Чернега И.М.**Самоотношение пациентов с психосоматическими заболеваниями***Росатом, АО «Гиредмет»**(Россия, Москва)**doi: 10.18411/lj-08-2021-71***Аннотация**

В статье проводится изучение самоотношения пациентов с психосоматическими заболеваниями. Определено наличие внутренних конфликтов у больных мужчин, сомнений, несогласия с собой, тревожно-депрессивных состояний, сопровождаемых переживанием чувства вины, говорит об их интрапунитивности, выраженном самообвинении, готовности поставить себе в вину свои промахи и неудачи, собственные недостатки, сомнения в ценности собственной личности, отстраненности, граничащей с безразличием к своему «Я», потере интереса к своему внутреннему миру.

Ключевые слова: адаптация, психосоматическое заболевание, самоотношение.

Abstract

The article examines the self-attitude of patients with psychosomatic diseases. The presence of internal conflicts in sick men, doubts, self-disagreement, anxiety-depressive states, accompanied by feelings of guilt, is determined, speaks of their intrapunitivity, expressed self-accusation, readiness to blame their mistakes and failures, their own shortcomings, doubts about the value of their own personality, detachment, bordering on indifference to your "I", loss of interest in your inner world.

Keywords: adaptation, psychosomatic illness, self-attitude.

Психосоматическое заболевание приводит в той или иной степени к нарушению адаптации пациента, когда социальная среда становится стрессогенным фактором заболевания [3, 9, 10]. Однако, люди приспосабливаются к таким изменениям путем реорганизации стратегий поведения [14], которые в свою очередь регулируются многими факторами [8]. На современном этапе развития науки, адаптация понимается как процесс и результат установления гармоничных отношений между личностью и социальной средой [1, 12]. Разделяют субъективные и объективные критерии успешности адаптации: субъективный критерий определяет степень осознанной или неосознанной удовлетворенности человека разнообразными аспектами жизнедеятельности и самим собой, объективный критерий рассматривает эффективность деятельности [2]. Таким образом, у больных с психосоматическими заболеваниями, важным элементом является изучение самоотношения [7].

С точки зрения С.Р. Пантилеева, самоотношение осуществляется на основе сравнений, но не себя с остальными людьми через систему норм и ценностей, а на основе сравнения себя посредством приема аутокоммуникации (внутреннего диалога) с самим же собой в различных ситуациях жизнедеятельности, когда те или иные личностные образования способствовали или же препятствовали достижению ведущих мотивов личности [5, 11]. Поэтому знание о себе трудноотделимо от отношения к себе, так как в их основе лежат общие механизмы интериоризации и сравнения по различным основаниям, а неотъемлемым условием формирования и развития обоих компонентов является деятельность, совместная деятельность и общение [6]. Однако на сегодняшний день эти вопросы в должной мере не изучены [4].

Цель работы. Изучить психологические особенности мужчин с психосоматическими заболеваниями.

Материалы и методы. Обследовано 52 мужчин, в возрасте от 18 до 26 лет. Из них 23 – здоровые, 29 имеют психосоматические заболевания.

Обследование проводили с помощью методик: диагностика межличностных отношений (ДМО), модифицированный вариант интерперсональной диагностики Т. Лири, методика Леонгарда-Шмишека (в модификации Л.В. Куликова), методика исследования самооотношения (МИС), методика «Профиль чувств в отношениях» (ПЧО) [13].

Статистическую обработку проводили с помощью пакета программ Statistica 10,0. Для сравнительного анализа использовали критерий t–Стьюдента. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение.

Результаты методики ДМО со стороны себя представлены в таблице 1.

Таблица 1

Средние показатели методики ДМО со стороны себя

Показатель	Здоровые	Больные	t эмп	p
Властный-лидирующий	6,00±1,97	9,14±2,36	5,23	<0,05
Независимый-доминирующий	5,44±1,29	5,66±2,70	0,37	>0,05
Прямолинейный-агрессивный	3,94±1,63	6,21±2,35	4,09	<0,05
Недоверчивый-скептический	4,78±2,05	6,10±1,82	2,44	<0,05
Покорно-застенчивый	3,89±1,57	4,34±1,86	0,96	>0,05
Зависимый-послушный	5,06±1,76	5,07±2,10	0,02	>0,05
Сотрудничающий-конвенциальный	4,44±2,04	5,72±2,27	2,14	<0,05
Ответственно-великодушный	5,94±2,86	4,86±1,77	1,59	>0,05

Выявлено, что больные мужчины в отличие от здоровых характеризуют себя как нетерпимые к критике, переоценивающие собственные возможности, обладающие чрезмерным упорством, недружелюбием, несдержанностью и вспыльчивостью, обидчивым и недоверчивым модусом отношений к окружающим с выраженной склонностью к критицизму, недовольством окружающими и подозрительностью, компромиссным поведением в отношении дружелюбия.

