

**Этно, социокультуральные и нозологические особенности феномена вторичной выгоды от болезни (ВВБ).**

Елена Молчанова, к.м.н.  
Авдошина Татьяна.

Направление «Психология»  
Психологическая лаборатория.  
Американский Университет – Центральная Азия,  
Бишкек, Кыргызстан.

Резюме.

Вторичная выгода от болезни (ВВБ) понимается как совокупность социальных («внешних») и интрапсихологических («внутренних») преимуществ, получаемых заболевшим как от самого факта наличия расстройства, так и от его признаков. Данная работа посвящена исследованию ВВБ в этно-, социокультуральном и нозологическом аспектах. У респондентов из Кыргызстана, России, Франции и США были обнаружены статистически достоверные различия в напряженности ВВБ, что, по мнению авторов статьи, является показателем социокультурального происхождения феномена. В то же время, различный уровень внутренней вторичной выгоды от болезни у пациентов с соматоформными расстройствами и шизофренией подтверждает гипотезу о неодинаковом участии невротической и психотической симптоматики в удовлетворении потребностей заболевшего. Авторы предлагают ряд дополнений к психодинамической модели ВВБ.

Abstract

Secondary gain from illness (SGI), understood as a complex of social (external) and intrapsychological (internal) advantages obtained by individual during his/her illness, was investigated in ethno-, sociocultural and nosological directions. Respondents of Kyrgyzstan, Russia, France, and USA reported different levels of SGI, which indicates that SGI has sociocultural nature and is unique in each society. At the same time different levels of internal secondary gain was found in patients with schizophrenia and somatoform disorders. Authors suggest some additions to the psychodynamic model of SGI.

Термин «вторичная выгода от болезни» (ВВБ) используется в клинико-психологических исследованиях с целью обозначения комплекса преимуществ, получаемых заболевшим как от самого факта наличия расстройства, так и от его проявлений. Следует отметить, что этот термин гораздо более неоднозначен, чем классический для психоаналитической литературы «позитивный смысл симптома» (первичная выгода от болезни) [17] и популярная в настоящее время в социальной психологии и психиатрии тема «третичной выгоды от болезни» [1,6,18].

Наиболее полное описание истории развития феномена ВВБ и сложностей, связанных с использованием и интерпретацией данного термина, предоставляет J.J. van Egmond (2003) [11], а подробный обзор исследований, посвященных данной проблеме, со-

держится в работе Fishbain DA, Rosomoff HL, Cutler RB, Rosomoff RS «Secondary gain concept: a review of the scientific evidence» [16]. Ее авторами было проанализировано 166 статей, описывающих и исследующих различные варианты ВВБ. Один из сделанных ими выводов представляется явно неутешительным: результаты исследований часто противоречат друг другу, а некоторые работы имеют серьезные, в том числе и методические недостатки.

Из многочисленных вопросов, ответы на которые не удалось найти в результате литературного поиска, были выделены два:

1. Как связаны друг с другом два адаптивных по своей природе психологических конструкта – «вторичная выгода от болезни» и «роль больного в обществе», представляющая собой совокупность признаков разрешенного для заболевшего регрессивного поведения в данном конкретном социуме?
2. Есть ли различия в структуре феномена ВВБ у пациентов с соматоформными расстройствами и шизофренией?

Основными причинами формулировки первого вопроса явились, с одной стороны, давняя заинтересованность авторов в исследовании этно- и социокультуральных аспектов психологических и патопсихологических феноменов, с другой – весьма заманчивое предположение о том, что до формирования стандартизованного отношения к больному, каждая конкретная культура будет определять как количество, так и выраженность признаков разрешенного для заболевшего человека регрессивного поведения<sup>1</sup>. Почему, собственно, феномен ВВБ просто должен быть культурально обусловлен? Потому, что культура представляет собой особую, ценностную, овеществленную форму отношения людей друг к другу<sup>2</sup>.

Основной причиной формулировки второго исследовательского вопроса стало выраженное несоответствие между многочисленными статьями, посвященными описанию и роли феномена ВВБ при соматоформных и психосоматических расстройствах с одной стороны и отсутствием аналогичных исследований, в которых респондентами являлись пациенты с «большими» психическими расстройствами с другой. Структурная неоднородность феномена вторичной выгоды от болезни была предположена еще З. Фрейдом.

---

<sup>1</sup> Изучение этнокультуральных особенностей «роли больного» в разных культурах носит преимущественно историко-описательный характер. В славянской культуре отношение к больным всегда было сострадательным и человек не нес ответственности за свой недуг, заболевание оправдывало несостоятельность жизни. Напротив, в Японии и Китае болезнь являлась показателем слабости и не одобрялась обществом. В странах с преобладающей протестантской конфессией, в отличие от православной или католической, болезнь имеет в «глазах общества» негативный смысл. (Тховстов А.Ш., 2002).

<sup>2</sup> А.А. Брудный. Психология цивилизации. Вестник АУЦА. 2004, стр. 40-47.

Он упоминал о формировании «внутренней части» ВВБ в случае, если признаки расстройства начинают активно участвовать в реализации потребностей, фрустрированных до возникновения невроза. «Внешняя» же часть феномена является результатом адаптации Эго к ситуации нездоровья вообще, когда симптомы страдания и сам факт его наличия помогают добиться желаемого при помощи манипуляции, которая в отдельных случаях может принимать форму открытого шантажа. В этой связи логично было предположить, что соотношение «внешней» и «внутренней» частей феномена ВВБ у пациентов с соматоформными расстройствами и шизофренией может быть различным.

Два сформулированных исследовательских вопроса определили две достаточно независимые друг от друга по своим целям части настоящего исследования.

### ***Часть 1.***

Задачами первой части исследования стали: (1) создание психодиагностического инструмента для изучения этно- и социокультуральных особенностей «роли больного в обществе» и (2) сравнительное исследование этно- и социокультуральных особенностей «роли больного» у здоровых респондентов – представителей различных социумов и культур.

### ***Метод.***

Инструментом для проведения этой части исследования стал *Опросник Вторичной Выгоды от Болезни (ОВВБ)*, который был специально разработан для целей данного исследования. При создании психодиагностического инструмента мы намеренно избегали спецификации заболевания, полагая, что опыт отношения к больному у здоровых людей складывается из наблюдения за тем, как члены общества, в котором они живут, относятся к лицам, страдающим самыми различными недугами. «Заболевший», отношение к которому измеряет данный инструмент, наделяется совокупностью наиболее общих представлений о том, что может и что не может позволить себе человек в ситуации «Нездоровья», так как в опроснике не содержится указаний на степень тяжести заболевания и его продолжительность. Таким образом, ОВВБ с самого начала был предназначен не столько для определения напряженности внешней части ВВБ, сколько для изучения параметров социальной роли больного в обществе.

