

На правах рукописи

ПОТЕМКИНА

Елена Анатольевна

**ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК
И СИМПТОМАТИКА НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

Специальность: 19.00.04 — медицинская психология

14.01.06 — психиатрия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Санкт Петербург

2012

Работа выполнена в Уральской государственной медицинской академии

Научные руководители: доктор медицинских наук

Кремлева Ольга Владимировна,

доктор медицинских наук

Круглов Лев Саввич

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения реабилитации психоневрологических больных Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева
Михайлов Владимир Алексеевич,
доктор медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова
Пашковский Владимир Эдуардович

Ведущая организация: Сибирский государственный медицинский университет

Защита диссертации состоится 28 июня 2012 года в 10 часов 30 минут на заседании диссертационного Совета (Д 208.093.01) по защите докторских и кандидатских диссертаций при Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева по адресу: 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Автореферат разослан 28 мая 2012 г.

Ученый секретарь Диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

Чехлатый Евгений Иванович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Несмотря на повышение рождаемости в последние годы, в России сохраняется демографический кризис. Одной из его ведущих причин являются болезни репродуктивной системы. В последние годы наблюдается рост числа гинекологических заболеваний по всем нозологическим формам. Воспалительными заболеваниями страдают до 60% женщин репродуктивного возраста (Сухих Г.Г., Адамян П.В., 2007). Эти заболевания существенно повреждают репродуктивную функцию (Лихачев В.К., 2007; Овсянникова Т.В. и др., 2007). Частота миомы матки составляет до 30% у женщин репродуктивного возраста, и около половины из них подвергаются радикальному оперативному лечению (Кулагина Н.В., 2008). Частота бесплодных браков в России превышает 15%, что по данным ВОЗ, является критическим уровнем (Кулаков В.В., Фролова О.В., 2004).

Соматическая болезнь обусловлена не только биологическими факторами, но также окружающей средой и социальными условиями (Карвасарский Б.Д. и др., 1999). Современная медицина рассматривает заболевания с позиции биопсихосоциальной модели болезни и лечения (Незнанов Н.Г., Карвасарский Б.Д., 2008). Исходя из биопсихосоциальной модели, психосоциальные факторы играют роль в течении любого расстройства, а также в лечении и реабилитации (Кремлева О.В., 2007).

Некоторые варианты соматической патологии являются мощным психотравмирующим фактором, который может затруднить осуществление лечебного процесса и снижать его результативность (Круглов Л.С., 1998). Продолжительное гинекологическое заболевание существенно изменяет всю социальную ситуацию жизни женщины и уровень ее психического функционирования (Стругацкий В.М. и др., 1993; Савельева И.С., 1999; Серов и др., 2007; Hart V.A., 2002). У многих пациенток этот психологический дискомфорт достигает уровня диагностируемого психического расстройства. (Семенова О.К. и др., 2001; Васильева В.В. и др., 2005; Кулаков В.И. и др., 2007; Кулагина Н.В., 2008; Кулакова Е.В., 2008; Мавров Г.И., 2008; Hart V.A., 2002).

Тяжесть течения гинекологического заболевания, его хронизация, наличие осложнений, частота обострений во многом зависят от психического состояния больных, наличия личностно значимых социальных стрессовых ситуаций, личностных особенностей пациенток (Бройтигам В., 1999; Дейнека Н.В. и др., 2001; Васильева В.В. и др., 2005; Брин И.Л., 2007; Федорова А.И., 2007; Кулагина Н.В., 2008; Михельсон А.Ф. и др., 2008; Дюкова Г.М., 2009; Маркова М.В., 2009; Hart V.A., 2002; Domar A.D. et al., 1992; Matsubayshi H. et al., 2001). Понятия личность и болезнь при соматическом заболевании в исследовательской практике созависимы (Вассерман Л.И., 2010). Личность пациента при психосоматических заболеваниях может быть в центре причин их возникновения и сохранения, а также лечения, прежде всего психотерапии. Для целостного понимания больного необходимо иметь в виду систему психической адаптации (Ташлыков В.А., 1997). Существенной частью психологической адаптации являются копинг-механизмы с учетом их важной роли в понимании патогенеза и выборе наиболее адекватных психотерапевтических подходов и психопрофилактических мероприятий (Карвасарский Б.Д. и др., 1999).

Таким образом, наличие психического расстройства, некоторые личностные особенности и особенности психической адаптации больных хроническими гинекологическими заболеваниями могут оказывать существенное влияние на течение соматического заболевания, однако своевременное выявление больных, нуждающихся в лечении у психотерапевта, представляет определенные трудности на соматическом приеме.