Результаты методики МИС представлены в таблице 2.

Таблица 2

Средние значения шкал методики МИС

Показатель	Здоровые	Больные	t эмп	p
Шкала 1	5,06±2,07	5,55±2,57	0,77	>0,05
Шкала 2	8,00±3,20	7,14±3,31	0,95	>0,05
Шкала 3	7,50±2,79	7,28±2,43	0,30	>0,05
Шкала 4	5,50±2,07	6,45±1,84	1,72	>0,05
Шкала 5	9,33±2,97	7,79±1,90	2,16	<0,05
Шкала 6	8,50±1,89	7,52±2,77	1,52	>0,05
Шкала 7	6,11±2,37	5,79±2,35	0,48	>0,05
Шкала 8	4,28±1,93	7,69±2,45	5,61	<0,05
Шкала 9	4,11±1,88	7,07±2,19	5,25	<0,05

Выявлено, что больные мужчины имеют достоверно ($p < 0,05$) более высокие показатели по шкалам: 8, 9 и достоверно ($p < 0,05$) более низкие показатели по шкале 5.

То есть, это свидетельствует о наличии внутренних конфликтов у больных мужчин, сомнений, несогласия с собой, тревожно-депрессивных состояний, сопровождаемых переживанием чувства вины, говорит об их интрапунитивности, выраженном самообвинении, готовности поставить себе в вину свои промахи и неудачи, собственные недостатки, сомнения в ценности собственной личности, отстраненности, граничащей с безразличием к своему «Я», потере интереса к своему внутреннему миру.

Шкальные оценки методики МИС объединяются в факторы, которые представлены в таблице 3.

Таблица 3

Средние значения факторов методики МИС

Показатель	Здоровые	Больные	t эмп	p
Самоуважение	26,06±4,77	26,41±4,64	0,27	<0,05
Аутосимпатия	23,94±5,09	21,10±3,74	2,24	<0,05
Внутренняя неустроенность	8,39±2,68	14,76±3,00	8,08	>0,05

Выявлено, что больные мужчины характеризуются как имеющие заниженное эмоциональное отношение к своему «Я» и дезадаптацию личности, требующую использования психологическую помощь.

Результаты методики ПЧО (со стороны других) представлены в таблице 4.

Таблица 4

Средние значения методики ПЧО

Показатель	Здоровые	Больные	t эмп	p
Гедонические	43,72±6,67	33,59±10,69	4,18	<0,05
Меланхолические	24,67±4,20	32,59±6,52	5,3	<0,05
Астенические	26,67±4,09	36,14±5,10	7,43	<0,05
Сближающие	43,78±11,25	38,28±9,11	1,9	<0,05
Удаляющие	34,06±7,22	44,41±4,30	6,08	<0,05

Выявлено, что у больных мужчин чувственного тона отношения субъекта со стороны других по сравнению со здоровыми мужчинами достоверно ($p<0,05$) более высокие по следующим тонам: меланхолическим, астеническим, удаляющим, в то же самое время достоверно ($p<0,05$) ниже по гедоническим тонам.

Результаты теста Шмишека представлены в таблице 5.

Таблица 5

Средние значения показателей теста Шмишека

показатель	Здоровые	Больные	t эмп	p
Шкала гипертимности	4,72±1,45	4,76±1,90	0,08	>0,05
Шкала застревания	6,06±2,29	6,93±2,37	1,35	>0,05
Шкала эмотивности	3,72±1,90	3,69±1,61	0,07	>0,05
Шкала педантичности	6,28±2,54	7,24±2,15	1,45	>0,05
Шкала тревожности	2,22±1,56	3,83±1,51	3,74	<0,05
Шкала циклотимности	3,44±1,72	4,55±1,68	2,33	<0,05
Шкала демонстративности	6,17±1,95	5,31±1,91	1,59	>0,05
Шкала возбудимости	3,33±1,71	3,48±1,81	0,30	>0,05
Шкала дистимности	3,39±1,79	3,34±1,40	0,10	>0,05
Шкала экзальтированности	4,83±1,82	4,90±1,26	0,14	>0,05