По результатам анализа литературы [11, 15, 16, 20, 30, 32] был создан первый вариант, состоящий из 28 утверждений, ответы на которые оценивались по 5-бальной шкале (Likert-scale): от 1-совершенно согласен до 5 - совершенно не согласен. Первая версия опросника предполагала наличие равного количества прямых утверждений (например: «Когда болеешь, можно и покапризничать») и обратных («Лучше разбираться с неприятными ситуациями сразу же после их появления, независимо от того, болен ты, или здоров»).

После первичной апробации, были созданы кыргызская, французская и английская версия ОВВБ, все требования процедуры двойного обратного перевода (Back-to-back translation) были выполнены. Последующая обработка результатов проводилась с использованием 12-й версии программы SPSS для Windows.

В первой части исследования приняли участие 288 человек из четырех стран (Кыргызстана, России, Франции и США) в возрасте от 16 до 65 лет ( $M=29,9$ ). 96 жителей Кыргызстана были разделены на три равные группы сравнения: «русские» (32 респондента); «кыргызы, заполняющие опросник на русском языке» (32); «кыргызы, заполняющие опросник на кыргызском языке» (32). В подгруппы россиян, французов и американцев было включено по 64 человека с равным гендерным соотношением.

Опросник на кыргызском языке предъявлялся жителям Бишкека, недавно мигрировавшим из сельских районов Кыргызстана с плохим знанием русского языка. Респонденты из Кыргызстана, заполнявшие опросник на русском языке, отбирались случайно. Респонденты России, Франции и США опрашивались с использованием ресурсов Интернет-сети<sup>3</sup>.

Для повышения внутренней валидности теста, утверждения, низко ( $r < 0,3$ ), коррелирующие с общей суммой баллов, были удалены. Кроме того, в результате факторного анализа показателей ОВВБ в общей выборке, были четко выделены три неравнозначных фактора, обозначенные как «фактор собственно вторичной выгоды от болезни», «фактор снижения ответственности заболевшего перед обществом», «фактор позитивного отношения общества к заболевшему». Окончательная версия с коэффициентом внутренней валидности (альфа Кронбаха), равным 0.7, содержит 21 утверждение (минимальный результат – 21, максимальный – 105). Коэффициент внутренней согласованности первого фактора равен 0,72; второго – 0,68; третьего – 0,57.

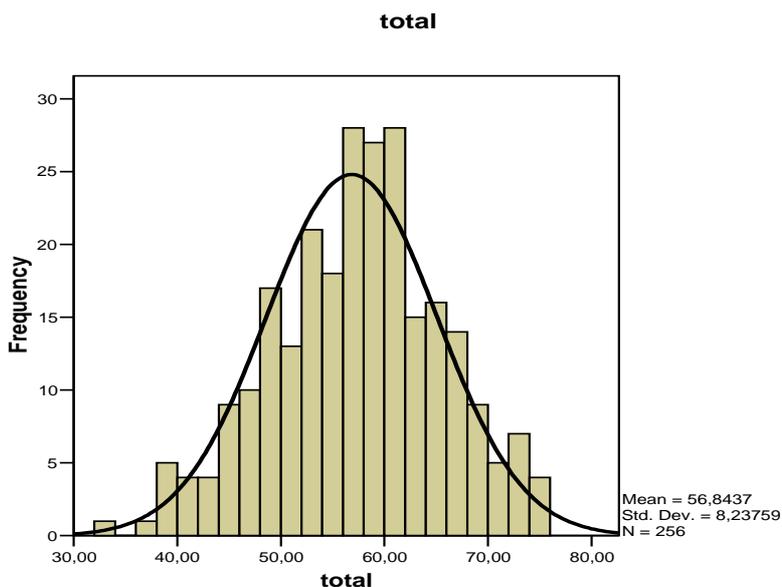
---

<sup>3</sup> первые версии опросников на русском, английском, французском языках был размещены на <http://www.wellness.to.kg/psy/>

Таб.1

Три выделенных фактора опросника вторичной выгоды от болезни.

	Факторы		
	1	2	3
answr22	,608		
answr25	,556		
answr16	,535		
answr18	,470		
answr27	,457		
answr15	,436		
answr14	,429		
answr12	,416		
answr19	,388		
answr9	,370		
answr3	,334		
answr20		,766	
answr21		,703	
answr7		,623	
answr24		,603	
answr26		,416	
answr17		,346	
answr11			,754
answr13			,697
answr8			,600



Кривая распределения результатов в общей выборке оказалась нормальной со средним арифметическим  $M=56.8$  и средним квадратичным отклонением  $SD=8.2$  (см. рис.1)

Рис. 1.<sup>4</sup>

*Гистограмма распределения результатов заполнения опросника ВВБ в общей выборке респондентов.*

<sup>4</sup> Здесь и далее общее число респондентов равно 256. Подгруппа респондентов Кыргызстана была, для облегчения процедур сравнения и анализа, сокращена до 64 человек. Данные респондентов - кыргызов, заполнявших опросник на русском языке использовались для анализа выборки Кыргызстана, но не использовались для сравнения групп респондентов из разных стран.

**Результаты и обсуждение.**

Наиболее значимым, на наш взгляд, результатом первой части исследования, явились статистически-достоверные ( $p=0.000$ ) различия между общими количественными показателями респондентов из разных стран (см. рис.2) при отсутствии различий по полу, возрасту и этнической принадлежности внутри каждой подгруппы.

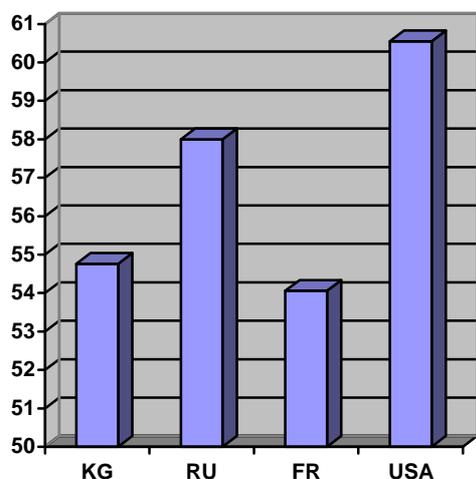


Рис. 2.  
Сравнение результатов заполнения ОБВБ респондентами Кыргызстана (KG), России (RU), Франции (FR) и США (USA).

Таб. 2.

Результаты заполнения ОБВБ респондентами четырех стран

Страна	Показатели ОБВБ	$p < 0.001$
1. Кыргызстан (n=64)	54.76±7,51	1-2; 1-4
2. Россия (n=64)	58.00±8.90	2-1; 2-3
3. Франция (n=64)	54.06±7,51	3-4; 3-2
4.США (n=64)	60,54±6,38	4-1; 4-3

Помимо общих показателей ВВБ, были проанализированы результаты по каждому из выделенных факторов. Распределение показателей по каждому фактору приближалось к нормальному и, так как три фактора опросника не равны по количеству входящих в них утверждений, «сырые» баллы по каждому из них были переведены в стандартные T-

показатели со значениями среднего арифметического  $M = 50$  и среднего квадратичного отклонения  $SD = 10$ .

