УДК 159.923:616.89+616.12-008+615.851

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ, МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ, КОПИНГ СТРАТЕГИИ И ТИПЫ ОТНОШЕНИЙ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОК С СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Л. А. ГЕРАСИМЕНКО

ВГНЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Одним из приоритетных направлений исследований клинической сферы заболеваний является изучение проблемы непсихотических психических расстройств и, в частности, соматоформных расстройств (СФР) [1,2]. СФР выделены как самостоятельный кластер МКБ-10, но представляют собой достаточно неоднородную клиническую группу. Так, наряду с достаточно обстоятельно описанными неврозами к соматоформным отнесены расстройства, которые традиционно рассматривались в качестве отдельных синдромов, в основном истерического невроза [3].

Семья принадлежит к важнейшим ценностям общества и рассматривается в качестве его базовой ячейки. Поэтому рассматривать возникновение и развитие невротических и соматоформных расстройств необходимо в контексте взаимоотношекний личности с ближайшим макро- и микросоциальным окруженцем, к которому, в первую очередь, относится семья [2,4].

Это и предопределило выбор и направление проведенного научного исследования.

В исследовании принимали участие 45 состоящих в браке женщин возрастом 29-45 лет. В результате обследования у них были диагностированы 3 синдрома: кардиалгический (21), аритмический (14), цефалгический (10). Акцентуации характера определялись с помощью характерологического

опросника Леонгарда-Шмишека [3]. Уровень реактивной и личностной тревожности определяли с помощью опросника Ч.Д. Спилбергера, в модификации Ю. Л. Ханина [3,8]. Для оценки тяжести депрессивных состояний использовали шкалу Гамильтона (Hamilton Raying Skale for Depression, HDRS, Hamilton,) [8]. По методике «Индекс жизненного стиля» определяли особенности механизмов психологической защиты, характерные для изучаемых нами психических расстройств у пациенток с СВД сердечно-сосудистой системы [3]. Для статистической обработки полученных данных клинических и психодиагностических исследований применялись статистические методы клинической и описательной статистики.

При проведении комплексного обследования у 40.0% женщин были определены признаки кардиофобии. При эмоциональном стрессе, наряду с изменением ритма сердечной деятельности происходят изменения кровоснабжения сердечной мышцы, которыми в значительной мере и объясняются переживаемые при стрессе ощущения. Психогенно обусловленные изменения ритма сердечной деятельности могут провоцировать страх смерти [6].

Кардиофобия, наряду с синдромом паники, является особой формой фобии и требует особого описания вследствие значительной частоты и характерной клинической картины. Это не единственная форма функционального расстройства сердечной деятельности [6].

Клиника кардиофобии характеризуется приступообразными тревожными состояниями, при которых больные опасаются прекращения работы сердца и наступления смерти иногда и без наличия соматического заболевания. В начале очередного приступа появляются тошнота, головокружение, внутреннее беспокойство, легкое сжатие сердца. Во многих случаях без предвестников возникает тяжелый приступ: тяжелое чувство сжатия и стеснения в области сердца, нехватки воздуха, сильное сердцебиение, которое ощущается по всему телу, потливость, головокружение и чувство обморочного состояния, дрожь во всем теле и

страх. Возникает страх самоуничтожения и смерти. Если приступ страха возникает во время поездки в автомашине, пациент вынужден остановиться и передохнуть. Как правило, после первого приступа происходит фобическое развитие. Пациенты утрачивают душевное равновесие, живут в постоянном страхе, ожидая очередного приступа или смерти, испытывая состояние страха ожидания. Им не помогают заверения терапевта о нормальных показателях работы сердца. Пациент опасливо следит за состоянием своей сердечной деятельности и регистрирует малейшие его отклонения [3,5,6]. В классификационной рубрике МКБ-10 кардиофобия соответствует шифру F.45.3 [7].

