

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
С.С. Шум

В статье представлена структура и клинико-психопатологические особенности психических расстройств у онкобольных. Проведена их экспертная судебно-психиатрическая оценка.

Ключевые слова: онкобольные, психические расстройства, судебно-психиатрическая оценка, гражданская дееспособность

CLINICAL CHARACTERISTIC OF MENTAL DISORDERS AMONG PATIENTS WITH ONCOLOGICAL DISEASES

S.S. Shum

The article presents the structure and clinical psychopathological features of mental disorders among cancer patients. Their expert forensic psychiatric assessment was held.

Keywords: patients with cancer, mental disorders, forensic psychiatric evaluation, civil capacity

УДК 616.89

О.Г. Сыропятов¹, Н.А. Дзеружинская², А.Н. Дзюба², Н.Г. Астафурова³**КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА ПРИ СИНДРОМЕ ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ**Украинская военно-медицинская академия, г. Киев¹Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МОЗ Украины, г. Киев²Институт психотерапии и клинической психологии, г. Москва³

Часть II

Ключевые слова: стресс, тревога, депрессия, перфекционизм, психическое выгорание

Для изучения значения перфекционизма при психическом выгорании использовалось экспериментально-психологическое исследование. В соответствии с Индивидуально типологическим опросником (ИТО), типология индивидуальности базируется на восьми тенденциях: четырёх основных и четырёх промежуточных: лидерство, неконформность, конфликтность, индивидуализм, зависимость, конформность, компромисс, коммуникативность. Результат соединения двух тенденций реализуется в виде восьми вариантов социального поведения: экстраверсия, спонтанность, агрессивность, ригидность, интроверсия, сенситивность, тревожность, лабильность. Противоположные типологические особенности ригидность – лабильность формируют, в свою очередь, два полярных типа, что представляют смешанные варианты соответственно «слабого» и «сильного» типов. Ригидный тип характеризуется соединением индивидуальной самоуглублённости и упрямства с интроверсией и представляет собой инертность установок, негибкой, отгороженной личности, склонной к педантизму и настороженной педантичности, с формально-логическим мышлением. Лабильный тип – отличается выраженной изменчивостью настроения, мотивационной нестойкостью, повышенной эмоциональностью, художественным типом восприятия. Промежуточные характеристики представляют собой сплав особенностей, синтез двух ведущих тенденций, что проявляется в социальной активности индивида. Чем отчётливее выражена

та или иная особенность, тем ближе к норме эта тенденция, тем устойчивее структура индивидуально-личностных особенностей.

Уровень социальной активности (стремление к общению) в основной группе был неадекватным, имели место фрустрация физической и социальной активности личности. Индивидуально-типологические свойства данной группы характеризовались наличием гипертимной акцентуации, которая проявлялась в повышенных показателях экстравертированности, коммуникативности, лидерства, конформности (рис. 1.) .

Выявлены высокие показатели в основной группе испытуемых по таким личностным свойствам, как аггравация, конфликтность, конформность и компромиссность, экстраверсия, агрессивность и ригидность, сенситивность, тревожность и эмоциональная лабильность.

Показатели свойств личности по ИТО: 1) лживость; 2) аггравация; 3) лидерство; 4) неконформность; 5) конфликтность; 6) индивидуализм; 7) зависимость; 8) конформность; 9) компромиссность; 10) коммуникативность; 11) экстраверсия; 12) спонтанность; 13) агрессивность; 14) ригидность; 15) интроверсия; 16) сенситивность; 17) тревожность; 18) лабильность.

Результаты анализа способов урегулирования конфликтов по двухмерной модели урегулирования конфликтов К. Томаса показали, что у лиц с психическим выгоранием преобладала конкуренция, как стремление добиться удовлетворения своих интересов в ущерб другому (24%), и избегание, для которого характерно

