

## ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ

Деева М.А., Оленко Е.С., Барыльник Ю.Б., Киричук В.Ф., Кодочигова А.И., Додина К.А., Баженов В.А.

*Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского Министерства здравоохранения Российской Федерации», e-mail: olenco@mail.ru, margaritadeeva@yandex.ru.*

Обследовано 45 здоровых, социально активных женщин молодого возраста и у трети из них (33,3%) были выявлены различные пограничные психические состояния (ППС), в структуре которых преобладают тревожная и депрессивная реакции, обусловленные расстройством адаптации. Все обследованные женщины были осмотрены терапевтом и психиатром на предмет психосоматического здоровья. Они не имели вредных привычек, находились в одинаковых социальных условиях без отягощающих стрессогенных факторов. При психофизиологическом обследовании выявлено, что женщины с ППС, в сравнении с женщинами без ППС, отличаются своим психологическим статусом, они более конвенциональны, привержены к общепринятым канонам, обладающие узостью кругозора, комфортностью, уступчивостью, повышенной чувствительностью, впечатлительностью и добросердечием, способностью к эмпатии (сопереживанию), с высоким уровнем идентификации со своим социальным статусом.

Ключевые слова: здоровые женщины, пограничные психические состояния.

## PSYCHOPHYSIOLOGICAL PERSONALITY TRAITS IN YOUNG WOMEN WITH BORDERLINE MENTAL STATE

Deeva M.A., Olenko E.S., Baryl'nik Y.B., Kirichuk V.F., Kodochigova A.I., Dodin K.A., Bazhenov V.A.

*State Educational Institution of Higher Professional Education "Saratov State Medical University named after VI Razumovsky Ministry of Health of the Russian Federation " University, e-mail: olenco@mail.ru, margaritadeeva@yandex.ru*

The study involved 45 healthy, socially active young women and one-third of them (33.3%) were identified various borderline mental state, the structure of which is dominated by anxiety and depressive reaction, adjustment disorder caused. All surveyed women were examined by a therapist and a psychiatrist. When psychophysiological examination revealed that women with borderline mental state, compared with women without borderline mental state, are notable for their psychological status, they are more than are conventional, are committed to the generally accepted canons of possessing narrow horizons, comfort, compliance, increased sensitivity, impressionability the ability to empathy (empathy), with a high level of identification with their social status.

Keywords. Healthy women, borderline mental state.

Среди различных слоев населения пограничные психические состояния (ППС) встречаются с различной частотой, к одной из уязвимых категорий относятся социально и экономически значимая группа лиц молодого возраста[10]. Следует заметить, что молодой возраст строится вокруг кризиса идентичности, состоящего из серии социальных и индивидуально-личностных выборов, идентификаций и самоопределений, что может сопровождаться непсихотическими пограничными состояниями[15]. Для теоретической и практической медицины в последние десятилетия характерно повышенное внимание к изучению ППС, методов их лечения и профилактике, что связано с ростом их во всем мире.

По результатам исследований ВОЗ, ППС обнаруживаются у 10% населения развитых стран мира[2]. В основном это объясняется перенапряжением, обусловленным относительным несоответствием темпов научно-технического прогресса и, связанные с ним изменения во всех областях человеческой деятельности, с одной стороны, и совершенствованием адаптации – с другой[9]. Общепринятой типологии людей, склонных к ППС, с учетом их различных клинических форм и вариантов, не выявлено. Попытки их исследования проводились на протяжении всего периода развития учения о пограничных формах нервно-психических расстройств. Распространенность ППС среди мужчин и женщин составляет примерно 1:4, что объясняется, в основном, малой обращаемостью мужчин к специалистам[2]. В связи с чем, изучение психофизиологических особенностей личности у молодых женщин с ППС, представляется актуальным, что и явилось целью данной работы.

#### **Объекты и методы исследования**

В исследование вошло 45 молодых женщин (n= 30 без ППС; n=15 с ППС), средний возраст которых составил  $20,4 \pm 2,1$  лет. Все обследованные женщины были осмотрены терапевтом и психиатром на предмет психосоматического здоровья. Они не имели вредных привычек, находились в одинаковых социальных условиях без отягощающих стрессогенных факторов.

