

УДК 616.85-055.2

Т. Д. Бахтеева

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЖЕНЩИН

Изменения социальных, экономических и психологических условий жизни определяют, с одной стороны, рост заболеваемости невротическими расстройствами среди населения Украины, а с другой — выраженный патоморфоз указанной патологии, который существенно затрудняет ее диагностику и терапию [3, 5, 8, 10, 17, 18].

Среди многочисленных факторов патоморфоза важная роль принадлежит индивидуальным особенностям и, прежде всего, особенностям, которые обусловлены полом [1, 2, 4, 6, 7, 9, 11, 12, 19, 20, 23].

К сожалению, эти факторы остаются до нашего времени недостаточно изученными [13–15, 21, 22, 24].

Целью данной работы явилось изучение личностных особенностей болеющих невротическими расстройствами женщин и сопоставление их с таковыми у мужчин для выявления гендерных различий и совершенствования диагностических критериев.

В основу работы положено патопсихологическое обследование 316 женщин с различными формами неврозов: 113 — с неврастенией (I группа), 109 — с соматоформными расстройствами (II группа), 94 — с тревожно-фобическими расстройствами (III группа).

Группы контроля составили здоровые женщины и мужчины с такими же формами невротических расстройств.

Для оценки личностных особенностей использовался стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ [16].

Исследование женщин с невротическими расстройствами с помощью методики СМИЛ позволило получить следующие результаты.

Усредненный профиль СМИЛ у больных невротическими расстройствами женщин представлен на рисунке 1.

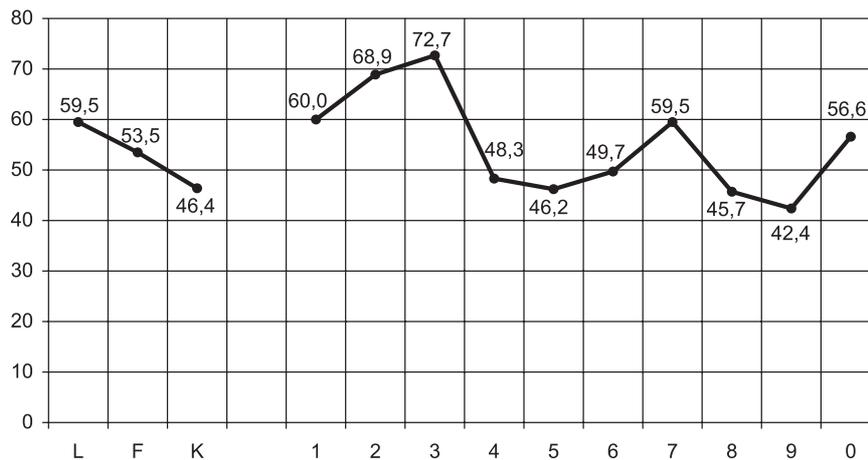


Рис. 1. Усредненный профиль СМИЛ у больных невротическими расстройствами женщин

Представленные данные свидетельствуют о том, что средний уровень Т-баллов у женщин колебался от 42,4 (9-я шкала) до 72,7 (3-я шкала). Значения оценочных шкал отражали достоверность полученных результатов и адекватное отношение испытуемых к процедуре обследования.

Оценка конфигурации профиля позволяет отнести его к «пикообразному», с подъемами по 3-й и 7-й шкалам. Основной характеристикой профиля у женщин является значительное повышение уровня шкал невротической триады (1-я — 60 Т-баллов; 2-я — 68,9 Т-балла; 3-я — 72,7 Т-балла) по сравнению с контролем ($p < 0,05$), что свидетельствует о выраженном эмоциональном дискомфорте, трудностях адаптации, внутренней дисгармонии, блокаде мотивированного поведения.