При осмотре пациенток с кардиофобией в большинстве случаев не обнаруживается каких-либо нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы. Если врач говорит, что нарушения возникли на «нервной почве», то они начинают искать другого специалиста, собирать и сравнивать заключения других специалистов, сравнивать мнения врачей. Определенную деонтологическую ошибку совершают врачи, идущие «на поводу» у пациенток назначая лекарственные средства, относящиеся к группе кардиотропных. Таким образом, они невольно поддерживают и закрепляют убежденность в наличии заболевания сердца, усугубляют психические изменения, которые могут переходить в невротические состояния, тем самим, формируя «порочный» круг ипохондрического развития личности.

У обследованных нами женщин были определены психопатологические расстройства преимущественно астено-депрессивного круга, которые иллюстрируются данными, приведенными в табл. 1.

Таблица 1

Психопатологические проявления депрессивных расстройств у исследованных

Психопатологические нарушения	Группа пациентов	
	абс.	%±m

Снижение настроения	45	100,0
Идеи малоценности - сниженная самооценка - ощущение вины - идеи вины и наказания	45 34 7 4	100,0 75,6±4,3 15,6±3,6 8,9±2,8
Раздражительность	31	68,9±4,6
Злобный аффект	–	–
Снижение работоспособности	29	64,4±4,8
Утомляемость	41	91,1±2,8
Внутреннее напряжение	18	40,0±4,9
Плаксивость	6	13,3±3,4
Тревога	27	60,0±4,9
Эмоциональная лабильность	16	35,6±4,8
Суицидальные мысли	6	13,3±3,4
Инсомнии - в виде пресомнических растройств - в виде сна с пробуждениями - в виде укороченного сна	45 8 27 10	100,0 17,8±3,8 60,0±4,9 22,2±4,2
Ипохондрические расстройства (частые и необоснованные жалобы, необоснованная тревога и беспокойство состоянием здоровья, беспричинные болевые ощущения в различных частях тела)	12	26,7±4,4
Идеаторная заторможенность	41	91,1±2,8
Сужение круга интересов	45	100,0
Трудности в принятии решений, невозможность принимать своевременные решения, тенденция к откладыванию принятия решений	38	84,4±3,6
Фобии	2	4,4 ±2,1

Снижение уровня концентрации внимания	43	95,6±2,1
Повышенная чувствительность критики в свой адрес	15	33,3±4,7
Ухудшение коммуникативных функций	39	86,7± 3,4
Всего	45	100,0

Результаты, представленные в табл. 1 свидетельствуют о том, что в клинике психопатологических расстройств преобладали следующие симптомы: снижение настроения у 100.0% больных; сниженная самооценка – у 75,6 ±4,3% обследованных; раздражительность – у 68,9±4,6%; снижение работоспособности – у 64,4±4,8% лиц; утомляемость – у 91,1±2,8%; инсомния в виде сна с пробуждениями – у 60,0±4,9% исследованных; идеаторная заторможенность – у 91,1±2,8%; сужение круга интересов регистрировалось у 100.0% обследованных; трудности в принятии решений, невозможность принимать решения, тенденция к откладыванию принятия решений – у 84,4±3,6% больных; снижение уровня концентрации внимания у 95,6±2,1% обследованных. Ухудшение коммуникативных функций (неадекватное ситуации поведение, выборочное общение, односложное поведение, отсутствие реакции на заданные вопросы) наблюдалось у 86,7±3,4%. Этот факт свидетельствует о том, что при наличии депрессивного расстройства больные психосоциально дезадаптированы и у них нарушаются коммуникативные возможности личности.

Исследование эмоциональных расстройств проводилось в процессе беседы и наблюдения, результаты которого представлены в табл. 2. Анализ данных позволил установить, что наиболее распространенными эмоциональными проявлениями в клинике депрессивных расстройств являлись печаль (грусть), неудовлетворенность собой, суточные колебания настроения – у 100% исследованных; уныние – у 93,3±2,5% больных; горечь – у 93,3±2,5%; ангедония – у 82,2 ±3,8% обследованных.