Выявлено, что больные мужчины в сравнении со здоровыми имеют достоверно ($p<0,05$) более высокие показатели по шкалам: тревожности и циклотимности. То есть, у них отмечается повышенная тревожность, беспокойство по поводу возможных неудач, беспокойство за свою судьбу и судьбу близких, для них характерна смена гипертимических и дистимических состояний. В гипертимической фазе поведение типичное – радостные события вызывают не только радостные эмоции, но также и жажду деятельности, повышенную словоохотливость, активность. Печальные события вызывают не только огорчение, но и подавленность. В этом состоянии характерны замедленность реакций и мышления, замедление и снижение эмоционального отклика.

Выводы

1. Мужчины с психосоматической патологией характеризуют себя как нетерпимые к критике, переоценивающие собственные возможности, обладающие чрезмерным упорством, недружелюбием, несдержанностью и вспыльчивостью, обидчивым и недоверчивым модусом отношений к окружающим с выраженной склонностью к

критицизму, недовольством окружающими и подозрительностью, компромиссным поведением в отношении дружелюбия.

2. Мужчины с психосоматической патологией характеризуются как имеющие заниженное эмоциональное отношение к своему «Я» и дезадаптацию личности, требующую использования психологической помощи.
3. У мужчин с психосоматической патологией отмечается повышенная тревожность, беспокойство по поводу возможных неудач, беспокойство за свою судьбу и судьбу близких, для них характерна смена гипертимических и дистимических состояний.

1. Глазырина Т.М., Порожников П.А., Ятманов А.Н. Влияние отношения к болезни и уровня артериального давления на уровень нервно-психической адаптации у мужчин призывного возраста. Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2017. № 1. С. 62-65.
2. Глазырина Т.М., Солодков А.С., Кулыгин С.В., Юсупов В.В., Ятманов А.Н. Особенности вклада внутренней картины болезни и класса заболевания на уровень нервно-психической адаптации пациентов. Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2016. № 6 (136). С. 218-221.
3. Глазырина Т.М., Юсупов В.В., Ятманов А.Н. Роль личности призывников в формировании психосоматической патологии. 3-й азиатско-тихоокеанский конгресс по военной медицине. 2016. С. 114-115.
4. Днов К.В., Дорофеев И.И., Зун С.А., Корзунин В.А., Порожников П.А., Юсупов В.В., Ятманов А.Н. Оценка личностного психологического адаптационного потенциала курсантов Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова с различным уровнем психического здоровья. Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2016. № 3 (55). С. 14-17.
5. Днов К.В., Серегин Д.А., Ятманов А.Н. Профилактика суицидального поведения и медико-психологическое сопровождение военнослужащих. Казань, 2017. 96 с.
6. Зайцев А.Г., Резванцев М.В., Тегза В.Ю., Ятманов А.Н., Дергачев В.Б. Математическая модель прогноза успешности военно-профессиональной адаптации курсантов военно-морской академии им. Н.Г. Кузнецова. Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2018. № 1 (61). С. 160-163.
7. Зимовина Е.В., Захарян А.В. Историко-психологический анализ проблемы телесности в отечественной психологии. Гуманитарные исследования в XXI веке. 2020. № 1. С. 20-25.
8. Русина Н.А. Психотерапия пациента психосоматического профиля. Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2013. № 3 (3). С. 50-60.
9. Русина Н.А. Психологический статус и адаптационные ресурсы онкологических больных. Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2012. Т. 20. № 3. С. 115-121.
10. Фусу М.Н. Психосоматические расстройства: теории и концепции. Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2012. № 4. С. 43-55.
11. Хватова М.В. Самоотношение в структуре психологически здоровой личности. Психолого-педагогический журнал Гаудеамус. 2015. № 1 (25). С. 9-17.
12. Ятманов А.Н. Личностные особенности моряков. Здоровье - основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2016. Т. 11. № 2. С. 676-677.
13. Ятманов А.Н. Медико-психологическое сопровождение военнослужащих с нарушением адаптации. Казань, 2018. 82 с.
14. Ятманов А.Н. Патогенетические детерминанты внутренней картины болезни у пациентов с эссенциальной гипертензией, автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2010. 16 с.