При анализе отдельных шкал усредненного профиля личности показано, что относительно высокий уровень шкалы L (59,5 Т-балла) отражает тенденцию

пациенток группы «показать себя в лучшем свете», отрицая наличие в своем поведении слабостей, присущих любому человеку — способности хотя бы иногда или немного сердиться, лениться, пренебречь исполнительностью, строгостью манер, правдивостью, аккуратностью (в самых минимальных размерах и самой простительной ситуации).

Подъем по 3-й шкале до уровня 72,7 Т-балла свидетельствует о высокой степени эмоциональной лабильности, неустойчивости настроения и склонности к ситуационным реакциям среди больных невротическими расстройствами женщин.

Относительное повышение профиля по 7-й шкале (59,5 Т-балла) указывает на тенденцию к готовности возникновения тревожных реакций, расширение круга эмоционально-значимых стимулов, стремление избежать неуспеха, склонность к формированию фиксированных страхов. В сочетании с высокими значениями по 1-й и 3-й шкалам (60,0 Т-баллов

и 72,7 Т-балла) это также отражает проблему вытесненной тревоги и биологический способ защиты с конверсией психологического конфликта в физиологические нарушения.

Повышение уровня 0-й шкалы до 56,6 Т-балла подтверждает пассивность личностных позиций, значительную обращенность интересов в мир собственных переживаний.

У обследованных женщин отмечалось относительное снижение уровня психологического профиля по 4-й шкале (до 48,3 Т-балла), что можно расценивать как тенденцию к строгому соблюдению существующих морально-этических традиций, консерватизму, снижению мотивации достижения, отсутствию спонтанности, конформизму, а также дезорганизации поведения при каких-либо нарушениях привычного ритма жизни.

Средние значения Т-баллов (49,7) по 6-й шкале свидетельствуют об отсутствии склонности у больных невротическими расстройствами женщин к ригидному поведению.

Значительное снижение профиля по 9-й шкале («оптимизма и активности») до 42,4 Т-балла отражает снижение уровня оптимизма и активности, недостаток побуждений, пониженную самооценку, что в сочетании с постоянной потребностью в признании и высокой социальной ответственностью служит еще

одним фрустрирующим фактором. В совокупности с высоким значением шкал невротической триады это указывает на наличие повышенной утомляемости, ипохондричности и астенического типа реагирования.

Дополнительные результаты были получены при изучении значимых интеркорреляций шкал СМИЛ. Общие психологические тенденции характеризовались наличием достоверных положительных корреляций между 1-й и 2-й ($r = +0,56$), 1-й и 3-й ($r = +0,61$), 1-й и 0-й ($r = +0,67$) шкалами, что свидетельствует о сочетании ипохондрического компонента с истерическим и астеническим, а также о превалировании у пациенток эгоцентризма, отгороженности, сосредоточенности больных на себе и своих ощущениях.

При сравнении профиля СМИЛ больных невротическими расстройствами женщин с таковым у здоровых женщин выявлены достоверные различия усредненных Т-баллов по большинству шкал, кроме 4-й, 5-й, 6-й и 9-й шкал и шкалы К (рис. 2).

При анализе профилей СМИЛ по отдельным формам патологии мы отметили, что у больных неврастенией женщин (I группа) также регистрировался «пикообразный профиль», с повышением средних значений по шкалам невротической триады (1-я — 59,8 Т-балла; 2-я — 72,6 Т-балла; 3-я — 64,7 Т-балла) и основными пиками по 2-й и 7-й шкалам (рис. 3).