Формула для перевода сырых баллов в стандартные следующая:

$$X = 50 + [(M_{\text{страны}} - M_{\text{общей выборки}}) / SD_{\text{общ}}] \times 10.$$

Первичные значения средних арифметических (M) для каждого фактора, достоверность различий, и соответствующие «сырым баллам» стандартные Т-показатели приводятся в таблице 3.

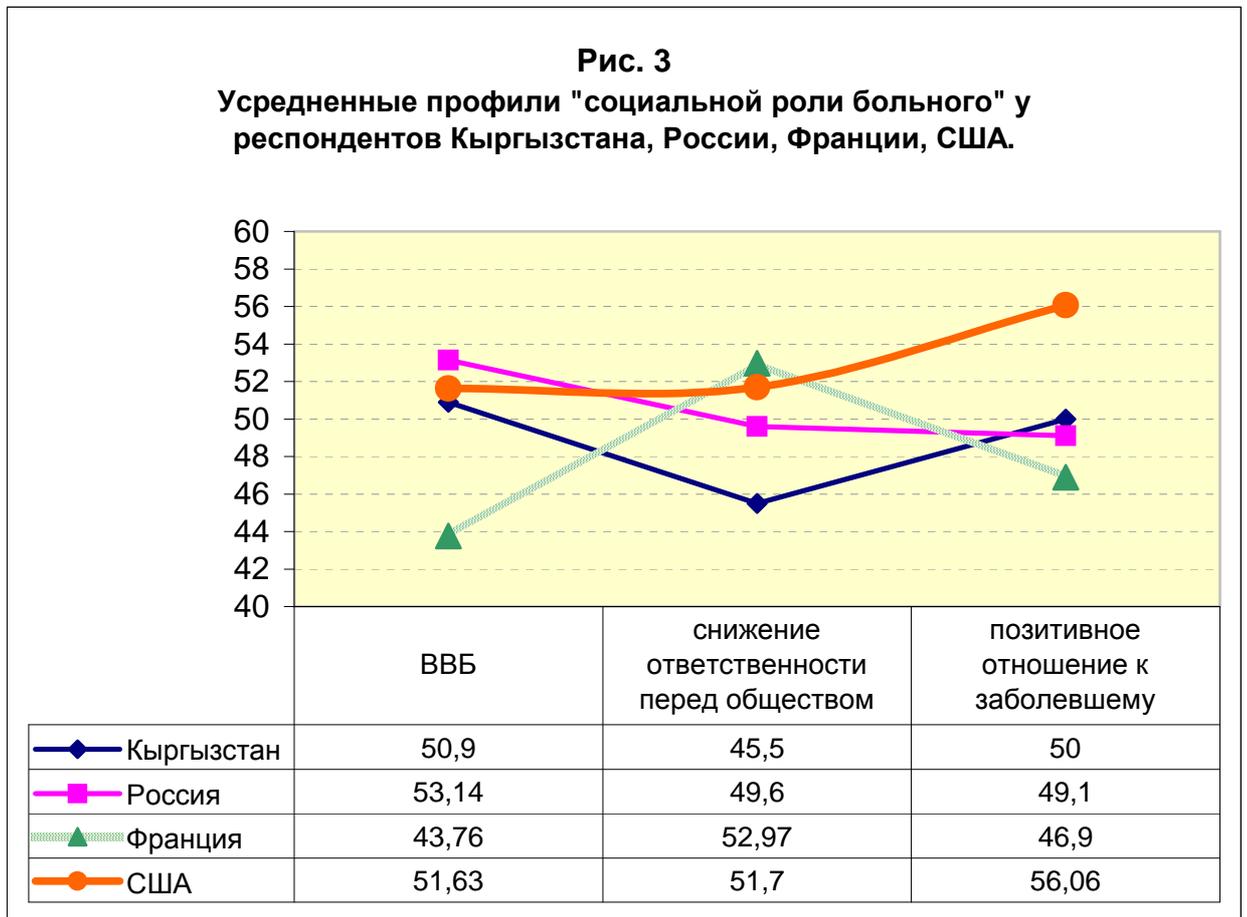
Таблица 3.  
Сравнение результатов трех факторов опросника ВВБ  
и перевод «сырых» баллов в стандартные.

Показатели		Общая вы- борка (n=256)	Кыргызстан 1 (n=96)	Россия 2 (n=64)	Франция 3 (n=64)	США 4 (n=64)
Первый фактор	M	29,13	29,6	30,7	26,2	29,9
	SD	5,1	4,9	5,0	4,7	4,7
	p<0.001		1-3	2-3	3-1; 3-2; 3-4	4-3
	<b>Т-баллы</b>	<b>50</b>	<b>50,9</b>	<b>53,14</b>	<b>43,76</b>	<b>51,63</b>
Второй фактор	M	15,26	13,51	15,10	16,45	15,97
	SD	4,39	4,05	4,62	4,57	3,77
	p<0.001		1-3; 1-4		3-1	4-2
	<b>Т-баллы</b>	<b>50</b>	<b>45,6</b>	<b>49,6</b>	<b>52,97</b>	<b>51,7</b>
Третий Фактор	M	9,71	9,7	9,45	8,80	11,53
	SD	3,02	3,2	2,9	3,20	1,76
	p<0.001		1-4	2-4	3-4	4-1;4-2;4-3
	<b>Т-баллы</b>	<b>50</b>	<b>50,0</b>	<b>49,1</b>	<b>46,9</b>	<b>56,06</b>

Первый фактор опросника измеряет то количество привилегий от общества, которые респондент считает нормативным для заболевшего («Когда болеешь, можно позволить себе заняться теми делами, которые действительно приятны», «Когда болеешь, можно и покапризничать» и т.д.). Фактор «снижения ответственности перед обществом и собой» измеряет совокупность представлений о себе как о человеке, откладывающем решение проблем на неопределенный срок, пока не завершится нездоровье. Этот фактор составили исключительно обратные вопросы («болезнь – болезнью, а свои повседневные обязанности нужно выполнять»; «лучше не откладывать решения насущных проблем до выздоровления»). Наконец, утверждения, входящие в третий фактор, измеряют «помогающее»,

«поддерживающее» отношение к заболевшему («к больному человеку нужно относиться также хорошо, как и к здоровому»).

После перевода первичных результатов опросника в стандартные удалось построить усредненные профили «социальных ролей» больного отдельно для респондентов из Кыргызстана, России, Франции и США (см. Рис 3)



«Кыргызский», «французский», «российский» и «американский» профили социальной роли больного заметно отличаются друг от друга. Так, во «французском» профиле сравнительно невысокие значения показателей нормативно-регрессивного поведения и фактора «позитивного отношения» могут свидетельствовать о том, что болезнь не оправдывает регрессивное поведение, причиной которого она может стать.<sup>5</sup> Социальная роль больного во Франции, в то же время, предусматривает отсрочку в решении насущных проблем (2-й фактор). В этом случае болезнь может выполнять функции «алиби».