Психофизиологическое обследование проводилось на персональном компьютере, с помощью программного обеспечения «Психо-тест». Использовался Сокращенный Многофакторный Опросник для исследования Личности (СМОЛ), имеющий большое практическое значение для диагностики ППС[1]. Этот метод позволяет определить степень социально-психологической адаптированности личности, её особенности, вид реакции на стресс, механизмы психологической защиты, сохраняя высокую степень объективности (за счет оценочных шкал). Неоспоримым достоинством метода является его возможность вскрывать основные механизмы психологической защиты, которые используют пациенты[3]. Использовался опросник К. Леонгарда, предназначенный для выявления типов акцентуаций характера. Опросник включает в себя 88 прямых вопросов, на которые надо ответить положительно либо отрицательно. Оценивается 10 шкал, соответствующих определенным акцентуациям характера. Полученные результаты записываются в виде графика и судить о диагностически значимых акцентуациях можно тогда, когда профиль выходит за пределы от 6 до 18 единиц. При оценке тревожности использовался метод Ч.Д. Спилбергера (1983), в модификации Ю. Л. Ханина (1976), основным достоинством которого является возможность разграничения реактивной тревожности (динамического свойства) и личностной тревожности (устойчивой характеристики личности). Именно возможность разграничения этих двух психологических характеристик и послужило основанием её выбора. Для

исследования уровня невротизации (УН) применялся метод, разработанный К. Хеком и Х. Хессом (1978). Для изучения уровня депрессии (УД) использовался метод дифференциальной диагностики наличия депрессивных состояний В. Зунге, адаптированный Т.Н. Балашовой (1988). Метод позволяет дифференцированно диагностировать депрессивные состояния и состояния близкие к депрессии. Уровень депрессии диагностируется от состояния без депрессии до истинного депрессивного состояния, включая промежуточные состояния: мягкой депрессии ситуативного или невротического генеза, субдепрессивного состояния.

Для изучения психического статуса использовался клинико-психопатологический метод исследования [6; 7]. Данный метод является основным в клинической психиатрии и включает: беседу; динамическое наблюдение; клинико-психопатологический эксперимент.

Оценка психического статуса традиционно начинается с определения верности ориентировки испытуемого в пространстве, времени и собственной личности. Далее переходят к исследованию познавательной, эмоциональной и двигательной-волевой сфер [14]. Для оценки данных сфер в совокупности использована разработанная J.F. Overall и D.Gorchem (1962) короткая психиатрическая оценочная шкала (Brief Psychiatric rating Scale — BPRS). В стандартной версии данная шкала содержит 18 психопатологических (психотических) признаков, оцениваемых в 7 градациях тяжести. Это сокращенный вариант Шкалы оценки психического статуса (Present state examination — PSE), которая была разработана ВОЗ в 1973 г. для оценки психических нарушений в статусе больного на основании его стандартизированного опроса. Следует отметить, что применение полной формы PSE - трудоемко для пациентов (140 симптомов, расположенные более чем в 20 разделах), занимает длительное время, исключая данную шкалу в использовании во время скрининга.

На основании анализа, оценки и синтеза полученных сведений формируются выводы о психическом здоровье или заболевании. В данном исследовании конечной задачей клинико-психопатологического исследования является установление формы пограничного психического состояния.

Анализ результатов клинических исследований проводился методами математической статистики с помощью пакета прикладных программ "STATGRAF Plus for Windows 6,0". С целью выбора дальнейшей методики анализа полученных параметров произведена проверка нулевой гипотезы о соответствии их закону нормального распределения на основе вычисления критерия Шапиро-Уилка. Выявлено, что изучаемые показатели не описываются законом нормального распределения, поэтому дальнейшие исследования зависимостей производились методами непараметрической статистики. Сравнения переменных

выполнялись при помощи критерия парных сравнений Вилкоксона Сравнение групп проводилось с использованием U-критерия Манна-Уитни. Данные представлены в виде  $M \pm \sigma$  для средних и в виде медианы (Me) и значений квартильного диапазона (25%, 75%) для выборок. Надежность используемых статистических оценок принималась не менее 95.

### **Результаты исследований и их обсуждение**

Анализ полученных результатов показал, что у трети здоровых женщин (33,3%; n=15) выявляются различные ППС. В их структуре были представлены: соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3 по МКБ-10) с предболезненными недифференцированными состояниями (n=3); кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.20 по МКБ-10, n=6); смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.22 по МКБ-10, n=6).

Результаты психофизиологического исследования показали, что у здоровых женщин с ППС и без них определяется одинаково высокий пик по шкале С6-паранойяльности СМОЛ с одновременным резким снижением значений по шкале С7-психастении, что характерно для лиц с выраженной ригидностью мышления, жестокостью, ситуативной межличностной конфликтностью, обидчивостью, упрямством и некоторой наивностью. При этом они не озабочены состоянием своего здоровья, успешно решают бытовые трудности за счет аффективной захваченности, используя множественные адаптивные формы поведения[3]. Кроме того, у женщин без ППС преобладал экзальтированно-демонстративный тип характера, по К. Леонгарду, выявляющий контактную личность, стремящуюся к вниманию, лидерству, склонную к конфликтам и паникерству. У женщин с ППС наблюдается существенное повышение значений шкалы Л3-циклотимности ( $p=0,03$ ), Л5-эмотивности ( $p=0,04$ ), по К. Леонгарду, в структуре смешанного гипертимно-экзальтированно-эмотивного типа характера. Полученные результаты также выявили существенное увеличение уровня депрессии у женщин с ППС ( $p=0,05$ ), в сравнении с женщинами без них.

