

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФИЛЯ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ОРГАНИЧЕСКОГО И НЕВРОТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА.

Депрессия в ее разнообразных клинических вариантах на сегодняшний день признается одной из главных причин снижения трудоспособности населения, опережая все другие психические расстройства [1—4]. В ряде исследований показано, что в 80.2 % случаев среди депрессивных расстройств определяется депрессия невротического уровня [1, 4], в структуру которых входят и депрессии, развивающиеся на фоне органической патологии головного мозга, что вызывает все больший интерес к данной проблеме.

В основе формирования последствий нейроинфекций, как и в основе формирования расстройств отдаленного периода ЧМТ, лежат сложные комплексы многих патологических факторов: мозаичные нарушения общего и регионального мозгового кровообращения, местная реактивность сосудов, образование рубцов, формирование оболочечно-мозговых спаек, кист, атрофии. Все это приводит к изменению корковой регуляции и нарушению адаптации организма в результате недостаточности высших регуляторных вегетативных механизмов [5, 6]

Несмотря на большое число публикаций, посвященных депрессивным расстройствам в целом и развивающимся на фоне ЧМТ, болезни Паркинсона, соматической патологии в частности [5, 6, 8], работ, отражающих течение непсихотических депрессивных расстройств, развивающихся на фоне перенесенных нейроинфекций, очень мало и многие вопросы указанной проблемы остаются нерешенными.

Одним из таких вопросов является изучение профиля личности данных больных, т. к. исходя из теории объектных отношений, отмечена предрасположенность к депрессии у людей с тревожной привязанностью, которые остро нуждаются в межличностных контактах и зависимы от других, и у индивидов, которые чрезмерно автономны и самодостаточны [7, 9], а вследствие депрессивных расстройств социальная адаптация выражено страдает, что в свою очередь утяжеляет течение заболевания.

С целью дальнейшей разработки эффективных, дифференцированных диагностических, терапевтических, реабилитационных и профилактических стратегий мы в данном исследовании изучили и сравнили особенности профилей личности больных, страдающих депрессивными расстройствами органического и невротического генеза.

В исследование были включены 2 группы больных: основную группу составили 86 женщин, проходящих курс стационарного обследования и лечения с диагнозом Органическое аффективное (депрессивное) расстройство на фоне перенесенных нейроинфекций F 06.32, контрольную — 47 женщин с ведущим депрессивным синдромом в рамках F 43, F 48. Пациенты обеих групп — женщины от 17 до 55 лет.

В основной группе диагноз устанавливался на основании клинико-психопатологических проявлений депрессивного синдрома, подтвержденных патопсихологическим исследованием, заключением психолога и анамнестическими данными о наличии перенесенной нейроинфекции, что подтверждалось нейрофизиологическим обследованием и заключением невропатолога, либо диагностированным и подтвержденным диагнозом Инфекционно-аллергическая энцефалопатия. В контрольной группе диагноз выставлялся на основании клинико-анамнестических данных, психопатологических проявлений депрессивного синдрома, патопсихологического исследования и заключения психолога.

Для изучения особенностей личности пациентов мы использовали методику СМОЛ (сокращенный многопрофильный опросник для исследования личности), предложенный Зайцевым В. П. (1981), который является сокращенным и адаптированным к русскоязычной среде вариантом метода ММРІ (Миннесотский многопрофильный опросник личности), разработанного С. Хатуэем и Дж. Маккинли в 1940 г. (Березин Ф. Б., 1976). Методика помогает выявить скрытые от непосредственного наблюдателя особенности профиля личности, ее аномалии и патологические изменения. При анкетировании с использованием теста СМОЛ испытуемому последовательно предлагается 71 утверждение, каждое из которых необходимо прочесть и решить, верно оно по отношению к испытуемому в момент обследования или неверно.

Среди оценочных шкал выделяют:

L — шкалу лжи, которая предназначена для оценки искренности обследуемого;

F — шкалу достоверности, которая предназначена для выявления недостоверных результатов, обусловленных небрежностью, аггравацией или симуляцией;

K — шкалу коррекции, которая используется для коррекции результатов связанных с чрезмерной недопустимостью или осторожностью обследуемого.