«Кыргызский» профиль социальной роли больного противоположен «французскому»: сравнительно высокие показатели разрешенных обществом признаков регрессивного по-

<sup>5</sup> Возможно, причины полученных результатов могут быть найдены во французской культуре, сформировавшей, цитируя генерала де Голля образ «больного, который грозит смерти кулаком».

ведения и позитивного отношения к больному при сравнительно низких показателях фактора «снижения ответственности». Болезнь в нашей республике является мощным по эффективности способом получения социальных поглаживаний, больной человек вызывает сосрадательное, позитивное отношение к себе. Тем не менее, «болезнь - болезнью, а свои повседневные обязанности нужно выполнять»<sup>6</sup>. Рискнем предположить наличие связи между уровнем социальной защищенности и уровнем жизни с одной стороны и показателями «фактора ответственности больного перед обществом и собой» с другой.

«Российский» профиль оказался достаточно ровным с относительным повышением по первому фактору, а контуры «американского» интересны наиболее высокими результатами по фактору позитивного отношения к заболевшему.

Примечательно, что достоверных этнических различий между результатами респондентов, заполнявших опросник на русском и кыргызском языках обнаружено не было: выборка кыргызстанцев оказалась на удивление однородной.

Логичным заключением для этой части работы будет ответ на первый исследовательский вопрос. Поведение больного в каждом конкретном социуме определяется, хотя бы частично, требованиями, диктуемыми обществом. Эти требования уникальны для каждой конкретной культуры, но обязательно включают в себя некоторое количество привилегий от окружающих, снижение ответственности перед обществом во время болезни и позитивное отношение к заболевшему. Как «переигрывание» в больного, так и «недоигрывание» своей партии могут восприниматься как ненормативные в условиях болезни, так как это не соответствует данной социальной роли. Типичное для Кыргызстана поведение больного может быть ненормативным для Франции или США, а поведение заболевшего американца может оцениваться как «странное» в условиях России. В то же время, опросник, явившийся единственным инструментом данной части исследования, включил в себя наиболее типичные проявления вторичной выгоды от болезни. Таким образом, феномен ВВБ, хотя бы отчасти обусловлен социкультурально, и «роль больного», типичная для данного общества, становится его важным элементом.

## **Часть 2**

Участниками второй части исследования стали:

(1) 32 пациента (16 женщин и 16 мужчин) с параноидной шизофренией, находившиеся в момент обследования на стационарном лечении в Республиканском центре психического

---

<sup>6</sup> Формулировка одного из утверждений опросника

здоровья г. Бишкек (РЦПЗ). Диагноз параноидной шизофрении непрерывного течения был верифицирован в соответствие с критериями Международной классификации болезней 10-го пересмотра (ICD-10), в подгруппу не включались лица с первым психотическим эпизодом, лица, старше 55 лет, с плохим знанием русского языка, а также с признаками выраженного когнитивного дефицита.

(2) 32 пациента (16 женщин и 16 мужчин) с соматоформными и конверсионными расстройствами, находившихся во время проведения исследования на стационарном лечении в отделении психосоматики и психотерапии РЦПЗ. Диагноз был верифицирован по критериям МКБ-10, обследовались лица не старше 55 лет, без признаков выраженного когнитивного дефицита. Количество госпитализаций в качестве критерия отбора в группу не учитывалось.

(3) 20 пациентов с ишемической болезнью сердца – жителей города Москвы, находившихся на стационарном лечении<sup>7</sup>

Обследование было конфиденциальным и проводилось только после получения согласия лечащего врача и устного согласия респондента на его проведение.

Диагностический инвентарь составили:

1. Опросник ВВБ, стандартизованный во время проведения первой части данного исследования;

2. две версии (для пациентов с шизофренией; и соматоформными расстройствами) полуструктурированного интервью и

3. специально разработанная клиническая оценочная шкала (КОШ), заполняемая лечащим врачом пациента (коэффициент Кронбаха – 0,89). КОШ предназначена для определения степени выраженности поведенческих признаков внутренней и внешней частей феномена ВВБ. Создание первой части этого диагностического инструмента включало в себя два этапа: (1) составление банка шкал, измеряющих поведенческие признаки феномена вторичной выгоды от болезни и (2) предъявление первичного банка лечащим врачам двух отделений Республиканского центра психического здоровья г. Бишкек, на базе которых проводилась вторая часть исследования, для отбора утверждений, наиболее точно, по мнению врачей, измеряющих феномен «выгоды от болезни». 14 утверждений, которые были выбраны всеми врачами, стали шкалами, дихотомически (по

---

<sup>7</sup> Этот материал был собран аспирантками Московского НИИ Психиатрии Семиглазовой Марией и Рыбиной Ниной. Пациенты заполняли только опросник ВВБ, обследование при помощи клинической оценочной шкалы не проводилось.

принципу «есть признак» - «нет признака») измеряющими «внешнюю вторичную выгоду от болезни». Отобранные 14 утверждений, как оказалось, обозначают характеристики манипулятивного поведения заболевшего. 14 утверждений, измеряющих «внутреннюю» ВВБ, соответствуют совокупным представлениям авторов работы, сформированным на основании литературных данных [10, 11, 12, 14, 17], о ее возможных диагностических признаках. КОШ была сконструирована для сравнения выраженности маркеров манипулятивного поведения – элемента «внешней» ВВБ с одной стороны и «внутренней» части ВВБ с другой у пациентов с соматоформными расстройствами и шизофренией.

Все диагностические инструменты были отобраны для реализации двух основных задач: (1) – измерить и сравнить общую напряженность ВВБ у пациентов двух клинических подгрупп и (2) – сравнить выраженность манипулятивного поведения, («внешняя» часть ВВБ) и напряженность «внутренней» части феномена.

В процессе обработки полученных результатов была использована 12 версия программы SPSS: ANOVA (a one-way between groups analysis of variance) для сравнения показателей опросника ОБВБ в клинических подгруппах; MANOVA (a one-way between groups multivariate analysis of variance) для сравнения различий между факторами опросника, а также корреляционный анализ.

#### *Результаты и обсуждение:*

Результаты сравнения показателей опросника ВВБ в трех клинических подгруппах (пациенты с шизофренией, с соматоформными расстройствами, и пациенты с ИБС) в сырых и стандартизованных Т-показателях ( $T = 50 + [(M_{\text{сырые}} - M_{\text{общей выборки стандартизации)}) / SD_{\text{общ}}] \times 10$ ), представлены в таблице 4. В качестве показателей нормативной группы использовались значения среднего арифметического и среднего квадратичного отклонения для совокупной выборки России и Кыргызстана.

Как указывалось выше, созданный диагностический инструмент измеряет не столько основные параметры феномена ВВБ у самого пациента, страдающего психическим расстройством, сколько его представления о роли «просто больного». Тем не менее, в контексте собственного расстройства, ответы на утверждения неизбежно становятся более личностными, демонстрируя представления о себе в данной роли. Таким образом, опросник ВВБ мог выявить не столько напряженность и выраженность вторичной выгоды от болезни, сколько восприятие своего поведения в рамках болезни как соответствующего или не соответствующего этой социальной позиции. Безусловно, роли «просто боль-

ной» и «я - больной» могут различаться. Госпитализация в отделение психиатрической больницы, ее антураж, общение с врачами-психиатрами способствуют аутостигматизации, формирующей дополнительные оттенки в партии «я –больной», превращающей ее в «я - больной психическим расстройством». Таким образом, при помощи результатов опросника ВВБ мы надеялись дополнительно выяснить, насколько представления о себе в роли психически больного отличаются от нормативной социальной роли больного в России и Кыргызстане.