### **Заключение**

Таким образом, женщины с ППС, в сравнении с женщинами без ППС, более конвенциональны, привержены к общепринятым канонам, обладающие узостью кругозора, комфортностью, уступчивостью, повышенной чувствительностью, впечатлительностью и добросердечием, способностью к эмпатии (сопереживанию), с высоким уровнем идентификации со своим социальным статусом. Кроме того, им свойственны резкие смены настроения, высокая контактность в сочетании с жадой деятельности, высокой активностью, предприимчивостью. Их поступки и действия со стороны кажутся немотивированными, а поведение трудно предсказуемо. При определенных настроениях у них снижается уровень работоспособности, даже мелкие неприятности «выбивают из колеи»,

неудачи тяжело переживаются. Любая критика в такой стадии вызывает внутриличностный конфликт со склонностью к депрессии.

### **Выводы**

1. У трети (33,3%, n=15) здоровых женщин выявляются различные ППС, в структуре которых преобладают тревожная и депрессивная реакции, обусловленные расстройством адаптации.

2. У женщин с ППС и без них личностный профиль СМОЛ не имеет существенных различий и указывает на наличие ригидности мышления, ситуативной межличностной конфликтности, обидчивости, упрямства, изобретательности, искренности и некоторой наивности.

3. Женщины без ППС имели экзальтированно-демонстративный тип характера, выявляющий контактную личность, стремящуюся к вниманию, лидерству, склонную к конфликтам.

4. У женщин с ППС чаще выявлялся смешанный гипертимно-экзальтированно-эмотивный тип характера с высокой контактностью, активностью, предприимчивостью в сочетании с жадой деятельности и существенным повышением уровня депрессии ( $p=0,05$ ).

### **Список литературы**

1. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства: учебное пособие / Ю.А. Александровский. – М.: ГЕОТАРМЕД, 2000. – 496 с.
2. Александровский, Ю.А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства (этиология, патогенез, специфические и неспецифические симптомы, терапия) / Ю.А. Александровский. – М.: Литтерра, 2010. – 272 с.
3. Березин, Ф.Б. Русский модифицированный вариант теста ММРІ и его применение в психиатрической практике / Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников. – М.: Наука, 1969. – 337 с.
4. Березин, Ф.Б. Методика многостороннего исследования личности / Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников, Е.Д. Соколова. – М.: Фолиум, 1994. – 176 с.
5. Березин, Ф.Б. Эмоциональный стресс и психосоматические расстройства. Подходы к терапии / Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников // *Materia medica*. – 1996. – № 1(9). – С. 29–56.
6. Жмуров В.А. Большая энциклопедия по психиатрии. – М.: Джангар, 2010. – 864 с.
7. Жмуров В.А. Большая энциклопедия по психиатрии, 2-е изд., 2012 г. // Национальная психологическая энциклопедия. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vocabulary.ru/dictionary/978/word/kliniko-psihopatologicheskii-metod-isledovaniya>
8. Зайцев, В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult / В.П. Зайцев // Психологический журнал. – 1981. – № 3. – С. 118–123.

9. Семке, В.Я. Психосоциальные и биологические факторы психической дезадаптации (на модели невротических расстройств) / В.Я. Семке, Е.В. Гуткевич, С.А. Иванова – Томск, 2008. – 204 с.
10. Семке, В.Я. Качество жизни молодежи народов Сибири как системный показатель уровня стрессоустойчивости / В.Я. Семке, С.А. Богомаз, Т.Г. Бохан // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 2. – С. 94–98.
11. Собчик, Л.Н. СМИЛ (ММРІ) Стандартизированный многофакторный метод исследования личности / Л.Н. Собчик. – СПб: Речь, 2006. – 224 с.
12. Спилбергер, Ч.Д. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги / Ч.Д. Спилбергер // Стресс и тревога в спорте: Междунар. сб. науч. ст. – Сост. Ю.Л. Ханин. – М.: Физкультура и Спорт, 1983. – С. 12–24.
13. Райгородский, Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д.Я. Райгородский – Самара: Издательский дом «Бахрах», 1998. – 672 с.
14. Тиганов, А.С. Руководство по психиатрии. Под ред. академика РАМН А.С. Тиганова / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др. – М.: Медицина, 1999. – Т. 2. – 712 с.
15. Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис . Пер. с англ. / Э. Эриксон. – М.: Флинта. – 2006. – 342 с.

**Рецензенты:**

Понукалина Е.В., д.м.н., профессор, профессор кафедры нормальной физиологии им. И.А. Чуевского ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов;

Оруджев Н.Я., д.м.н., профессор, кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии факультета усовершенствования врачей Волгоградского государственного медицинского университета, г. Волгоград.