

УДК 616.89-06:616.1/.6]-055.2-06:616.89-008.454

Е. Е. ФЕДОРОВА

## ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ СОМАТИЗИРОВАННЫМ РАССТРОЙСТВОМ

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

**Описаны социально-психологические, коммуникативные, эмоциональные характеристики обследованных. Представлены особенности формирования депрессивной патологии. Указана необходимость учитывать выявленные закономерности при проведении психотерапевтической коррекции.**

*Ключевые слова: патопсихологические особенности, соматизированное расстройство.*

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра основным признаком соматизированного расстройства (СР) [F45.0] является наличие множественных часто возникающих и видоизменяющихся соматических симптомов, которые повторяются на протяжении нескольких лет и, как правило, предшествуют обращению за специализированной медицинской помощью к психиатру [1]. При СР часто обнаруживается отчетливая депрессия и тревога. Течение СР хроническое и часто сочетается с длительным нарушением социального, межперсонального и семейного поведения.

Целью нашей работы было изучение патопсихологических особенностей личности и их участие в формировании СР.

В исследовании приняли участие 133 женщины, у которых согласно МКБ-10 было диагностировано СР. Контрольную группу составили 25 психически здоровых лиц. Преобладающее большинство пациентов относилось к возрастной группе от 27 до 33 лет и занималось умственным трудом (71,4%).

При проведении клинко-психопатологического обследования и анализа патопсихологических проявлений у больных СР была выявлена их неоднородность, в связи с чем все пациенты были

распределены на три группы: первая (37 человек) включала больных с преобладанием в клинической структуре соматовегетативных проявлений (соматовегетативный вариант СР), вторая (66 человек) — больных с доминированием сексуальных нарушений, в основном в форме оргазмической дисфункции; в третью вошли 30 человек с преимущественным преобладанием сенесто-ипохондрического компонента (сенесто-ипохондрический вариант).

При проведении патопсихологического исследования мы использовали следующий диагностический инструментарий: методику многофакторного исследования личности Р. Кеттелла; самооценочную пробу Дембо — Рубинштейн [2, 3], шкалу самооценки ситуативной и личностной тревожности Ч. Спилбергера и Ю. Ханина [4].

При анализе результатов патопсихологического обследования больных мы выделили общие для всех вариантов СР закономерности.

Социально-психологические особенности (А+, Н–) проявлялись замкнутостью, трудностями в установлении социальных контактов, импульсивностью в общении, застенчивостью, затруднениями в принятии решений.

В области эмоциональных характеристик личности наблюдались (1+/ М–, О+) развитое чувство

Личностные особенности больных с соматизированным расстройством (стены, М+)

Фактор	Личностное качество	Больные	Здоровые
A	Замкнутость, шизотимия	3,12±0,11*	8,26±0,92
B	Низкий интеллект	4,5±0,26	4,46±0,5
C	Эмоциональная нестабильность	3,15±0,97*	7,97±0,22
E	Покорность	6,1±0,87	5,2±0,42
F	Невозмутимость	5,1±0,16	5,0±0,1
G	Корыстность, слабость СУПЕР-ЭГО — совестливость, сила СУПЕР-ЭГО	4,9±0,53	7,5±0,21
H	Робость — смелость	4,8±0,1*	6,5±0,43
I	Жесткость — мягкосердечность	5,4±0,4	4,46±0,25
L	Доверчивость — подозрительность	4,47±0,27	3,45±0,31
M	Практичность — мечтательность	4,5±0,4	3,66±0,20
N	Наивность — пронциательность	5,5±0,2	6,1±1,01
O	Спокойствие — тревожность	6,6±0,75*	3,96±0,59
Q1	Консерватизм — радикализм	5,26±0,12	6,5±0,77
Q2	Зависимость — самодостаточность	5,1±0,19	7,0±1,02
Q3	Низкий самоконтроль — высокий самоконтроль	3,8±0,92*	7,0±0,85
Q4	Низкая напряженность — высокая напряженность	6,5±0,7*	3,66±0,33

\* Достоверность различий с контролем  $p < 0,05$ .

долга, повышенная тревожность, неуверенность в себе, эмоциональная неустойчивость, напряженность, высокий уровень фрустрированности.

В области коммуникативных личностных свойств имели место (E+, Q2+, L-, N+, G+) независимость характера, развитое чувство долга и ответственности, склонность к лидерству, доминированию.

В интеллектуальной сфере отмечались (B+, M-, Q1+, E+) подвижность мышления, интерес к интеллектуальным занятиям, стремление к радикализму, конкретное воображение, направленность на решение конкретных интеллектуальных задач, самостоятельность, решительность.

У преобладающей части больных СР (81,9%) самооценка была занижена.