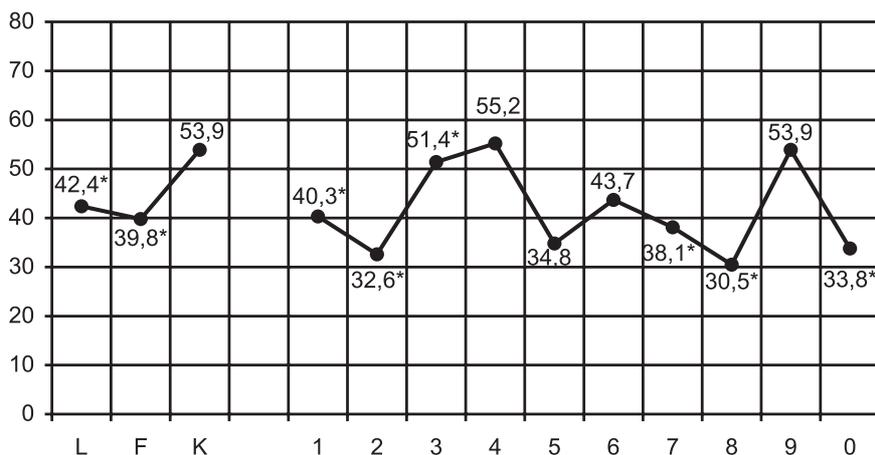


Рис. 2. Усредненный профиль СМИЛ у здоровых женщин

Примечание: * — при сравнении с группой больных невротическими расстройствами женщин различия достоверны ($p < 0,05$)

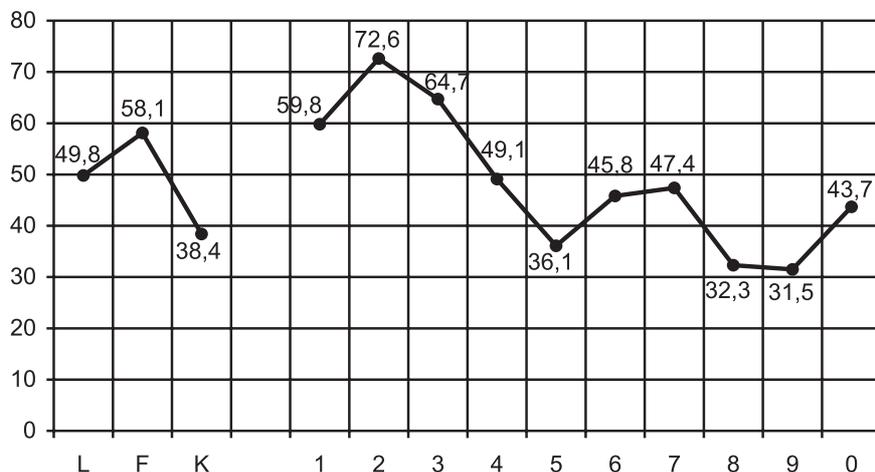


Рис. 3. Усредненный профиль СМИЛ у женщин с неврастенией (I группа)

Отличительными особенностями этого профиля от усредненного профиля по всем группам больных невротическими расстройствами женщин является относительное снижение по шкале L (49,8 Т-балла), высокие значения по 2-й шкале (72,6 Т-балла), относительно низкие — по 7-й (47,4 Т-балла) и по 0-й (43,7 Т-балла).

Описанная структура профиля у больных неврастением женщин свидетельствует о преобладании в группе черт депрессивности, депривации, подавленности, нерешительности, при снижении демонстративности и социальной активности.

Среди интеркорреляций у больных неврастением женщин достоверностью отличались отрицательные взаимосвязи 2-й и 9-й шкал ($r = -0,69$ при $p < 0,05$).

У женщин, больных соматоформными расстройствами (II группа), отмечалась несколько иная конфигурация профиля (рис. 4).

Усредненный профиль в данной группе также был «пикообразным», с подъемами по четырем основным шкалам (3-й, 5-й, 7-й и 0-й с соответствующими значениями Т-баллов — 78,5; 56,1; 59,7; 60,8). Профиль характеризовался подъемом по шкалам невротической триады (1-я — 66,1 Т-балла; 2-я — 69,3 Т-балла; 3-я — 78,5 Т-балла). Данный профиль отличался от усредненного профиля по всем группам женщин высо-

кими значениями по 2-й, 3-й и 5-й шкалам (69,3 Т-балла; 78,5 Т-балла; 56,1 Т-балла соответственно).