Таблица 4.  
Результаты сравнения показателей опросника ВВБ в двух клинических подгруппах.

Показатели		Результаты стандартизации опросника в выборке (Россия + Кыргызстан) (n=96)	Пациенты с шизофренией		Пациенты с соматоформными расстройствами		Пациенты с ИБС (20 человек)
			Женщины (n=16)	Мужчины (n=16)	Женщины (n=16)	Мужчины (n=16)	
Первый фактор	М	30,20	44,75	41,31	41,00	39,19	40,55
	SD	5,037	5,568	6,457	6,044	5,648	4,136
	<b>Т-баллы</b>	<b>50±10</b>	<b>77,09</b>	<b>72,05</b>	<b>71,44</b>	<b>67,85</b>	<b>70,57</b>
Второй фактор	М	14,31	11,06	13,56	13,44	9,63	14,05
	SD	4,406	3,454	4,546	3,723	3,538	4,045
	<b>Т-баллы</b>	<b>50±10</b>	<b>42,6</b>	<b>48,29</b>	<b>47,79</b>	<b>39,38</b>	<b>49,4</b>
Третий Фактор	М	9,27	6,63	9,50	7,88	8,75	8,05
	SD	3,088	3,403	3,327	2,553	1,949	2,982
	<b>Т-баллы</b>	<b>50±10</b>	<b>41,4</b>	<b>50,7</b>	<b>54,51</b>	<b>48,31</b>	<b>46,038</b>

Показатели опросника ВВБ по первому фактору («собственно вторичной выгоды от болезни») у пациентов с шизофренией и женщин с соматоформными расстройствами оказались выше нормальных, полученных нами при стандартизации опросника в Кыргызстане. Хотя достоверных различий между результатами ОВВБ получено не было ( $p=0,078$ )<sup>8</sup>, мы получили четыре разных по своей конфигурации профиля (см. рис.4)

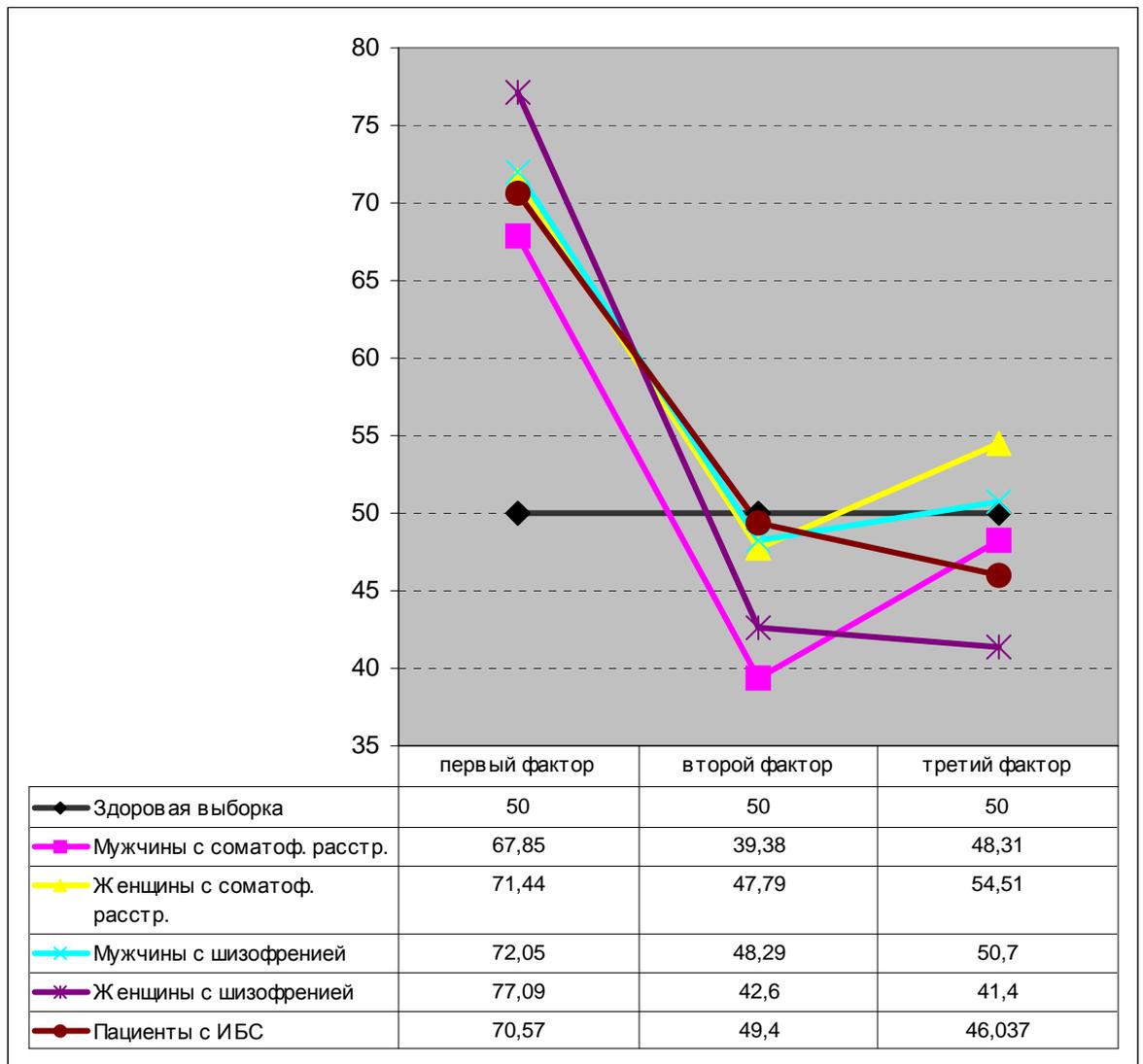
Пациенты всех клинических подгрупп продемонстрировали высокие, по сравнению с «нормальными», результаты по первому фактору. Это, на наш взгляд, может служить косвенным доказательством валидности опросника. В данном исследовании мы не ставили перед собой задачи изучения связей между уровнем возможной депрессии и пока-

<sup>8</sup> Скорее всего, из-за малочисленности подгрупп сравнения

зателями опросника ВВБ, хотя предположение о прямой корреляции между показателями первого фактора и уровнем депрессии представляется вполне логичным. Первый фактор ВВБ может служить показателем собственных представлений о тяжести расстройств (логический ряд «чем серьезнее моя болезнь – тем больше признаков регрессивного поведения я могу себе позволить»).

Рис. 4.

Профили средних результатов опросника ВВБ у пациентов клинических подгрупп.