Таблица2

Эмоциональные расстройства у больных с депрессивными расстройствами

Эмоциональное расстройство	Группа пациентов	
	абс. кол-во	%±m
Ангедония (утрата возможности получать удовольствие)	37	82,2±3,8
Безразличие	2	4,4±2,1
Неудовольствие	28	62,2±4,8
Горе (скорбь)	3	6,7±2,5
Тоска	29	64,4±4,8
Печаль (грусть)	45	100,0
Отчаяние	3	6,7±2,5
Огорчение	19	42,2±4,9
Тревога	27	60,0±4,9
Обида	25	55,6±5,0
Боязнь	2	4,4±2,1
Испуг	2	4,4±2,1
Страх	27	60,0±4,9
Досада	11	24,4±4,3
Гнев	–	–
Чувство оскорбления	12	26,7±4,4
Возмущение	1	2,2±1,5
Ненависть	–	–
Неприязнь	–	–
Злость	2	4,4±2,1
Уныние	42	93,3±2,5
Скука	3	6,7±2,5
Ужас	–	–

Стыд	4	8,9±2,8
Ярость	–	–
Презрение	2	4,4±2,1
Отвращение	–	–
Неудовлетворенность собой	45	100,0
Горечь	42	93,3±2,5
Суточные колебание настроения	45	100,0
Постоянное ощущение усталости	41	91,1±2,8
Всего	45	100,0

Сомато-вегетативные нарушения депрессивных расстройств в исследованных группах представлены в табл. 3.

Таблица 3

Сомато-вегетативные проявления депрессивных расстройств у исследованных

Сомато-вегетативные проявления	***Группа пациентов***	
	абс. кол-во	%±m
Головные боли	23	51,1±5,0
– психалгии	14	60,9±4,9
– нервно-мышечного характера	5	21,7±4,1
– нервно-сосудистого характера	4	17,4±3,8
Снижение массы тела	3	6,7 ±2,5
Нарушение аппетита	35	77,8±4,2
Нарушения сердечно-сосудистой системы	26	56,5±5,0
– кардиалгический синдром (загрудинная	15	55,7±4,9

боль, чувство сдавления или дискомфорта в груди) – нарушение сердечного ритма	9	34,6±4,8
Нарушение дыхания – расстройство дыхательного ритма – ларингоспазм – кашель	7 2 3 2	15,6±3,6 28,6±4,5 42,9±4,9 28,6±4,5
Нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта – нарушение функций желудка (аэрофагия, отрыжка, рвота, гастралгия) – нарушение функций кишечника (кишечные колики, вздутие, запоры)	16 4 12	35,6±4,8 25,0±4,3 75,0±4,3
Сексуальные нарушения	36	80,0±4,0
Нарушение менструального цикла	2	4,4±2,1
Всего	45	100,0
Нарушение аппетита	35	77,8±4,2
Нарушения сердечно-сосудистой системы – кардиалгический синдром (загрудинная боль, чувство сдавления или дискомфорта в груди) – нарушение сердечного ритма	26 15 9	56,5±5,0 55,7±4,9 34,6±4,8

Нарушение дыхания – расстройство дыхательного ритма – ларингоспазм – кашель	7 2 3 2	15,6±3,6 28,6±4,5 42,9±4,9 28,6±4,5
Нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта – нарушение функций желудка (аэрофагия, отрыжка, рвота, гастралгия) – нарушение функций кишечника (кишечные колики, вздутие, запоры)	16 4 12	35,6±4,8 25,0±4,3 75,0±4,3
Сексуальные нарушения	36	80,0±4,0
Нарушение менструального цикла	2	4,4±2,1
Всего	45	100,0

Данные табл. 3. указывают на то, что в структуре сомато-вегетативных расстройств наиболее распространенными были: головные боли – у 51,1±5,0% обследованных; нарушение аппетита – у 77,8±4,2%; нарушения сердечно-сосудистой системы – у 56,5±5,0% больных; сексуальные нарушения – у 80,0±4,0%; нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта – у 35,6±4,8%.