Такая структура профиля отображает преобладание у больных данной группы демонстративности, желания показать себя в лучшем свете, эмоциональной лабильности, слабой устойчивости к стрессу и выраженной соматизации психологических феноменов.

Анализ взаимосвязей и взаимовлияния между шкалами профиля СМИЛ в данной группе отражал наличие достоверных связей между 1-й и 3-й шкалами ($r = +0,71$ при $p < 0,05$).

У больных с тревожно-фобическими расстройствами женщин (III группа) усредненный профиль был «углубленным», с основными подъемами по 1-й шкале (72,3 Т-балла), 3-й шкале (74,9 Т-балла), 7-й шкале (71,4 Т-балла) и 0-й шкале (65,4 Т-балла) (рис. 5).

Значения по шкалам невротической триады были высокими. Отличительными особенностями профиля являлись высокие значения по 1-й, 3-й, 7-й и 0-й шкалам, что свидетельствовало о преобладании в данной группе женщин тревожных радикалов, ипохондрии и соматизации тревоги, готовности к возникновению тревожных реакций, склонности к формированию фиксированных страхов, пассивной жизненной позиции и обращению интересов в мир собственных переживаний.

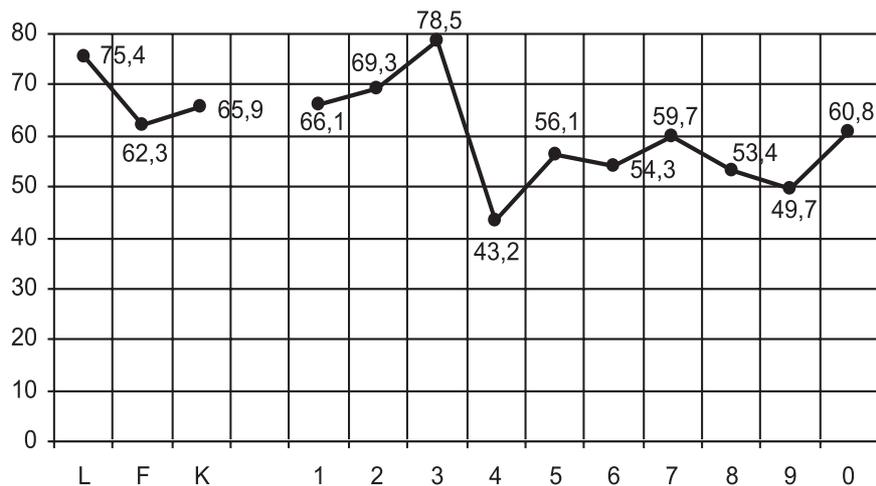


Рис. 4. Усредненный профиль СМИЛ у женщин с соматоформными расстройствами (II группа)

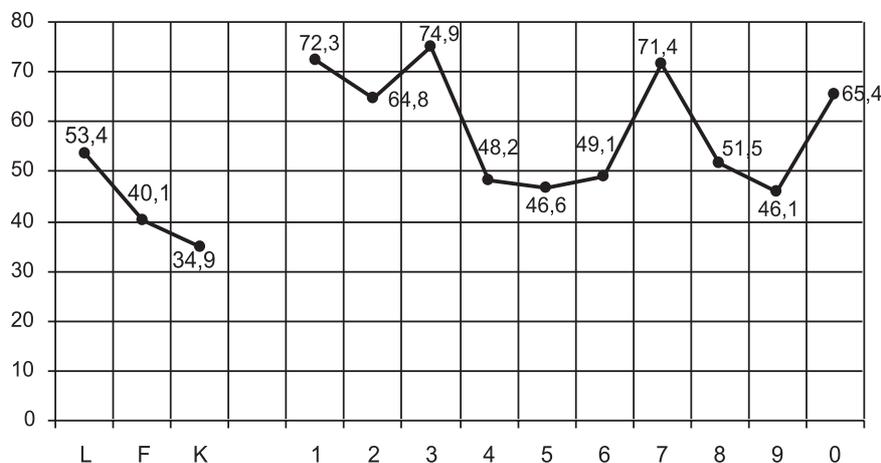


Рис. 5. Усредненный профиль СМИЛ у женщин с тревожно-фобическими расстройствами (III группа)

Изучение интеркорреляций у больных тревожно-фобическими расстройствами женщин показало, что достоверные позитивные влияния отмечались между 1-й и 7-й шкалами ($r = +0,55$ при $p < 0,05$), между 2-й и 7-й шкалами ($r = +0,62$ при $p < 0,05$).

