15. Ромасенко Л.В. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике // Тер. архив. – 2006. – № 10. – С. 5–8.

16. Сапир М. Размышления о медицине, ее техническом прогрессе, ее возможностях и связи между больным и болезнью // Независимый психиатрический журнал. – 1996. – № 3. – С. 35–38.

17. Смирнова Н.В. Клинико-эпидемиологические и половозрастные особенности психогенных и других факторов риска при артериальной гипертензии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новгород. гос. ун-т. – В. Новгород, 2005. – 18 с.

18. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н. и др. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) // Журн. неврол. и психиатр. – 1999. – Т. 99. – №4. – С. 4–16.

19. Тадевосян А. Психическая травма // Серийные убийства и социальная агрессия: что ожидает нас в XXI веке: Материалы конференции. – Ростов-на-Дону, 2001. – С. 182.

20. Тадевосян А. Стрессология как теоретическая концепция стрессовых расстройств: Аналитический обзор // Рос. псих. журн. – 2006. – № 6. – С. 86–92.

21. Хлебникова Л.Ю. Клиническая характеристика атипичных (маскированных) депрессивных расстройств у больных в общей медицинской практике: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004.

22. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В. и др. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): Первые результаты многоцентрового исследования // Кардиология. – 2005. – № 11. – С. 4–10.

23. Anda R., Williamson D., Jones D. et al. Depressed affect, hopelessness, and risk of ishemic heart disease in a cohort of US adults // Epidemiology. – 1993. – № 4. – P. 285–294.

24. Ariyo A.A., Haan M., Tangen C.M. et al. Depressive symptoms and risks of coronary heart disease and mortality in elderly Americans // Circulation. – 2000. – № 102. – P. 1773–1779.

25. Costa-e-Silva J.-A. Facing depression: Editorial. WPA Teaching Bull. Depress. – 1993. – № 1(1): 1.

26. Glassman A.H., Shapiro P.A. Depression and the course of coronary artery disease // Am. Journal Psychiatr. – 1998. – № 155. – P. 4–11.

27. Larson S.L., Owens P.L., Ford D., Eaton W. Depressive disorder, dysthymia, and risk of stroke // Thirteen-year follow-up from Baltimore Epidemiologic Catchments Area Study-Stroke. – 2001. – № 9. – P. 1979.

28. Scalco A.Z., Scalco M.Z., Azul J.B. et al. Hypertension and depression // Clinics. – 2005. – № 60 (3). – P. 241–250.

29. Selye H. Perspectives in Stress // Research. Perspectives in Biol. and Med. – 1959. – Vol. II. – № 4. – P. 403.

30. Sorensen C., Brandes A., Thrane J. et al. Depression and acute coronary syndrome, prevalence and significance for survival // Europ. Heart J. – 2000. – № 21. – P. 212.

31. Sykes D.H., Arveiler D., Salters C.P. et al. Psychosocial risk factors for heart disease in France and Northern Ireland: The Prospective Epidemiological Study of Myocardial Infarction (PRIME) // International Journal of Epidemiology. – 2002. – № 31. – P. 1227–1234.

УДК 616.1/.4-02:612.014.5-056.4-007.17(045)

РОЛЬ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ: НЕДОСТАТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА – ФАКТОР РИСКА?

А.Г.Мартынова, А.И.Кодочигова, В.Ф.Киричук, В.Н.Николенко, Т.М.Демина, Т.И.Мареева

Саратовский государственный медицинский университет

Для изучения психофизиологических предпосылок формирования психосоматической патологии обследованы клинически здоровые лица в количестве 264 человек обоего пола (средний возраст 22,16 ± 2,42 года), которые в зависимости от показателей индекса массы тела (ИМТ) были разделены на две группы: с нормальными значениями ИМТ и с недостаточной массой тела. С помощью психодиагностических методов (Сокращенный Многофакторный Опросник для исследования Личности – СМОЛ, психогеометрический тест, тест Ч. Спилбергера, тест С. Субботина, тест Д. Экклза) было установлено, что лица с недостаточной массой тела имеют противоречивые личностные черты, которые составляют патологический препсихосоматический личностный радикал, лежащий в основе развития психосоматозов и девиантного поведения.