В целом, профили респондентов клинической группы мало отличаются друг от друга, за исключением относительно большой дисперсии показателей третьего фактора. Впрочем, это и не удивительно: третий фактор опросника ВВБ является наиболее уязвимым как в отношении количества входящих в него утверждений, так и их формулировки.

Относительно низкие, но укладывающиеся в промежуток  $50 \pm 10$  показатели второго фактора у мужчин с соматоформными расстройствами и у женщин с шизофренией («я не снижаю требований к себе во время болезни») отражают особенности профиля респондентов Кыргызстана в общей выборке и также не показались нам необычными.

Следует отметить, что в целях повышения корректности статистического анализа, при помощи метода строгого парного отбора были сформированы дополнительные выборки сравнения, состоящие из здоровых лиц, соответствующих по своим социально-демографическим показателям респондентам каждой из клинических подгрупп. Достоверных различий между показателями ОВВБ у респондентов клинических подгрупп и в дополнительно сформированных выборках здоровых лиц не было ( $p > 0,05$ ).

Мы также не получили ожидаемых достоверных корреляций между показателями первого фактора ОВВБ и длительностью течения заболевания ( $r=0,12$   $p > 0,1$ ) в общей клинической группе. Однако, результаты корреляционного анализа в каждой отдельной клинической подгруппе оказались весьма интересными (таблица 5).

Таблица 5.

Показатели корреляции переменных «длительность течения расстройства» и «фактор вторичной выгоды от болезни опросника ОВВБ»

П О К А З А Т Е Л И	1	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВА				
			Пациенты с соматоформными и конверсионными расстройствами		Пациенты с шизофренией	
			мужчины	женщины	мужчины	женщины
Ф А К Т О Р А	Пациенты с соматоформными расстройствами	мужчины	-0,271 ( $p=0,309$ )			
	женщины		0,313 ( $p=0,21$ )			
	Пациенты с шизофренией	мужчины			- 105 ( $p=0,7$ )	
		женщины				0,594* ( $p = 0,015$ )

Положительные корреляции этих двух переменных у женщин и отрицательные у мужчин могут свидетельствовать о разной вовлеченности системы защитных механизмов в процесс формирования субъективного представления о своей роли больного.

Еще одной важной находкой второй части исследования стали различия в напряженности внешней и внутренней частей вторичной выгоды от болезни у пациентов с шизофренией и невротическими расстройствами. Для определения внешнеповеденческих признаков внутренней и внешней ВВБ нами использовалась экспертная оценка лечащими врачами по формализованной клинической оценочной шкале (КОШ), состоящей из двух частей – первая ориентирована на диагностику манипулятивного поведения в условиях болезни - элемента «внешней» части ВВБ (минимальное количество баллов–0, максимальное -14) , вторая – на измерение напряженности его «внутренней части» (от 0 до 14 баллов). Результаты сравнения показателей «внешней» и «внутренней» частей феномена в двух клинических подгруппах продемонстрированы в таблице 5.

Таблица 5.

Экспертная оценка поведенческих признаков «внешней» и «внутренней» частей ВВБ в двух клинических подгруппах.

Показатели	Пациенты с шизофренией		Пациенты с соматоформными расстройствами	
	(1) Женщины (n=16)	(2) Мужчины (n=16)	(3) Женщины (n=16)	(4) Мужчины (n=16)
Манипулятивное поведение – элемент «внешней» части ВВБ (а)	6,25+3,25	10,44+3,09	8,0 + 3,03	6,44+1,86
Оценка врача напряженности «Внутренней» части ВВБ (б)	5,69+2,87	9,56+1,63	4,28+2,45	3,38+1,08
Достоверность различий $p < 0.05$	1а-2а; 1б-2б; 1а-3а; 2а-4а; 2б-4б.			

Показатели напряженности внешней части ВВБ оказались достаточно высокими у респондентов обеих подгрупп, однако показатели напряженности «внутренней» части ВВБ статистически достоверно выше у пациентов с шизофренией. Это означает, что, как пациентов с расстройствами рубрики F-4 ICD-10, так и пациенты с шизофренией вполне способны использовать признаки своего страдания для манипулирования окружением, однако расстройства невротического и психотического уровней, по-видимому, имеют разное значение в удовлетворении потребностей человека. Так, невротическая симптоматика в большей степени способствует удовлетворению невротических потребностей в безопасности и любви, в то время как позитивные симптомы непрерывно текущей шизофрении способны удовлетворить не только потребности в принадлежности к группе и любви, но

даже потребность в самоактуализации ( «спаситель мира», «новый мессия», да и просто автор<sup>9</sup>).

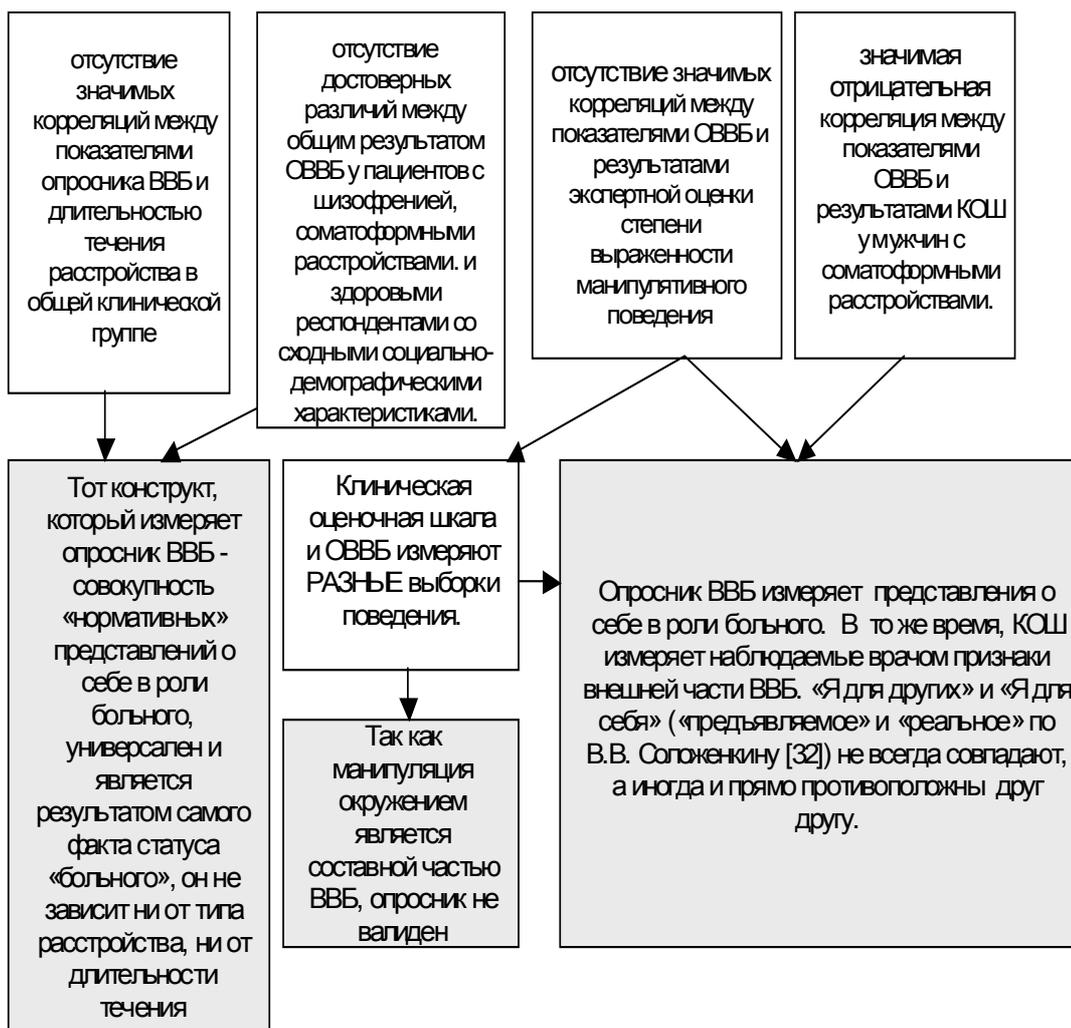
Значимых корреляций между общим показателем опросника ВВБ и результатом первой части КОШ не было, за исключением достоверной отрицательной корреляции ( $r = -0,750$ ;  $p < 0,05$ ) между указанными двумя переменными в подгруппе мужчин с соматоформными расстройствами. Иначе говоря, выраженность манипулятивного поведения, оцениваемого экспертами, обратно пропорциональна величине самостоятельно оцениваемой ВВБ у пациентов данной подгруппы. Спектр возможных объяснений полученных данных изображен на рисунке 5.