Основные клинические шкалы:

1. Шкала ипохондрии (сверхконтроля, *Hs*) определяет «близость» обследуемого к астеноневротическому типу личности, т. е. степень фиксированности испытуемого на своем соматическом состоянии.

2. Шкала депрессии (тревоги, *D*) предназначена для определения степени субъективной депрессии, свидетельствует о наличии сниженного настроения, неудовлетворенности, морального дискомфорта.

3. Шкала истерии (эмоциональной лабильности, *Hu*) разработана для выявления лиц склонных к использованию симптомов соматического заболевания в качестве средства разрешения сложных, конфликтных ситуаций.

4. Шкала психопатии (импульсивности, реализации эмоциональной напряженности в непосредственном

поведенні, *Pd*) предназначена для виявлення личності соціопатического типу.

5. Шкала параної (ригидності афекта, *Pa*) дозволяє судити про наявність «сверхценних» ідей, направлена на діагностику осіб підозрливих, злопам'ятних, упрямих, з ригідністю афективних реакцій.

6. Шкала психастенії (тревожності, фіксації тривоги, обмежувального поведіння, *Pt*) дозволяє судити про наявність нав'язливих страхів, дійсних і мислей, неуверенності в собі, тривожності.

7. Шкала шизофренії (*Sc*) розроблена для виявлення шизоїдних рис особистості, аутизму, а також наявності продуктивної психотическої симптоматики.

8. Шкала гіпоманії (оптимізму, активності, отрицання тривоги, *Ma*) визначає наявність у випробуваного гіпертичних рис особистості.

При аналізі профіля СМОЛ улічується, що середні значення кожної шкали — 50 баллів, (S. R. Hathaway, P. E. Meehl, 1951), абсолютна норма — 40—60, а значення шкал, розположені в

пределах 30—40 і 60—65 баллів, можна вважати проявленнями акцентуації особистості (Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова Е. Д., 1994).

Полученные нами при анкетировании обследуемых данные представлены в таблицах 1, 2 и на рисунке.

Анализируя результаты, полученные при использовании методики СМОЛ, можно увидеть следующее (см. табл. 1, 2). По трем вспомогательным шкалам больные с невротической депрессией обнаруживают меньшую искренность ответов, больший контроль за подаваемой информацией и меньшую достоверность обследования. Это можно увидеть при сравнительном анализе шкал *L*, *F*, *K*. У больных с непсихотическими депрессивными расстройствами, возникшими на фоне перенесенной нейроинфекции, шкала *L* имеет данные 45,6, шкала *F* — 62,7, а шкала *K* — 39,5, тогда как у пациентов с невротической депрессией показатель шкалы *L* составляет 40,0, что находится на границе нормы, показатель шкалы достоверности (*F*) составляет 61,6, а показатель шкалы коррекции — 38,8 балла.

Таблица 1.

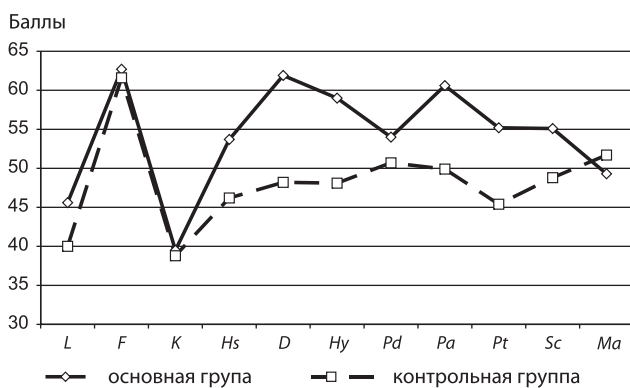
Особенности профиля личности больных с органическим аффективным (депрессивным) расстройством

<i>L</i>	<i>F</i>	<i>K</i>	<i>Hs</i>	<i>D</i>	<i>Hy</i>	<i>Pd</i>	<i>Pa</i>	<i>Pt</i>	<i>Sc</i>	<i>Ma</i>
45,6	62,7	39,5	53,7	61,9	59,0	54,0	60,6	55,2	55,1	49,3
6,6	12,0	7,5	7,1	8,0	8,7	12,1	9,7	16,4	15,9	8,7

Таблица 2

Особенности профиля личности больных с невротическими депрессиями.