THE ROLE OF PSYCHOPHYSIOLOGIC AND ANTHROPOMETRIC DESCRIPTIONS IN THE BEGINNING OF PSYCHOSOMATIC PATHOLOGY: IS THE DEFICIENCY OF BODY WEIGHT A RISK FACTOR?

A.G. Martinova, A.I. Kodochigova, V.F. Kirichuk, V.N. Nikolenko, T.M. Demina, T.I. Mareeva

Saratov State Medical University

In order to find out psychophysiologic preconditions for the beginning of psychosomatic pathology, 264 clinically healthy persons of both sexes were examined (the average age was 22,16 ± 2,42). All of them were divided into 2 groups according to their body weight index: the first group had normal body weight index, the second had deficiency of body weight. With the help of psychodiagnostic methods (Reduced Multiple Questionnaire for the examining of the Personality, Psychogeometrical test, Spielberger's test, Subbotin's test, Ekkles's test) it was found that persons with deficiency of body weight had had conflicting personality features, which form prepsychosomatic radical of personality. It underlies the development of psychosomatics diseases and deviant behavior.

Уровень развития современной цивилизации предъявляет к человеческой популяции большой спектр разнообразных требований. Появление стереотипа успешного человека обусловливает возникновение социальной и внутренней психологической напряженности и предрасполагает к росту психосоматической патологии и депрессивных состояний [5,10,11]. Нельзя отрицать и влияние изменений социально-экономических условий, особенно в нашей стране, приведших к росту психосоциального стресса и снижению уровня жизни. Неправильное питание приводит не только к увеличению числа лиц с избыточной массой тела или ожирением, но и к увеличению числа лиц с недостаточной массой тела. В результате проведенных немногочисленных эпидемиологических исследований выявлена зависимость показателей смертности как от высоких, так и от низких значений индекса массы тела (ИМТ), в т.ч. и от сердечно-сосудистой патологии [3].

По данным ВОЗ, от 38 до 42% всех пациентов, посещающих кабинеты соматических врачей, относятся к группе психосоматических больных, и по прогнозам количество таких пациентов к 2020 году возрастет вдвое [2,9,15].

Еще Гиппократ (IV-V вв. до н.э.) и Гален (II в.) связывали предрасположенность к определенным болезням с различным темпераментом - соматопсихической конституцией. Например, сангвиники склонны к болезням кровообращения, а холерики и флегматики – к болезням желчных путей; женщины меланхолического темперамента чаще болеют раком молочной железы, чем женщины-сангвиники. Изучением психосоматической патологии ученые занимаются уже более 100 лет. В 1909 году Х.Эппингер и Л.Хесс ввели термин «*вегетативная дистония*», а в 1926 году У.Кеннон добавил понятие «*гомеостаза*» и исследовал нейрогуморальную регуляцию поведения человека. В 1946 году Г.Селье описал патогенез стресса, расширив его понятиями «*адаптационный синдром*» и состояние «*дистресса*». Огромную роль в изучение этой проблемы внес Ф.Александер, описавший понятия «*вегетоневроз*» и «*неотреагированная агрессия*». Он выделил семь классических психосоматических болезней (эссенциальная артериальная гипертензия, язвенная болезнь, ревматоидный артрит, гипертиреоз, бронхиальная астма, колит и нейродермит) и обосновал для каждого заболевания соответствующий *внутрипсихический конфликт* [1]. В 1974 году М.Фридман и Р.Розенман ввели понятие «*тип личности*» и выделили два основных *типа: А и В* [13]. Д. МакДугалл в 2002 году выдвинула положение о *дефиците эгоидентичности* как основной причине психосоматических расстройств [8]. В последние десятилетия изучаются и развиваются такие теории, как *психонейроэндокриноиммунология*, *нейрофизиологическое направление* П. Анохина с выделением функциональных систем; теория *дисфункции органов и систем*, теории *психосоматической семьи* и *социопсихосоматоза, концепция враждебности* [6,7].