Индивидуально-типологические особенности в основной группе

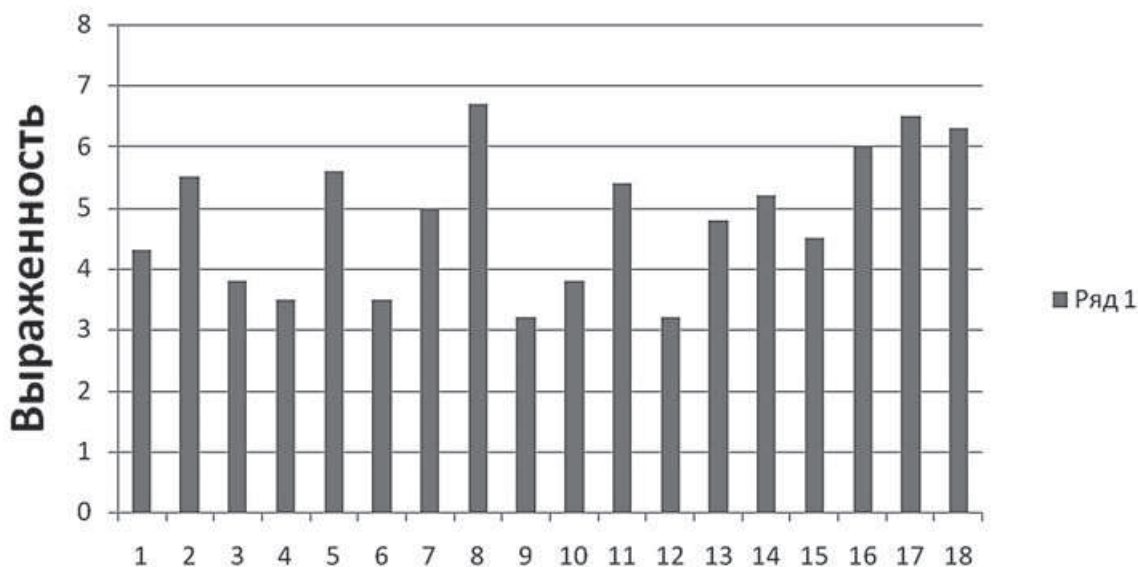


Рисунок 1

как отсутствие стремления к кооперации, так и отсутствие тенденции к достижению собственных целей (76%) (см. табл. 4).

Таблица 4
Способы урегулирования конфликтов (%±m)

Способ урегулирования конфликтов	Основная группа (N=150)	Группа сравнения (n=30)
Конкуренция	24±4,3	16,7±3,7
Приспособление	-	26,6±4,4
Компромисс	-	10,0±3,0
Избегание	76±4,3	46,7±5,0
Сотрудничество	-	-
Всего	100	100

У испытуемых основной группы ведущим способом разрешения конфликтов были конкуренция и избегание. В то время как в группе сравнения у лиц без признаков психического выгорания диапазон способов разрешения конфликтов был разнообразнее. Социально-психологической атмосферой в обществе можно объяснить отсутствие такого способа разрешения конфликтов, как «сотрудничество».

В сравнительном исследовании структуры перфекционизма и тактик целеполагания использовался опросник Н.Г. Гаранян и А.Б.Холмогоровой.

Для статистического сравнения групп использовался критерий Mann-Whitney для независимых выборок,

критерий Wilcoxon для зависимых выборок, для установления корреляционных связей – коэффициент корреляции Spearman, коэффициент Pearson. Обработка полученных результатов производилась с помощью пакета статистических программ SPSS for Windows (Standard Version 11.5, Copyright © SPSS Inc., 2002).

Факторный анализ выявил 6-факторную структуру инструмента:

1) восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими);

2) завышенные притязания и требования к себе;

3) высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»;

4) селективное информирование о неудачах и ошибках;

5) поляризованное мышление;

6) контроль над чувствами.

Все факторы обладали высокими показателями надежности (коэффициент α -Кронбаха в диапазоне от 0,6038 до 0,7855), за исключением фактора «Контроль над чувствами», который в дальнейшей работе не был выделен в качестве самостоятельной шкалы. Психологическое содержание остальных факторов находится в близком соответствии с теоретически предполагаемыми параметрами перфекционизма, что служит подтверждением исходной гипотезы, т.к. традиционно факторный анализ пунктов опросника рассматривается как средство проверки предположений о структуре изучаемых личностных черт.

Сравнительное исследование структуры и выраженности перфекционизма в изучаемых группах проводили с применением коэффициента Mann-Whitney.

Таблиця 5

Структура перфекціонізму в изучаемых группах испытуемых

Шкалы опросника перфекціонізму-	Больные с преимущественно депрессивными расстройствами (N=106)		Больные с преимущественно тревожными расстройствами (N=44)		Группа сравнения (n=30)	
	M	SD	M	SD	M	SD
1. Восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими)	19,2 ^{ac}	6,5	16,8 ^{ce}	6,5	11,0 ^{ac}	5,2
2. Завышенные притязания и требования к себе	12,3 ^b	4,0	12,5 ^c	3,4	10,7 ^{bc}	4,0
3. Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»	12,5 ^a	4,2	11,6 ^c	3,7	9,1 ^{ac}	3,7
4. Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках	8,6 ^{ad}	2,6	7,4 ^{cd}	2,7	4,3 ^{ac}	2,7
5. Поляризованное мышление - «все или ничего»	9,4 ^a	3,4	9,3 ^c	3,4	7,5 ^{ac}	2,9
Общий показатель перфекціонізму	66,8 ^a	15,4	62,8 ^c	15,0	47,7 ^{ac}	13,7