<i>L</i>	<i>F</i>	<i>K</i>	<i>Hs</i>	<i>D</i>	<i>Hy</i>	<i>Pd</i>	<i>Pa</i>	<i>Pt</i>	<i>Sc</i>	<i>Ma</i>
40,0	61,6	38,8	46,2	48,2	48,1	50,7	49,9	45,4	48,8	51,7
6,6	12,9	8,1	8,2	11,5	9,6	18,3	12,9	19,6	16,6	11,9
—	—	—	—	<i>P</i> < 0.001	<i>P</i> < 0.001	—	<i>P</i> < 0.001	—	—	м



Сравнительная характеристика профиля личности больных с органическими и невротическими депрессиями

По шкале ипохондрии (*Hs*) показатель у пациентов с непсихотическими депрессивными расстройствами, возникшими на фоне перенесенной нейроинфекции, составляет 53,7, а у пациентов с невротической депрессией — 46,2 балла. Большую ипохондричность у больных с органическими поражениями головного мозга можно объяснить наличием у них постоянного объективного фона нарушений в связи с перенесенной нейроинфекцией. Также у больных с органической

депрессией выше уровень депрессии и тревожности по шкале депрессии (61,9), который выходит за рамки средней нормы. У пациентов с невротической депрессией этот показатель составляет 48,2. Высокий уровень тревожности и депрессии у лиц с органической депрессией объясняется длительным и неприятным для пациента течением органических нарушений головного мозга на фоне и после перенесенной нейроинфекции.

Анализируя показатели шкалы истерии (*Hy*), можно сделать выводы об уровне эмоциональной лабильности пациентов. У пациентов с непсихотическими депрессивными расстройствами, развившимися на фоне перенесенной нейроинфекции, этот показатель составляет 59,0 баллов, у больных контрольной группы — 48,1, что свидетельствует о более высоком уровне эмоциональной лабильности у пациентов с органическим фоном. Вполне закономерным на фоне повышенной эмоциональной лабильности, выявленной в основной группе, является более высокий уровень показателя психопатии (*Pd*). Показатель шкалы *Pd* в контрольной группе составил 50,7, что соответствует средней норме. Этот же показатель в основной группе составил 54,0, что в свою очередь говорит об их большей импульсивности и психопатизации.

Выход за верхние границы нормы показателя шкалы параноии (*Pa*) у больных, перенесших нейроинфек-

ции, — 60,6 свидетельствует о повышенном, пристальном внимании к своему здоровью, болезненному состоянию, поведению и отношению к ним окружающих, высокому уровню требований к окружающим, «навязчивости» этих мыслей. У больных с невротическими депрессиями показатель шкалы *Pa* составил 49,9, что соответствует средней норме.

Шкала *Pt* (психастении — тревожности) в основной группе также выше контрольной (55,2 и 45,4 соответственно), что подтверждает органический фон, имеющийся у больных первой группы.

По шкале *Sc* (шизофрении, шизоидности, аутичности) показатели распределились следующим образом: при депрессии, развивающийся на фоне дисфункции головного мозга 55,1 балла, при реактивных депрессиях — 48,8. В обеих группах уровень данной шкалы находится в пределах нормы.

По шкале гипомании [*Ma*], которая оценивает оптимизм, активность, результаты в обеих группах близки, но несколько выше при невротической депрессии (51,7 и 49,3 балла соответственно), что можно расценить как показатель более глубокого, выраженного, астенического депрессивного синдрома у пациентов с органическим фоном.

В результате проведенного с использованием методики СМОЛ исследования особенностей личности больных с непсихотическими депрессивными расстройствами можно сделать следующие выводы.

1. Пациенты с органической депрессией более правдивы в своих ответах, меньше подвергают их критике и коррекции, что свидетельствует о меньшей обеспокоенности данных пациентов по поводу того, как они будут выглядеть в глазах окружающих, что о них подумают. Достоверность исследования в этой группе значительно выше.