У мужчин с невротическими расстройствами усредненный профиль СМИЛ был «углубленным», с высокими значениями по шкалам невротической триады (рис. 6).

Этот профиль отличался от соответствующего у женщин достоверно более низкими значениями по шкалам L и F, а также достоверно более высокими по 1-й и 8-й шкалам. Такие отличия отражают, с одной стороны, большую искренность и открытость мужчин в процессе тестирования, а с другой — преобладание у них ипохондрического радикала в сочетании с замкнутостью, интровертированностью, социальной отгороженностью.

Изучение интеркорреляций у больных невротическими расстройствами мужчин показало, что в наибольшей степени показатели по шкалам связаны с 1-й шкалой. Так, у больных данной группы отмечались прямые корреляции между 1-й и 2-й шкалами ($r = +0,49$ при $p < 0,05$), между 1-й и 7-й шкалами ($r = +0,63$ при $p < 0,001$), а также обратные корреляции между 1-й и 9-й шкалами ($r = -0,58$ при $p < 0,05$).

Усредненные профили СМИЛ у больных неврастенией, соматоформными и тревожно-фобическими расстройствами мужчин представлены на рисунках 7, 8, 9.

Усредненный профиль СМИЛ у больных неврастенией мужчин отличался от такового у женщин достоверно более низкими значениями по шкале F и достоверно более высокими показателями по 1-й, 4-й и 8-й шкалам, что отражает доминирование проблемы физического благополучия, «бегства в болезнь» и признаков социальной дезадаптации.

Сравнение усредненных профилей у больных соматоформными расстройствами женщин и мужчин показало, что у мужчин усредненный профиль СМИЛ характеризуется достоверным снижением средних значений по шкалам L и 3-й, что отражает большую искренность и меньшую демонстративность мужчин (рис. 8).

Анализ усредненного профиля СМИЛ у мужчин с тревожно-фобическими расстройствами и его сравнение с таковым у женщин показало, что «мужской» профиль отличался достоверным подъемом по 8-й шкале, что свидетельствовало о ригидности стереотипа, ориентировке на внутренние критерии и заботе о физическом благополучии в сочетании со слабой способностью к интуитивному пониманию окружающих (рис. 9).