К сожалению, все накопленные на современном этапе знания не приводят к снижению заболеваемости психосоматической патологией. Более того, мы наблюдаем рост и омоложение данных нозологических форм [2,9,11]. В ходе многолетних и многочисленных исследований перед учеными и врачами появляется больше вопросов, чем ответов. Так, почему при прочих равных условиях у одних лиц возникает психосоматическая патология, а у других - нет? Что является отправным моментом в запуске каскада патогенетических механизмов, приводящих к формированию данной патологии? И если это психосоматоз, т.е. в основе лежит патологическая психологическая импульсация, то когда формируется этот очаг, как на него воздействовать, и станет ли это воздействие патогенетическим лечением? Для поиска ответов на поставленные вопросы целесообразно начать с изучения психофизиологических особенностей клинически здоровых лиц в зависимости от их антропометрических характеристик.

Целью настоящего исследования стало выявление особенностей личностного реагирования у клинически здоровых лиц с недостаточной массой тела, лежащих в основе формирования психосоматической патологии.

Материалы и методы исследования

Было проведено психофизиологическое и антропометрическое обследование клинически здоровых лиц обоего пола в количестве 264 человек (средний возраст составил 22,16 $\pm$ 2,42 года). Для исследования психофизиологических характеристик использовалась совокупность из пяти диагностических методов: Сокращенный Многофакторный Опросник для исследования Личности (СМОЛ) [4]; психогеометрический (ПГ) тест; тест Ч.Спилбергера в модификации Ю.Ханина; тест С.Субботина и тест Д.Экклза. Для исследования антропометрических характеристик использовалось измерение роста, массы тела, объема талии и объема бедер с последующим расчетом индексов: ИМТ и талия/бедра. Все обследованные лица в зависимости от показателей ИМТ были разделены на подгруппы: с нормальной массой тела (ИМТ=18,5-24,5 кг/м2) и с недостаточной массой тела (ИМТ<18,5 кг/м2) [3]. Для определения достоверности полученных результатов использовались современные методы математической статистики - пакет прикладных программ «STATGRAPH Plus5.1.V.2».

Результаты исследования

По результатам психофизиологического обследования было установлено, что клинически здоровым лицам с антропометрическими показателями, находящимися в пределах физиологической нормы, были свойственны следующие психологические особенности: гармоничность и уравновешенность, эмоциональная стабильность, успешность самореализации, позитивная самооценка, эффективность механизмов психологической адаптации в повседневной жизни и в условиях стресса, отсутствие интрапсихических противоречий и нарушений эгоиндивидуализации (сочетание относительного повышения значений Т-баллов по шкале гипомании (9) и относительного понижения показателей по шкале депрессии (2); образование плато шкал психопатии (4) и паранойяльности (6) СМОЛ (рис.1), с преимущественным выбором треугольника в ПГ-тесте, высокой стрессоустойчивостью, низкой реактивной тревожностью и отрицанием состояния утомления (табл.1) [$p<0,05$].

У клинически здоровых лиц с недостаточной массой тела выявлены такие психофизиологические особенности, как эмоциональная лабильность с преобладанием агрессивных возбудимых черт, выраженные эгоцентричность и конфликтность межличностных отношений. Однако, они производят благоприятное первое впечатление, обладая достаточным самоконтролем и высоким уровнем интеллекта. В струк-

туре личности клинически здоровых лиц с недостаточной массой тела выявлены полярные внутриличностные тенденции: 1) высокий уровень амбициозности сочетается с заниженной самооценкой; 2) высокая мотивация достижения – с пассивной обособленно-созерцательной личностной позицией, направленной на избежание неуспеха; 3) выраженная потребность в актуализации своей личности – с невозможностью реализации своих амбиций. В процессе развития такой личности возникает несоответствие высоких социальных запросов возможностям функциональных систем, деятельность которых характеризуется несбалансированностью процессов возбуждения и торможения. Формирование интрапсихического конфликта становится очагом патологической психической импульсации и основой возникновения психосоматической личностной предиспозиции [12]. В дальнейшем количество стрессовых и экстремальных ситуаций увеличивается, при завышенных амбициозности и жизненных планках возрастает недовольство собой и окружающими, снижается самооценка, нарастают тревожность, агрессивность и враждебность [14]. Появляется необходимость создания такого психологического механизма защиты, который бы оправдывал пассивность и инертность поведения. В виде такой защиты может выступить психосоматическая патология либо девиантное поведение с внешнеобвиняющими тенденциями, предрасполагающее к наркотизации и алкоголизации (сочетание относительного понижения значений Т-баллов по шкале истерии (3) и ипохондрии (1) с одновременным повышением значений Т-баллов по шкалам депрессии (2), паранойяльности (6) и гипомании (9) СМОЛ (рис.1), с равноценным выбором треугольника и зигзага в ПГ-тесте, низкой реактивной и средней личностной тревожностью, средней степенью стрессоустойчивости и более высокими значениями уровня утомления (табл.1)[$p<0,05$].

Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать следующие **выводы:**

- у клинически здоровых лиц с недостаточной массой тела выявлены полярные интрапсихические тенденции, формирующие внутриличностный конфликт, который составляет основное звено патологического препсихосоматического личностного радикала;
- клинически здоровые лица с недостаточной массой тела нуждаются в психологической коррекции, которая может быть направлена на повышение самооценки, успешности самореализации и налаживание межличностных взаимоотношений, что позволит предотвратить не только развитие психосоматической патологии, но и формирование девиантного поведения.

Таблица 1

Результаты психофизиологического обследования клинически здоровых лиц в зависимости от антропометрических показателей

	Нормальная масса тела (ИМТ=18,5-24,5кг/м2)	Недостаточная масса тела (ИМТ<18,5 кг/м2)
СМОЛ		
Относительное повышение значений показателей (в Т-баллах)	Шкала гипомании (53,5)	Шкалы депрессии (46,7), паранойяльности (51,3), гипомании (52,5)
Относительное понижение значений показателей (в Т-баллах)	Шкала депрессии (40,4)	Шкалы ипохондрии(41,2), истерии (40,2)
Особенности конфигурации профиля	Плато шкал психопатии и паранойяльности в сочетании с повышением шкалы гипомании	Противопоставленность шкал депрессии и психопатии, взаимовлияние шкал паранойяльности и шизоидности
ПГ - тест		
Фигура выбора (%)	△ 36%	△ и ⩘ по 30%
Фигура отрицания (%)	□ и ○ по12%	▭ и □ по 10%
Тест Ч.Спилбергера		
Личностная тревожность (в баллах)	Умеренная (35)	Умеренная (38,8)
Реактивная тревожность (в баллах)	Низкая (22)	Низкая (26,8)
Тест С.Субботина		
Уровень стрессоустойчивости (в баллах)	Высокий (31,8)	Средний (44,8)
Тест Д.Экклза		
Уровень утомления (в баллах)	Утомление не свойственно (1,6)	Нормальный (4)