2. У больных с непсихотической депрессией, развившейся на фоне перенесенной нейроинфекции, наблюдаются достоверно выраженные сдвиги по шкалам депрессии [*D*], истерии [*Hu*], паранойи [*Pa*] в сравнении с пациентами с депрессией невротического генеза и бо-

лее низкий уровень шкалы гипомании [*Ma*], что можно расценивать как подтверждение наличия органической патологии головного мозга.

3. Описанные высокие показатели шкалы депрессии [*D*] у больных основной группы могут расцениваться как фактор риска развития различных форм суицидального поведения, тем более, что у данных пациентов течение заболевания имеет затяжной характер из-за наличия органического компонента.

Исходя из вышесказанного, мы рекомендуем проведение методики СМОЛ для диагностики депрессивных расстройств, развивающихся на фоне поражения или дисфункции головного мозга с целью более глубокого понимания специфики состояния, особенностей личности пациента для дифференцированного выбора психотерапевтических методик.

Список литературы

1. Марута Н. А. Депрессивные расстройства в структуре невротических расстройств // Украинський вісник психоневрології. — 2004. — Т. 12, вип. 3(40). — С. 81—83.
2. Напрєєнко О. К. Депресії та тривога в загально медичній практиці (соціальні, діагностичні та лікувально-профілактичні аспекти) // Вісник психіатрії та психофармакології. — 2002. — № 1. — С. 7—12.
3. Смулевич А. Б. Депрессии в общесоматической практике. — М., 2000. — 342 с.
4. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1997. — 572 с.
5. Михайлов Б. В. Клініка, механізми формування психопатологічних порушень у структурі наслідків закритої ЧМТ та принципи їх відновної терапії: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук — Х., 1994. — 50.
6. Напрєєнко А. К. Особенности клинических проявлений психических расстройств непсихотического уровня у пациентов, перенесших черепно-мозговую травму // Украинський вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15 вип. 2(51). — С. 92—95.
7. Пушкарева Т. Н. Психодинамическая диагностика депрессивных расстройств // Архив психиатрии. — 2005. — Т. 11. № 2(41). — С. 149—152.
8. Демеденко В. Д. Современные взгляды на проблему последствий закрытой черепно-мозговой травмы // Актуальные проблемы медицинской науки. — 1998. — № 2. — С. 203—206.
9. Pilkon P. A. Personality prototypes among depressives: Themes of dependency and autonomy // Journal of Personality Disorders. — 1998. — № 2. — P. 144—152.

Надійшла до редакції 03.09.2007 р.

В. Л. Гавенко, Н. В. Гавенко, А. С. Галічева Порівняльна характеристика профілю особистості хворих непсихотичними депресивними розладами органічного і невротичного генезу

Харківський державний медичний університет
(м. Харків)

У ході роботи ми вивчали особливості профілів особистості хворих, які страждають на депресивні розлади органічного та невротичного генезу. Для цього ми використовували методику СБОУ, що дозволила визначити основні риси особистості цих хворих та їхні розбіжності у пацієнтів з депресивними розладами органічного та невротичного генезу. Виявлено, що профіль особистості хворих на депресивні розлади органічного генезу розташований вище, ніж у хворих із депресивними розладами невротичного генезу, за винятком шкали гіпоманії. Описані закономірності можуть допомогти в розробці диференційованих діагностичних та ефективних терапевтичних, реабілітаційних та профілактичних стратегій.

V. L. Gavenko, N. V. Gavenko, A. S/ Galicheva Comparative characteristic of profile of personality of patients with non- psychotic organic and neurotic depressive disorders

Kharkiv State medical University
(Kharkiv)

In this work we studied personal features of the patients with organic and neurotic depressive disorders. For this aim we used method MMPI, which allowed estimating the main directions of the patients' personality and differences between the patients with organic and neurotic depressive disorders. It was found that profile of personality in the patients with organic depressive disorders located higher then in patients with neurotic depressive disorders excepting scale of hypomania. These rules can help in working up differential diagnostic and effective therapeutic, rehabilitation and prophylactic strategies.