Примечания: M – среднее значение, SD – стандартное отклонение
 a – различие между лицами с депрессивными расстройствами и группой сравнения ($p < 0,01$)
 b – различие между лицами с депрессивными расстройствами и группой сравнения ($p < 0,05$)
 c – различие между лицами с тревожными расстройствами и группой сравнения ($p < 0,01$)
 d – различие между лицами с депрессивными и тревожными расстройствами ($p < 0,01$)
 e – различие между лицами с депрессивными и тревожными расстройствами ($p < 0,05$)

В таблице 5 приводятся результаты корреляционного анализа показателей перфекціонізму и симптоматических показателей, сравнивается структура перфекціонізму у лиц с психическим выгоранием и в группе сравнения.

Показатели перфекціонізму у лиц с депрессивными и тревожными расстройствами достоверно выше аналогичных показателей группы сравнения. Испытуемые с депрессивными расстройствами характеризуются более высокими значениями когнитивных параметров перфекціонізму (восприятия других людей как делегирующих высокие ожидания и селектирования негативной информации о неудачах и ошибках). Отсутствие значимых различий между сравниваемыми основными группами по показателям перфекціонізму подтверждает «унитарную» модель взаимоотношений депрессии и тревоги.

Установлены множественные положительные корреляционные связи между показателями перфекціонізму и показателями депрессии и тревоги различных симптоматических шкал (r -Spearman для общего показателя перфекціонізму и показателей тревоги и депрессии от 0,412 до 0,570) (табл.5).

Проанализированы взаимосвязи показателей перфекціонізму с характеристиками уровня притязаний испытуемых.

На следующем рисунке представлены диапазоны значений показателя Z, отражающие уровень притязаний у лиц основной группы и группы сравнения (рис.2).

Диапазон значений показателя Z в эксперименте на уровень притязаний у лиц с СЭВ, страдающих депрессивными и тревожными расстройствами, и испытуемых группы сравнения («здоровых»).

Тактики целеполагания у страдающих депрессивными и тревожными расстройствами с СЭВ отличаются от таковых у испытуемых группы сравнения.

В условиях эксперимента на уровень притязаний диапазон трудности выбираемых пациентами целей

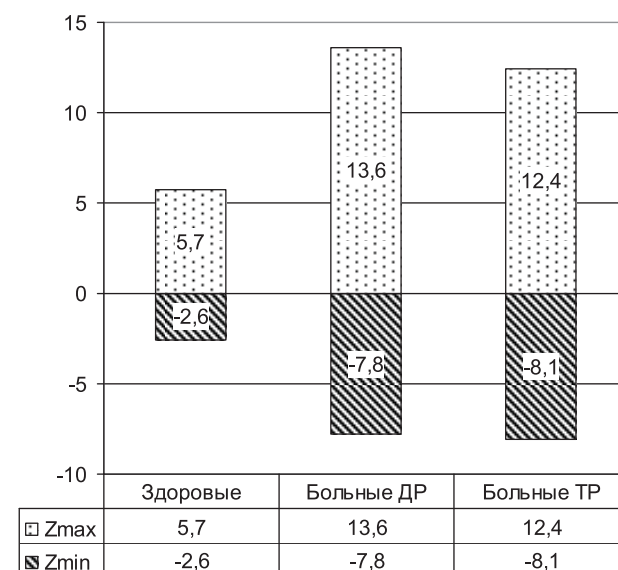


Рисунок 2

резко расширен, в сравнении с нормой. Отмечается чередование очень трудных целей (неуспех при достижении которых не переживается болезненно) с очень легкими (где успех гарантирован).

Корреляционный анализ выявляет достоверные связи общего показателя перфекционизма как со стремлением к успеху, так и с избеганием неудач. Согласно общепринятым положениям теории мотивации достижения, этот вариант поведения в ситуации выбора цели является способом защиты от переживаний неуспеха. При такой стратегии выбора цели пациенты минуют среднюю зону сильных, но одновременно трудных и интересных задач, в которой стремление к успеху может быть максимально реализовано и сопровождаться удовлетворением. Лица с высоким уровнем перфекционизма оказываются во власти двух противоречивых стремлений – достичь многого, не испытав при этом неудачи, что образует основу их внутриспсихического конфликта.