**Рис. 5**

Полученные данные и их возможная интерпретация.

---

<sup>9</sup> Хлебников – не только поэт, но и «Председатель Земного Шара».



Совокупность представлений о «себе в роли психически больного» формируется под влиянием «социальной роли». Этот нормативный и осознанный компонент феномена ВВБ является, похоже, универсальным, не зависящим ни от типа расстройства, ни от длительности его течения. Механизм формирования данного компонента един как для пациентов с невротическими расстройствами, так и с шизофренией – это влияние социальных представлений о том, что может и не может позволить себе человек в условиях болезни. Социальная роль больного, как нам представляется, противоречива по своей сути. С одной стороны, это способ приобретения некоторой степени свободы от общества, когда навязанными обществом формами поведения (необходимость выполнять повсе-

дневные обязанности, ходить на работу, в школу, т.д.) можно пренебречь в ситуации болезни. С другой стороны, «игра в больного» предусматривает жесткие правила, в том числе и жесткое ограничение свободы, даже свободы передвижения. Формирование «социальной роли больного» - это результат противодействия общества болезни как фактору естественного отбора<sup>10</sup>, социальные поглаживания - это бонус, который получает индивид, правильно играющий эту роль. Выбор «играть в здорового» или «играть в больного», вероятно, осуществляется по принципу «что более безопасно для личности в настоящее время: правила поведения, обязательные для здорового человека или правила поведения, обязательные для больного?». Второй выбор с необходимостью предусматривает осознанное признание болезни. Может быть, это является одной из причин той легкости, с которой «играют в больного» люди, болеющие нетяжелым и «нормативным» расстройством с одной стороны, и синдрома отрицания, формирующегося в условиях смертельно опасного (инфаркт миокарда) или ненормативного (шизофрения) страдания с другой.

Внутренняя и «манипулятивная» - внешняя части вторичной выгоды от болезни представляются в большей степени бессознательными адаптационными стратегиями. Числовые показатели этих двух элементов ВВБ прямо и значимо коррелируют друг с другом во всех клинических подгруппах (коэффициенты корреляции от 0,720 до 0,810 при  $p < 0,01$ ). Понятно, что корреляция не может указывать на тип связи. Тем не менее, причинно-следственная связь между двумя составляющими ВВБ представляется весьма вероятной. Возможно, внутренняя ВВБ является дериватом ее внешней части, показателем степени адаптации Эго к условиям болезни для пациентов с невротическими расстройствами. Мы также не исключаем и того, что для пациентов с шизофренией внешняя часть ВВБ может наоборот, формироваться как дериват «внутренней» части вторичной выгоды от болезни, определяя способность использовать статус больного для манипулирования окружающими. В любом случае, интересный и неоднозначный конструкт вторичной выгоды от болезни достоин того, чтобы стать предметом дальнейших исследований.

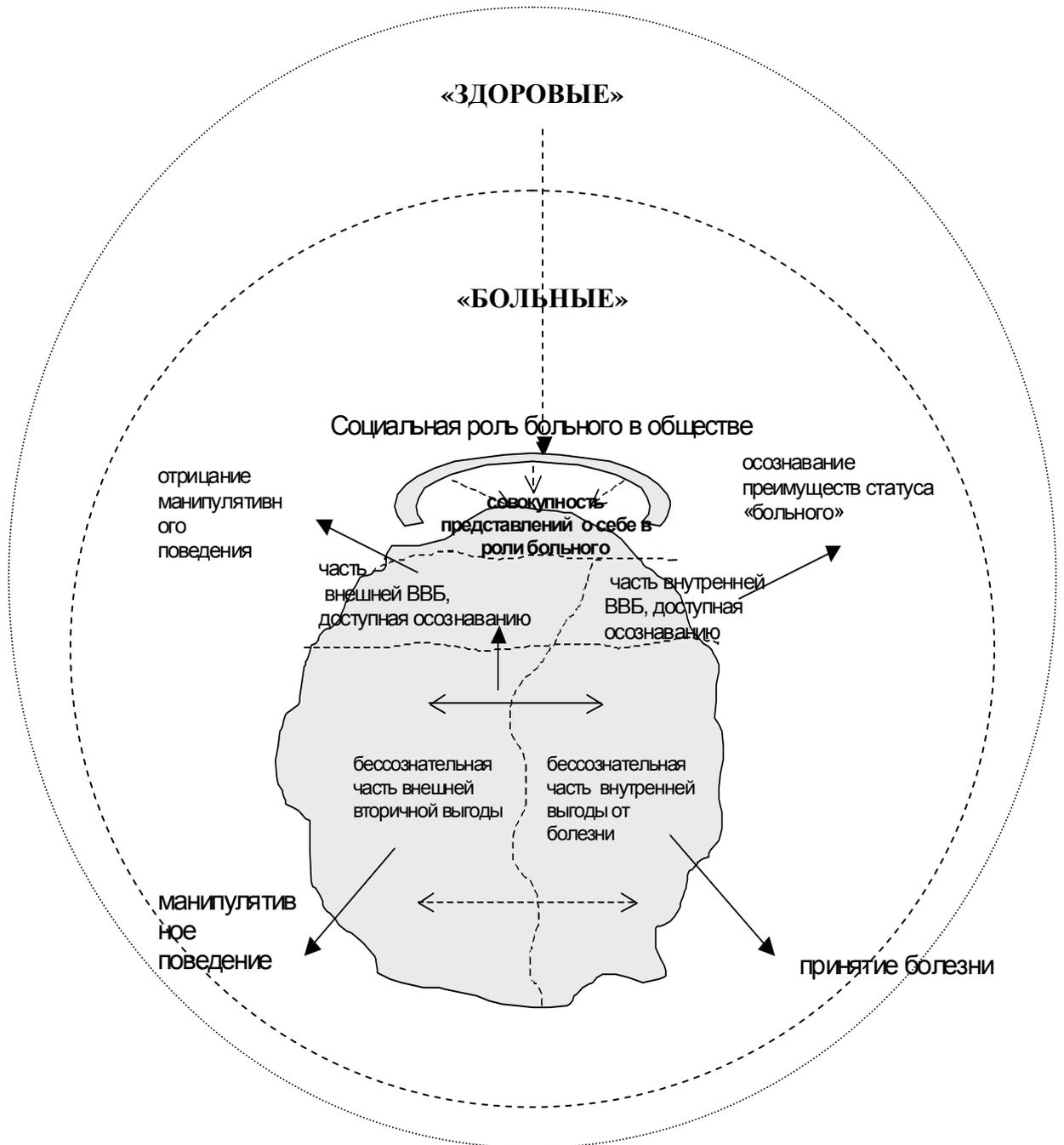
Полученные нами данные, как нам кажется, позволяют несколько расширить имеющиеся представления о феномене вторичной выгоды от болезни. Мы взяли на себя смелость представить возможную структурную модель ВВБ с учетом полученных нами результатов (рис. 7).

