychological and physiological activity, and increased euphoria. Test method Rosenzweig frustration sort out to direction of the reaction (aggression): Extrapunitive - response is aimed at living environment, decision of the situation required from another person (disturbing type of response). Intrapunitive - response directed against itself, frustration situation is perceived as favorable for itself (self-centered type of response). Impunitive - frustration situation is considered as something insignificant or inevitable, «attainable» with time (harmonic type of response); type of reaction: Barrier-dominant – the type of reaction «with the fixation on the barrier» (patients with anozognostic type of reaction). Self defensive – type of reaction «to the fixation on self-defense» (patients with paranoid type of reaction). Necessary-persistent – type of reaction «fixation on meeting of the needs» (typical for ergopathic types of personal reactions).

Conclusions: Based on made research we can speak about the certain rank sequence of personal factors in questionnaire PQBI. Among the patients the high level of sensitivity is observed, significant reduction in mood, low reactive anxiety, decreased psychological and physiological activity and increased euphoria. Also after monitoring the patients during their examination and treatment in the hospital the negative emotions on the faces of the patients were observed which are accompanied by expressive movements. Watching the expression on their faces we do not only understand the feelings of other person, but are also “infected” by their conditions: empathize, sympathize, regret. The great importance for the formation of emotions is the limbic system, as the managing part of the somatic expression of emotions and their regulation.

Key words: gender characteristics, negative emotional conditions, anxiety conditions, somatoform disorders.