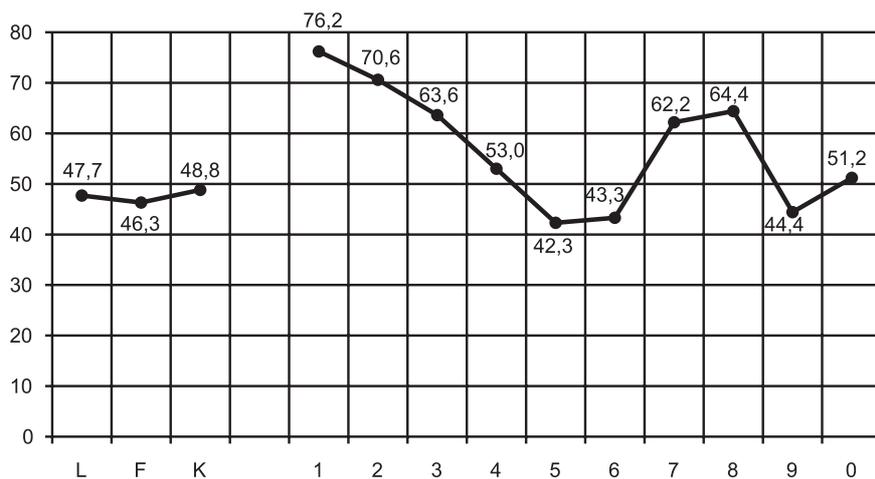


Рис. 6. Усредненный профиль СМИЛ у больных невротическими расстройствами мужчин

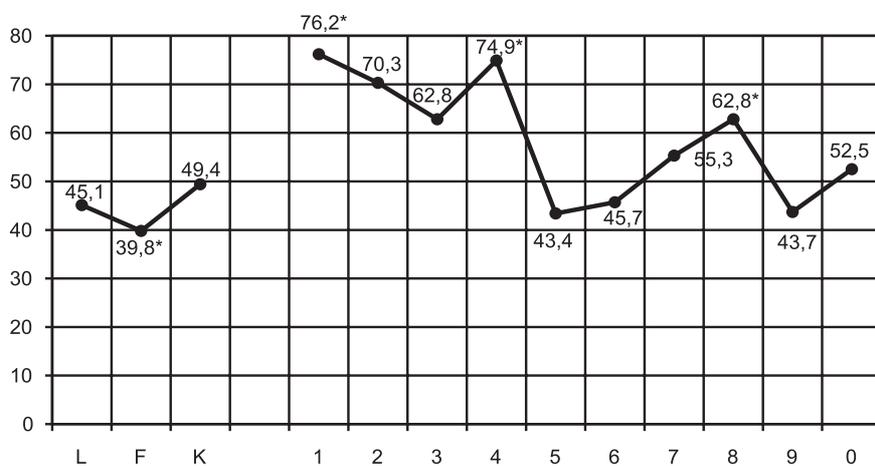


Рис. 7. Усредненный профиль СМИЛ у мужчин с неврастенией

Примечание: * — при сравнении с группой женщин различия достоверны ($p < 0,05$)

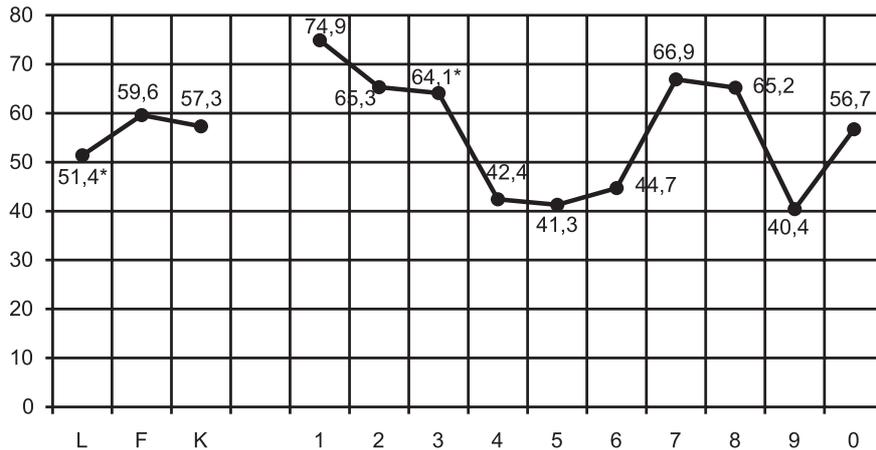


Рис. 8. Усредненный профиль СМІІЛ у мужчин с соматоформными расстройствами
Примечание: * — при сравнении с группой женщин различия достоверны ($p < 0,05$)