Рис. 7

---

<sup>10</sup> Цивилизация отрицает естественный отбор, поэтому цивилизованное общество должно быть враждебно болезни по природе своей.

Структура вторичной выгоды от болезни.



Выводы:

1. Вторичная выгода от болезни является неоднородным адаптивным феноменом и включает в себя несколько элементов: совокупность представлений о себе в роли больного, манипулятивную, «внешнюю» часть и «внутреннюю» часть, способствующую удовлетворению потребностей, фрустрированных до болезни.

2. Совокупность представлений о себе в роли больного является универсальной в рамках каждой конкретной культуры и определяется влиянием принятой в данном обществе социальной ролью больного.
3. Достоверные различия в показателях внешней и внутренней частей ВВБ в двух клинических подгруппах могут свидетельствовать о разном значении симптоматики невротического и психотического уровня в удовлетворении фрустрированных до болезни потребностей.
4. Поведенческие проявления внешней части вторичной выгоды от болезни не различаются у пациентов с невротическими расстройствами и шизофренией, легко диагностируются врачами – экспертами.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Bokan, J. A., Ries, R. K., & Katon, W. J. (1981). Tertiary gain and chronic pain. *Pain, 10*, 331-335.
2. Barksy A. J., & Klerman, G. L. (1983). Overview: Hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *The American Journal of Psychiatry, 140*, 273–283.
3. Boisvert, Charles M., Faust, David. Iatrogenic symptoms in psychotherapy. A theoretical exploration of the potential impact of labels, language, and belief systems. *American Journal of Psychotherapy, 00029564*, Spring2002, Vol. 56, Issue 2.
4. Connors, D. D. (1985), Women's 'sickness': A case of secondary gains of primary losses. *Advances in Nursery Science, 7(3)*, 1–17.
5. Craig TKJ, Drake H, Mills K, Boardman AP. The South London somatisation study II. Influence of stressful live events, and secondary gain. *Br J Psychiatry* 1994 ; 165 : 248-58.
6. Dansak D. A. On the tertiary gain of illness. *Comp Psychiatry* 1973; 14: 523-534.
7. Davidson K., MacGregor M.W. (1998). A critical appraisal of self-report defense mechanism measure. *Journal of Personality. 66:6*, December 1998.
8. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC: *American Psychiatric Association*; 1980.
9. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: *American Psychiatric Association*; 1994.
10. Egmond J.J., I. Kummeling (2002). A blind spot for secondary gain affecting therapy Outcomes. *Eur Psychiatry*; 17 : 46-54.
11. Egmond J.J. The multiple meanings of secondary gain. *The American Journal of Psychoanalysis*, Vol. 63, No. 2, June 2003.
12. Ego defenses: theory and measurement/ edited by Hope R. Conte and Robert Plutchic. The Einstein Psychiatry Series. 1994, pp 13-37.
13. Finneson, B. E. (1978). Modulating effect of secondary gain on the low back pain syndrome. *Advances of Pain Research and Therapy, 1*, 949–952.
15. Fishbain, D. A. (1994). Secondary gain concept: Definition problems and its

- abuse in medical practice. *American Pain Society Journal*, 3(4), 264-273.
16. Fishbain, D. A., Rosomoff, H. L., Cutler, R. B., & Rosomoff, R. S. (1995). Secondary gain concept: A review of the scientific evidence. *The Clinical Journal of Pain*, 2, 6–21.
  17. Freud S. (1963). Introductory lectures on psychoanalysis. Standard Edition, 16, 358–391. London: Hogarth Press. (Original work published 1963).
  18. Kwan O, Ferrari R, Friel J. Tertiary gain and disability syndromes. *Med Hypotheses*. 2001 Oct;57(4):459-64.
  19. Mechanic, D., & Volkert, E. H. (1960). Illness behavior and medical diagnoses. *Journal of Health and Human Behavior*, 1, 86–94.
  20. Mendelson G. The effect of compensation and litigation on disability following compensable injuries. *Am J Forensic Psychiatry* 1983 ; 4 : 97-112.
  21. Nemiah, J. C. (1963), Psychological complications in industrial injuries. *Archives of Environmental Health*, 7, 482–486.
  22. Parsons, T. (1951). The social system. Glencoe, IL: The Free Press.
  23. Parsons T. Social structure and personality. London: Collier-MacMillan, 1964.
  24. Raskin, M., Talbott, J. A. & Meyerson, A. T. (1966). Diagnosis of conversion reactions. *Journal of the American Medical Association*, 197, 102–106.
  25. Rycroft C. A Critical Dictionary of Psychoanalysis. London: Thomas Nelson, 1968; 56.
  26. Schoen, M. (1993). Resistance to health: When the mind interferes with the desire to become well. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36, 47–54.
  27. А. А. Брудный. Психология цивилизации. Вестник АУЦА, стр. 40-47
  28. Назаркулов С.Д. (1994). Изучение клинко-психологических механизмов патогенеза затяжных невротических состояний и разработка психотерапевтического метода коррекции.
  29. Николаева В.В., Арина Г.А. Клинико-психологические проблемы телесности. // *Психологический журнал*. 2003, №1.
  30. Соложенкин В.В. (1989) Механизмы психической адаптации при ишемической болезни сердца, гипертонической болезни и неврозах. Автореф. докт. дисс., Ленинград
  31. Тхостов А.Ш.(2002). Психология телесности. М.: *Смысл*, 2002, с. 15-27, 66-72, 115-128.