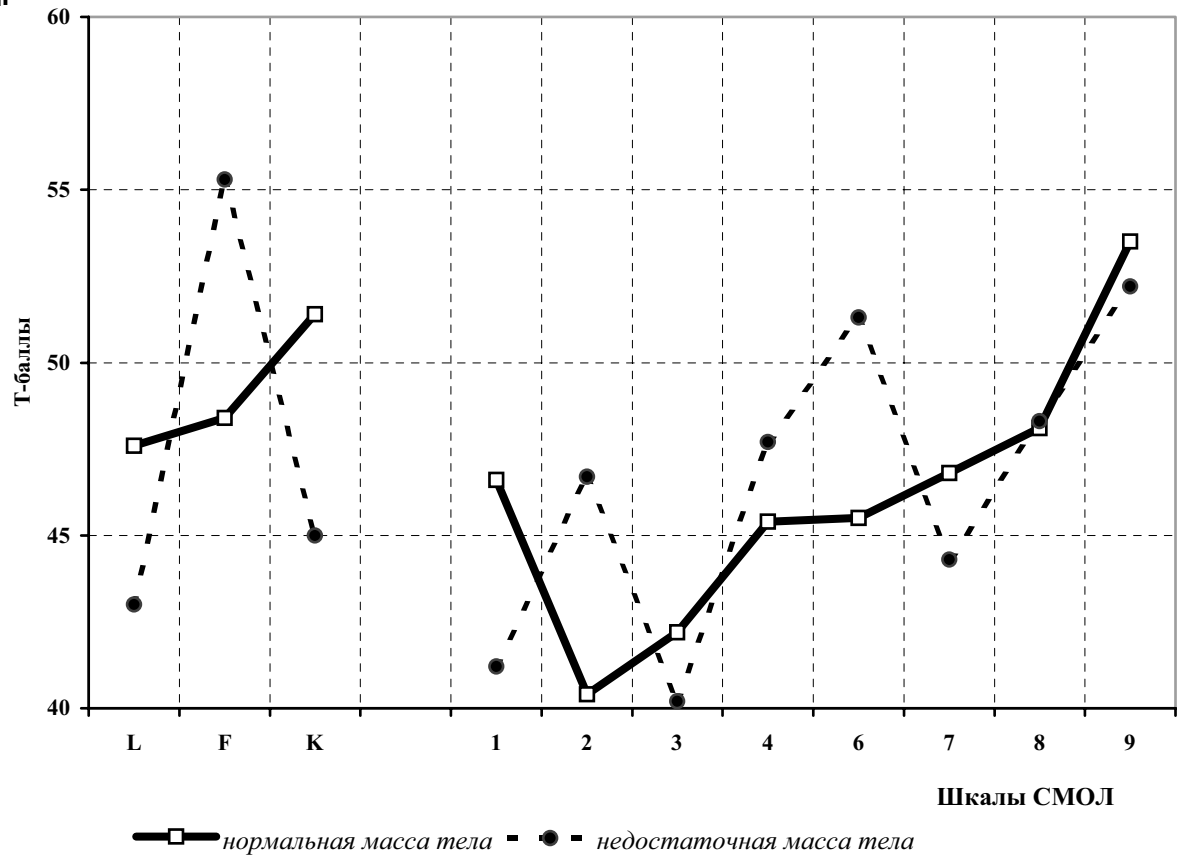

Рис.1. Усредненный профиль шкал СМОЛ клинически здоровых лиц с различными антропометрическими показателями (в Т-баллах)

Примечание. Обозначение шкал СМОЛ: 1- ипохондрии, 2- депрессии, 3-истерии, 4 - психопатии, 6- паранойяльности, 7- психастении, 8- шизоидности, 9 – гипомании, L- лжи, F- достоверности, K- коррекции

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение.- М., 2002.- 352с.

2. Вейн А.М. Стресс, депрессия и психосоматические заболевания. - М., Издательство фармацевтической группы Servier, 2003. –С.7.

3. Гундаров И.А. Недостаточная масса тела как фактор риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний // Тер.арх.- 2000.- №1.- С.72-74.

4. Зайцев В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult // Психологический журнал. – 1981.- №3.- С. 118-123.

5. Котышева Е.Н. Комплексная оценка факторов, влияющих на биологический возраст студентов // Здоровье и образование в XXI веке: Материалы 2-й междунар. науч.-практ. конф. – М. – 2001.– С. 106.

6. Кулаков, С.А. Основы психосоматики. – СПб., 2003.- С.84-92.

7. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. и др. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике.- СПб., 2000. – 568с.

8. МакДугалл Дж. Театр души: Иллюзия и правда на психоаналитической сцене.- СПб., 2002.- 134с.

9. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Шальнова С.А. и др. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога // Кардиология.- 2005.- №8.- С 37-43.

10. Оздоева Л.Д., Небиеридзе Д.В., Погосова Г.В. и др. Взаимосвязь факторов риска атеросклероза и тревожно-депрессивных состояний у мужчин из неорганизованной популяции // Кардиоваскулярная тер. и проф.- 2003.- №1.- С. 59 – 64.

11. Останин О.И. Образ жизни подростков // Здоровье и образование в XXI веке: Материалы 2-й междунар. науч.-практ. конф. – М. – 2001. – С. 139.

12. Собчик Л.Н. СМИЛ (MMPI). Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. Практикум по психодиагностике.- СПб.: Речь, 2004.- 217с.

13. Friedman H., Rosenman R. Type A behavior and your heart. - N.Y., 1974.- P. 87-115.

14. Larson S.L., Owens P.L., Ford D. et al. Depressive disorder, dysthymia, and risk of stroke // Thirteen-year follow-up from Baltimore Epidemiologic Catchment Area Stady-Stroke. -2001. –32. –9. –1979.

15. World Health Organization. Preventing and managing the global epidemic. Report of the WHO consultation on obesity. 3-5 June 1997. - Geneva: WHO, 1998.- P.68.