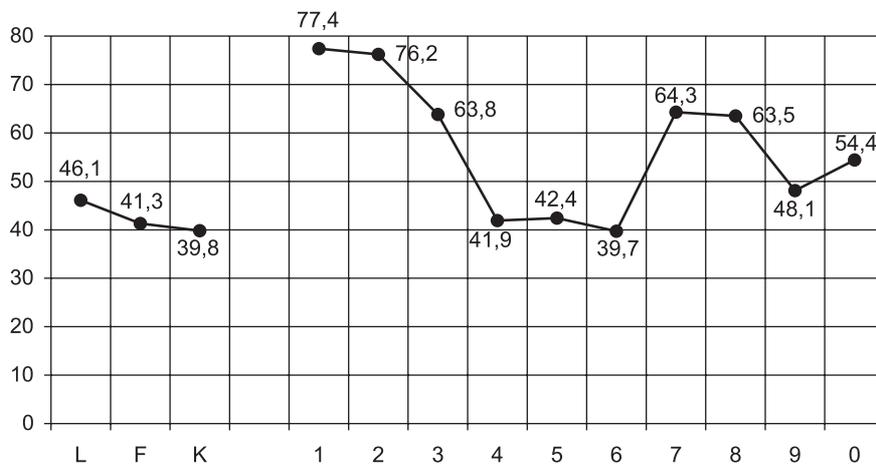


Рис. 9. Усредненный профиль СМІІЛ у мужчин с тревожно-фобическими расстройствами
Примечание: * — при сравнении с группой женщин различия достоверны ($p < 0,05$)

Полученные результаты позволяют сделать следующие выводы.

По данным СМІІЛ у больных невротическими расстройствами женщин регистрировался «пикообразный» профиль с подъемами по 3-й и 7-й шкалам. Основными характеристиками этого профиля является значительное повышение уровня шкал невротической триады (1-я — 60 Т-баллов; 2-я — 68,9 Т-балла; 3-я — 72,7 Т-балла) по сравнению с контролем (здоровыми женщинами), что свидетельствует о выраженном эмоциональном дискомфорте, трудностях адаптации, внутренней дисгармонии, блокаде мотивированного поведения.

Отличительными особенностями профиля СМІІЛ у больных невротическими расстройствами является преобладание черт депрессивности, подавленности при снижении демонстративности и социальной активности.

У больных соматоформными расстройствами женщин профиль СМІІЛ отражал наличие у этих пациенток черт демонстративности, желания показать себя в лучшем свете, эмоциональной лабильности, слабой устойчивости к стрессу и выраженной соматизации психотических феноменов.

При тревожно-фобических расстройствах у женщин профиль СМІІЛ отражал преобладание тревож-

ных радикалов, ипохондрии и соматизации тревоги, готовности к возникновению тревожных реакций, склонности к формированию фиксированных страхов, пассивной жизненной позиции и обращении интересов в мир собственных переживаний.

Профиль СМІІЛ у мужчин с невротическими расстройствами отличался преобладанием у них ипохондрического радикала в сочетании с замкнутостью, интровертированностью и социальной отгороженностью.

Список литературы

1. Боро М. П. Психическое состояние и особенности личности жен и детей ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС // Вісник проблем біології і медицини. — 1998. — № 24. — С. 106–109.
2. Богатырева Е. Н. Секреты женской психологии. — СПб.: Питер, 1997. — 180 с.
3. Вертоградова О. П. Тревожно-фобические расстройства и депрессия // Тревога и обсессии. — М., 1998. — С. 113–131.
4. Виткин Дж. Женщина и стресс. — СПб., 1996. — 220 с.
5. Волошин П. В., Воробьева Т. М., Марута Н. А. Эмоциональные нарушения при неврозах // Український вісник психоневрології. — 1995. — Т. 3. — Вип. 1. — С. 3–11.
6. Гнатишин М. С. Невротичні розлади у жінок (індивідуальне прогнозування, профілактика): Автореф. дис. д-ра мед. наук. — К., 1999. — 34 с.