С использованием методики Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина у обследованных нами женщин были определены достаточно высокие уровни личностной (54,5± 5,0%) и ситуативной (48,5±4,9%) тревожности.

При изучении уровня депрессии по шкале Hamilton (Hamilton Raying Skale for Depression, HDRS, Hamilton, 1967) , нами были диагностированы у 60% женщин легкие (42,4 ±4,9%) или умеренные (27,3 ±4,6%) её уровни.

Результаты исследования мужчин и женщин с помощью методики Леонгарда-Шмишека представлены в таблице 4. У всех обследованных нами женщин с СВД были выявлены те или иные типы акцентуаций характера.

Таблица 4

Типы акцентуаций характера обследованных

Типы акцентуаций	Мужчины, n = 44		Женщины, n = 45	
Возбудимый	9	20,5	12	26,7
Педантичный	14	31,8	15	33,3
Циклотимный	12	27,3	13	28,9
Эмотивный	9	20,5	5	11,1

Примечание: один из супругов отказался от обследования

Данные, приведенные в табл.4 свидетельствуют, что наиболее частыми акцентуированными чертами среди женщин и мужчин были педантичные и циклотимные. Наличие сходных типов акцентуаций характера также не способствовали сохранению адаптации в супружеских парах.

Методикой «Индекс жизненного стиля» мы определяли особенности механизмов психологической защиты, характерных для изучаемых нами психических расстройств у пациенток. Наиболее часто у наблюдаемых нами пациенток с СВД сердечно-сосудистой системы и кардиофобиями использовался такой механизм психологической защиты, как «вытеснение», которое направленое на защиту от неприемлемых импульсов. Пациентки в своих поведенческих реакциях неосознаваемо заменяли решение более сложных задач на относительно более простые и, следовательно, более доступные в сложившейся ситуации.

Использование в качестве механизма психологической защиты механизма «компенсации» и «интеллектуализации» было более характерным для пациенток с кардиалгической формой СВД.

Механизм психологической защиты «проекция» чаще отмечался у пациенток с аритмической формой СВД. Они были склонны подсознательно локализовать неприемлемые чувства и мысли, приписываемые другим лицам.

Использование в качестве механизма психологической защиты «интеллектуализации» заключалось в интеллектуальном способе преодоления конфликтной или вызывающей фрустрацию ситуации без включения механизма переживаний.

Исследуемые с тревожно-фобическими характером переживаний достаточно часто использовали в качестве механизма психологической защиты «замещение». Они направляли свои подавленные эмоции на объекты, по их мнению, представляющие меньшую опасность.

В исследовании использовалась также методика психологической диагностики типов отношения к болезни [6].

При изучении типов отношения к болезни было установлено, что тревожный и ипохондрический типы отношения к болезни были характерны для больных с кардиалгической формой СВД сердечно-сосудистой системы. Они были склонны сосредоточить свои ощущения на болезненных или других неприятных ощущениях и искать различную информацию о способах лечения своего заболевания. Формирование такой модели поведения может быть связано с такими «копинг-механизмами», как «проблемный анализ болезни», «поиск эмоциональной поддержки», «пассивное сотрудничество».

Отрицание самого факта болезни и возможных негативных его последствий и надежда на то, что, возможно, «все обойдется», приписывание различных симптомов болезни случайным обстоятельствам или другим, менее тяжелым заболеванием, отмечалось у пациентов с аногнозическим типом отношения к болезни.

Выявленные в ходе данного исследования психологические и индивидуально-типологические личностные особенности больных с СВД кардиофобиями могут быть использованы в качестве возможных

дифференциально-диагностических критериев при диагностике расстройств, а также при проведении психокоррекционных и реабилитационных мероприятий.