При двукратном обследовании испытуемых с депрессивными расстройствами установлена относительная стабильность перфекционизма как черты личности. Эти результаты подтверждают патопластическую модель, акцентирующую взаимовлияние личностных дисфункций и депрессии. Они также соответствуют модели «характерологического спектра», согласно которой эмоциональное расстройство является результатом заострения имеющихся личностных особенностей.

В результате исследования установлены множественные положительные связи между отдельными параметрами перфекционизма и дисфункциональными личностными чертами. Наибольшее число этих связей установлено для когнитивных параметров, наименьшее – для параметров «высокие притязания» и «высокие стандарты». Данные корреляции были зафиксированы как в группе лиц с депрессивными расстройствами, так и в группе сравнения. Они служат важным аргументом в пользу тезиса о том, что традиционная типологическая диагностика личностных нарушений при синдроме психического выгорания должна дополняться параметрической - оценкой отдельных дисфункциональных личностных черт (в том числе, и перфекционизма), сопряженных со склонностью к депрессивному и тревожному реагированию.

Выводы

1. Синдром психического выгорания у врачей часто сопровождается депрессивной и тревожной симптоматикой, которые тесно связаны со структурой личности.

2. Анализ психопатологической структуры расстройств показывает, что лица с синдромом выгорания и наличием депрессивных и тревожных расстройств имеют существенно более высокие, по сравнению с группой сравнения, показатели симптомов психических расстройств.

3. Поскольку тревожно-депрессивная симптоматика наблюдалась не только у лиц с СЭВ, но и в группе сравнения, можно предположить, что СЭВ является

категорией более психологической, чем психопатологической и коррелирует с особенностями личностного реагирования, отражая, по-видимому, уровень адаптационных резервов организма.

4. С помощью личностного опросника (ИТО) выявлены высокие показатели в основной группе испытуемых по таким личностным свойствам, как аграрация, конфликтность, конформность и компромисность, экстравагантность, агрессивность и ригидность, сенситивность, тревожность и эмоциональная лабильность.

5. Результаты анализа способов урегулирования конфликтов по двухмерной модели урегулирования конфликтов К. Томаса показали, что у лиц с психическим выгоранием преобладала конкуренция, как стремление добиться удовлетворения своих интересов в ущерб другому (24%), и избегание, для которого характерно как отсутствие стремления к кооперации, так и отсутствие тенденции к достижению собственных целей.

6. Дисфункциональная личностная черта перфекционизм имеет сложную психологическую структуру, включающую наряду с высокими стандартами деятельности и притязаниями, параметры когнитивных искажений: восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания, постоянное сравнение себя с окружающими (персонализация), дихотомическую оценку результата деятельности и ее планирование по принципу «все или ничего» (поляризованное мышление), селективное информирования о собственных неудачах и ошибках (негативное селективное информирование).

7. Лица с депрессивными и тревожными расстройствами при синдроме психического выгорания характеризуются значимо более высокими показателями всех параметров перфекционизма, в сравнении с испытуемыми без СЭВ. У лиц с депрессивными расстройствами (по сравнению с таковыми с тревожными расстройствами) сильнее выражены когнитивные параметры перфекционизма: «восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с ними)» и негативное селективное информирование. Перфекционизм является относительно стабильной личностной чертой: при выходе из депрессивного состояния его показатели снижаются, однако, остаются повышенными в сравнении с показателями здорового контроля.

Литература:

1. Юрьева Л.Н. Гореть на работе, но не сгорать: современные направления профилактики и лечения синдрома выгорания у врачей. – *Здоров'я України* - №2 (13) червень 2010. – С.39.
2. Freudenberger H.J. Staff burn-out//*Journal of Social Issues*. – 1974. – V.30. – P. 159-165.
3. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 432 с.
4. (Kaplan H.J., Sadock V.J.) Каплан Г.И., Сэдок В.Дж. Клиническая психиатрия: Пер. с англ. с доп./под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М.: ГОЭТАР, 1998. – 505 с.
5. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Изд. МГУ, 1976. – 237 с.
6. Братусь Б.С. Аномалии личности. – М.: Изд. «Мысль», 1988. – 301 с.

7. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. – М.: МГУ, 1989. – 215 с.
8. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: МГУ, 1987. – 168 с.
9. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Эмоциональные расстройства и современная культура на примере соматоформных, депрессивных и тревожных расстройств // Московский психотерапевтический журнал. – 1999. – №2. – С.61-90.
10. Юдеева Т.Ю. Перфекционизм как личностный фактор депрессивных и тревожных расстройств: дисс. ... кандидата психологических наук. – М., 2007. – 275 с.
11. Sanderson W.C., Wetzler S., Beck A.T. & Betz F. Prevalence of personality disorder among patients with anxiety disorders. // *Psychiatry Reseach.* – Vol. 51, Issue 2, Feb. 1994. – P.167-174.
12. Corruble E., Ginestet D., Guelfi J. Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: A review. // *J. Affect. Disord.* – 1996. – Vol. 37. – P. 157-170.
13. Вертоградова О.П., Степанов И.Л., Банников Г.С., Коньков С.А. Роль личности в социально-психической дезадаптации при депрессиях // *Материалы международной конференции психиатров, Москва 16-18 февраля 1998.* – С.76-77.
14. Мосолов С.Н. Клиническое применение антидепрессантов. – СПб: Медицинское информационное агентство, 1995. – 565 с.
15. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е издание. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
16. Практическая психодиагностика. Методики и тесты/Сост. Д.Я. Рейгородский: Самара, 2000. – С. 161-169.

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ ПРИ СИНДРОМІ ПСИХІЧНОГО ВИГОРАННЯ

О.Г. Сиропятов, Н.О. Дзеружинська, О.М. Дзюба, Н.Г. Астафурова

Аналізується роль перфекціонізму у походженні тривоги та депресії при психічному вигоранні.

Ключові слова: стрес, тривога, депресія, перфекціонізм, психічне вигорання

CLINICAL MEANING OF PERFECTIONISM IN SYNDROME OF MENTAL BURNOUT

O.G. Syropyatov, N.A. Dzeruzhinskaya, O.M. Dzuba, N.G. Astafurova

Analysis of the role of perfectionism in origin of anxiety and depression with mental burnout.

Keywords: stress, anxiety, depression, perfectionism, mental burnout

УДК 616.831-006:616.89-008-036:159.9

В.В. Огоренко

ТИПОЛОГІЯ ВІДНОШЕННЯ ДО ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ З МЕЖОВИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ В СТРУКТУРІ КЛІНІЧНОЇ МАНІФЕСТАЦІЇ ПУХЛИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Дніпропетровська державна медична академія

Ключові слова: первинні пухлини головного мозку, межові психічні порушення, тип ставлення до хвороби, індивідуальна модель психотерапевтичної допомоги

Проблема взаємозалежності між онкологічними захворюваннями і психічними розладами, що впливають на тяжкість стану, ступінь дезадаптації, тривалість життя і комплаєнтність до традиційних методів лікування, розглядається багатьма дослідниками [1-4 та ін]. Факт діагнозу смертельної хвороби відбивається на психічному стані онкологічних хворих з будь-якою локалізацією пухлинного процесу - за даними літератури, кожен другий пацієнт страждає різними психічними порушеннями [5, 6], які в свою чергу вкрай негативно впливають на перебіг більшості онкологічних захворювань і сприяють настанню передчасної смерті [7]. Діагноз «пухлина головного мозку» не є винятком - це потужний стресовий фактор, який має надзвичайний по силі і тривалості психотравмуючий вплив на особистість хворого [8, 9]. Повідомлення про діагноз ПГМ викликає психологічне потрясіння і сприймається пацієнтом як крах майбутнього [9]. У багатьох випадках пухлини головного мозку (за даними різних авторів, від 40 до 100% спостережень) поєднуються з психічними розладами, які на ранніх стадіях форму-

вання пухлини найчастіше є єдиними клінічними проявами онкологічного захворювання [11-13 і др.]. Проблеми ранньої діагностики, лікування та реабілітації хворих при онкологічній патології головного мозку залишаються багато в чому не вирішеними. Добре відомо, що пухлини головного мозку, особливо злоскісні, в силу особливостей росту, характеризуються досить ранніми клінічними проявами, проте за даними різних авторів період між першими проявами захворювання та остаточною постановкою діагнозу становить від 24 до 1 місяця [12; 13 і др.]. Лікування ОГМ, особливо злоскісних, обмежується їх здатністю до інфільтративного росту з проростанням в зони мозку з високої функціональної значимістю і значною резистентністю до більшості методів лікування [14; 15]. Все це робить їх радикальне видалення скрутним. Однак саме ця біологічна властивість визначає лікувальну тактику, вибір методу і засібу хірургічного втручання, післяопераційні функціональні результати [16]. У наявній літературі немає переконливих даних, заснованих на багатоцентрових, рандомізованих дослід-