7. Коваленко Н. П. Психологические особенности и коррекция эмоционального состояния женщины в период беременности и родов: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — СПб., 1998. — 28 с.
8. Марута Н. А. Диагностика и терапия неврозов в условиях современного патоморфоза // Український вісник психоневрології. — 1995. — Т. 3. — В. 2. — С. 314–315.
9. Менделевич В. Д. Гинекологическая психиатрия. — Казань, 1996. — 338 с.
10. Напреенко А. К., Домбровська В. В. Стан психіатричної допомоги в Україні у 2003 році та в останнє десятиріччя, шляхи її вдосконалення // Журнал психіатрії і медичинської психології. — 2004, № 3 (13). — С. 3–7.
11. Особенности психотерапевтической работы с женщинами в условиях социального кризиса / В. Я. Семке, И. Е. Куприянова, А. П. Якутенок, Н. М. Омаева // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 1999, № 1. — С. 83–85.
12. Потапкин И. А., Куприянова И. Е. Клинические и социальные аспекты состояния психического здоровья работающих женщин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 1999, № 1. — С. 107–108.
13. Психотерапия женщин / Под ред. М. Лоуренс, М. Магуйр. — СПб.: Питер, 2003. — 208 с.: ил. — (Серия «Золотой фонд психотерапии»).
14. Рамих В. А. Личность женщины. Материнство как социокультурный феномен: Дис. ... д-ра филос. наук. — Ростов-на-Дону, 1997. — 128 с.
15. Репина Л. П. Гендерная история: проблемы и методы исследования // Новая и новейшая история. — 1999. — № 6. — С. 41–58.

16. Собчик Л. Н. Стандартизованный многофакторный метод исследования личности. — М., 1990. — 45 с.
17. Чабан О. С. Патоморфоз неврозов (клініко-психопатологічні, соціально-психологічні та конституціонально-біологічні закономірності): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Харків, 1997. — 30 с.
18. Щепин И. О. Основные тенденции и закономерности распространенности психических болезней в Российской Федерации // Журнал Здравоохранения Российской Федерации. — 1998. — № 3. — С. 76–81.
19. Bishry Z., Seif E. I., W/Dawai A. Women's mental health challenges at primary care level // Curr. Opin. Psychiatr. — 1999, 12 (Suppl. 1). — P. 61.
20. Cilberston F. M. Depression and gender // American Psychologist. — 1997. — № 52. — V. 1. — P. 25–31.
21. Dickstein L. The impact of work in women's life // Abstracts X World Congress of Psychiatry. — Madrid, 1996. — V. 1. — P. 156.
22. Repetti R. L., Matthews K. A., Waldron I. Employment and women's health: Effects of paid employment on women's mental and physical health // American Psychologist. — 1989. — № 44. — P. 1394–1401.
23. Stewart D. E. Women and mental health care: therapeutic challenges — Book of Abstract of International Congress SEP — AEN — SEP. — Madrid, 2001. — P. 7.
24. Stewart D. E., Abbey S. A., Boydell K., Meana M. What makes women tired? J Worn Health. — 1998, vol. 7. — P. 69–76.

Надійшла до редакції 02.11.2005 р.

Т. Д. Бахтєєва

Особистісні особливості у хворих на невротичні розлади жінок

*Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України (Харків)*

У роботі наведені результати обстеження 316 жінок хворих на неврози за допомогою методики СМДО (стандартизований метод дослідження особистості). Отримані результати свідчать про те, що у хворих жінок відзначалися труднощі адаптації, емоційний дискомфорт, внутрішня дисгармонія, блокада мотиваційної поведінки.

Виділено особливості профілю СМДО у жінок, хворих на неврастенію, соматоформні та тривожно-фобічні розлади. Отримані дані є критеріями невротичних розладів у жінок.

T. D. Bakhteyeva

Personality peculiarities in female patients with neurotic disorders

*Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology
of the AMS of Ukraine (Kharkiv)*

In the article the results of an examination of 316 female patients with neuroses with the SMPE-methodic (standardized method of personality examination) are presented. The results obtained evidence that the female patients have difficulties of adaptations, an emotional discomfort, an internal disharmony, a blockade of a motivation behavior.

The peculiarities of the SMPE profile in female patients with neurasthenia, somatoform and anxiety-phobic disorders are defined. The data obtained are criteria of neurotic disorders in women.