Литература:

1. Maruta N., Panko T. (2004) *Kriteriy yakosti zhyttya v psyhiatrychniy praktyci* [The criterion of the quality of life in psychiatric practice]. Kharkiv: RVF ARSIS LTD. (in Ukrainian).
2. Shneider L. (2000) *Psyhologiya semeynych otnosheniy* [Psychology of family relations]. Moscow: EXMO-Press. (in Russian).
3. Kozidubova V., Kusnetsova V., Verbenko V., (eds.) (2013) *Psyhiatriya* [Psychiatry]. Kharkiv: Oberig. (in Ukrainian).
4. Skrypnikov A., Shynder V. (2013) Seksualna dysgarmoniya podruzhnoyi pary, v yakiy cholovik chvoriye epilepsiyeyu, ta vplyv biologicnyh ritmiv na yiyi perebig [Sexual disharmony of couples in which the husband has epilepsy, and the influence of biological rhythms on its course]. *Psyhicne zdorovya*, no1-2, pp.22-25.
5. Eidemiller E., Yusticikis V. (2001) *Psyhologiya i psihoterapiya semyi* [Psychology and psychotherapy of family]. Saint-Petersburg: Piter. (in Russian).
6. Smulevich A., Syrkin A., Drobizhev M. Ivanov S. (2005) *Psyhokardiologiya* [Psychocardiology]. Moscow: MIA. (in Russian).
7. Fakt (1999) *Mezhdunarodnaya klassifikaciya bolezney (10-y peresmotr). Klassifikaciya psyhicheskih i povedencheskih rasstroystv* [International classification of diseases (10th revision). Classification of mental and behavioural disorders], Kyiv: Fakt.
8. Raygorodskiy D. (2000) *Prakticheskaya psyhodiagnostika* [Practical psychodiagnostics]. Samara: Bahrah-M. (in Russian).

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ, МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ, КОПИНГ СТРАТЕГИИ И ТИПЫ ОТНОШЕНИЙ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОК С СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Л. А. ГЕРАСИМЕНКО

ВГНЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Представлены результаты анализа личностных особенностей, психопатологических расстройств, эмоциональной сферы, соматовегетативных расстройств, удовлетворенности супружескими отношениями, механизмы психологической защиты, типы отношения к болезни пациенток с соматоформной вегетативной дисфункцией, кардиофобиями.

Ключевые слова: соматоформная вегетативная дисфункция, кардиофобии, личностные особенности, эмоциональная сфера, типы отношения к болезни.

ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ, ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ, МЕХАНІЗМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ, КОПІНГ СТРАТЕГІЇ ТА ТИПИ ВІДНОШЕННЯ ДО ХВОРОБИ У ЖІНОК ІЗ СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ

Л.О. Герасименко

Представлено результати аналізу особистісних особливостей, психопатологічних розладів, емоційної сфери, психологічного захисту, копінг-стратегій та типів відношення до хвороби у пацієнток з соматоформними розладами, кардіофобіями.

Ключові слова: соматоформна вегетативна дисфункція, кардіофобії, особистісні особливості, емоційна сфера, механізми психологічного захисту, копінг-стратегії, типи відношення до хвороби, жінки.

FEATURES OF PERSONALITY, EMOTIONAL SPHERE, PSYCHOLOGICAL DEFENCE MECHANISMS, COPING

STRATEGIES AND TYPES OF RELATIONSHIP TO DISEASE IN WOMEN SOMATOFORM DISORDERS

L. Herasymenko

The results of the analysis of personal characteristics, psychopathological disorders, emotional sphere, psychological defense, coping strategies and types related to the disease in patients with somatoform disorders kardiofobiyamy.

Keywords: somatoform autonomic dysfunction, kardiofobiyi, personality traits, emotional sphere, psychological defense mechanisms, coping strategies, activities related to the disease, women.