Таким образом, больным СР по результатам проведенных нами исследований были свойственны, с одной стороны, склонность к лидерству и доминированию, независимость характера, автономность в социальном поведении и оригинальное решение поставленных задач; с другой стороны — низкая самооценка, тревожность, мнительность, неуверенность в себе, трудности в установлении социальных контактов, затрудненность в принятии социальных решений, импульсивность и напряженность в межличностном общении.

При проведении сравнительного анализа личностных особенностей больных СР в сравнении с профилем лиц, составивших контрольную

группу, удалось установить их различие по факторам А, С, G, H, O, Q3, Q4 (табл. 1). Это дает основание считать, что больные СР в отличие от обследованных, составивших контрольную группу, отличались эмоциональной нестабильностью, тревожностью и высоким уровнем напряженности и фрустрированности.

Среди определенных в ходе обследования характерологических черт доминировали скрытность (фактор А), пессимистичность и осторожность (фактор С), добросовестность, настойчивость в достижении цели, обстоятельность (фактор G), пассивность, робость, эмоциональная сдержанность (фактор H), подозрительность, эгоцентричность (L), низкая самостоятельность и ориентация на социальное одобрение (Q2).

Исследование самооценки (табл. 2) показало, что больные основной группы ощущают себя значительно более общительными, но более несчастными, чем пациенты контрольной группы. Суммарный показатель самооценки составил у больных основной группы  $28,55 \pm 0,92$ , в контрольной группе —  $24,8 \pm 0,75$ .

Средний уровень ситуативной и личностной тревожности по данным шкалы Ч. Д. Спилберга — Ю. Л. Ханина в основной группе чаще был высоким, в то время как в контрольной группе он оставался в зоне средних значений. Такое распределение было связано, по нашему мнению, с большей чувствительностью пациентов к восприятию

Таблиця 2

## Показатели самооценки обследованных больных

Шкала самооценки	Основная группа, n = 133	Контрольная, n = 25
Глупый — умный	4,00±0,98	3,42±1,07
Больной — здоровый	2,12±0,39	3,83±0,44
Несчастный — счастливый	3,95±0,57	2,61±0,33
Характер плохой — хороший	4,33±1,33	4,17±0,85
Замкнутый — общительный	5,27±0,81	2,03±0,42
Печальный — веселый	2,05±1,01	2,73±1,15
Вспыльчивый — спокойный	6,66±1,43	5,97±0,95

определенных социальных и межличностных стилей, которые составляют угрозу для личностной самооценки и самоуважения.

Таким образом, в ходе проведенных исследований удалось установить, что личностная, конституциональная предрасположенность к развитию депрессивных состояний ведет к заострению характерологических личностных черт. Личностные особенности способствуют развитию внутриличностного конфликта и усиливают состояние фрустрированности и психоэмоционального напряжения. Практически постоянное эмоциональное напряжение приводит к истощению энергетического ресурса психической деятельности и постепенному

нарастанию негативных компонентов психического расстройства. На фоне продолжающегося усиления психофизиологического истощения и постоянно ощущающегося механизма психологического преувеличения тяжести психосоматической симптоматики в клинике психической патологии на первый план выходят эмоциональные расстройства депрессивного регистра.

Конфликтное сочетание личностных особенностей, механизм психологического преувеличения тяжести состояния приводят к развитию состояния психосоциальной дезадаптации. Описанный симптомокомплекс способствует возникновению нарушений сексуального поведения и ипохондрической фиксации на болезненных ощущениях.

Выявленные патопсихологические закономерности развития депрессивной симптоматики при соматизированном расстройстве необходимо учитывать при проведении психотерапевтической коррекции больных с изучаемым расстройством.

## Литература

1. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике.— К.: Факт, 1999.— С. 184.
2. Справочник практического психолога.— М.: Эксмо, 2006.— 784 с.
3. Райгородский Л. Я. Практическая психодиагностика.— Самара: БАХРАХ-М, 2000.— 672 с.
4. Капустина А. В. Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла.— СПб.: Речь, 2001.— 112 с.

### ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА СОМАТИЗОВАНИЙ РОЗЛАД

О. Є. ФЕДОРОВА

**Описано соціально-психологічні, комунікативні, емоційні характеристики обстежених. Представлено особливості формування депресивної патології. Вказано на необхідність урахування виявлених закономірностей при проведенні психотерапевтичної корекції.**

*Ключові слова: патопсихологічні особливості, соматизований розлад.*

### PATHOPSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF FORMING DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH SOMATIZED DISORDERS

O. E. FEDOROVA

**Social psychological, communicative, emotional characteristics of the patients are described. The peculiarities of forming depressive pathology are presented. The necessity to consider the revealed regularities at psychotherapeutic correction is emphasized.**

*Key words: pathopsychological peculiarities, somatized disorder.*

*Поступила 13.09.2010*