Цель исследования: совершенствование комплексного лечебно-реабилитационного процесса при коморбидности хронической гинекологической патологии с непсихотическими психическими нарушениями за счет формирования представлений о медико-психологических и клинико-психопатологических характеристиках этих пациенток.

Задачи исследования:

1. Изучить частоту и структуру психических расстройств у женщин с хроническими гинекологическими заболеваниями.

2. Выделить основные социо-демографические, клинические и психологические факторы, ассоциированные с психическими нарушениями у женщин с хроническим гинекологическим заболеваниями.

3. Проанализировать влияние формы хронического гинекологического заболевания на вероятность развития и клинический вариант коморбидного психического расстройства.

4. Определить личностные особенности, ассоциированные с хронической гинекологической патологией, в рамках гуманструктуральной модели личности.

5. Определить выраженность личностных черт экстраверсии / интроверсии и нейротизма, а также алекситимических характеристик при хронических гинекологических заболеваниях.

6. Определить особенности копинг-поведения у больных хроническими гинекологическими заболеваниями.

7. Проанализировать взаимосвязи клинических и медико-психологических показателей, отражающих характеристики хронических гинекологических заболеваний.

8. Выделить «мишени» психотерапевтического воздействия у пациенток с хронической гинекологической патологией.

Научная новизна исследования. В работе впервые представлена основанная на критериях современной классификации МКБ-10 и полученная с использованием стандартизованных методов обследования характеристика непсихотических психических расстройств у пациенток с хронической гинекологической патологией. Показано значительное место расстройств адаптации в контингенте этих больных. Причем в данной связи выявлена существенная стрессорная роль не только самого фактора гинекологической патологии, но и дисгармоний в сфере межличностных взаимоотношений. Установлено значительное место в симптоматике расстройств адаптации депрессивных и тревожных проявлений, а также наличие последних в структуре характеристик личностных отклонений изученных больных. Проанализированы корреляционные

соотношения установленных непсихотических психических расстройств с конкретными вариантами гинекологической патологии и выявлены соответствующие значимые показатели взаимосвязи между расстройствами адаптации и наличием бесплодия. Обнаружены личностные факторы уязвимости и некоторые особенности адаптации женщин к хроническим гинекологическим заболеваниям, ассоциированные как с наличием гинекологической патологии в целом, так и с разными формами гинекологических расстройств. Нарушения в этих сферах выделены в качестве неспецифических и специфических «мишеней» психотерапии.

Практическая значимость исследования. Полученные в исследовании результаты оптимизируют целенаправленность психопрофилактических вмешательств, направленных на снижение психологической уязвимости женщин репродуктивного возраста с гинекологической патологией. Проведенный анализ структуры психических расстройств и психологических особенностей женщин с хроническими гинекологическими заболеваниями позволяет точнее определять мишени и соответствующие им стратегии психотерапии в комплексном лечении и реабилитации.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 5 научных работ, из них 3 статьи в изданиях, внесенных в перечень ВАК для опубликования основных научных результатов кандидатских диссертаций.

Реализация полученных данных. Материалы исследования используются в женских консультациях и гинекологическом отделении МУ Городской клинической больницы № 7 г. Екатеринбурга, в учебных программах на кафедре психиатрии ФПК и ПП Уральской государственной медицинской академии, кафедре психологии ИППК Уральского Федерального университета, кафедре психологии личности и психологического консультирования факультета социальной психологии Гуманитарного университета (Екатеринбург).

Апробация работы. Основные положения диссертации докладывались, обсуждены и одобрены на IV Паназиатском конгрессе «Психотерапия и консультирование в эпоху перемен» (Екатеринбург, 18-20 мая 2007г.); на научно-

практических конференциях Свердловского Общества психиатров (Екатеринбург, 2008, 2009, 2010 гг.).

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Коморбидность хронических гинекологических заболеваний и непсихотических психических нарушений характеризуется значительной частотой. При этом указанные психические нарушения могут выражаться в расстройствах адаптации вследствие реакции на соматическую патологию, но нередко обуславливаются стрессовым влиянием межличностных взаимоотношений или представляют из себя расстройство личности.

2. В структуре как адаптационных, так и личностных патологических проявлений у пациенток с хронической гинекологической патологией основные положения занимают компоненты тревоги, гипотимии, пассивности и неуверенности в себе.

3. Конкретные медико-психологические характеристики пациенток с хроническим гинекологическим заболеваниями включают отклонения в виде комплекса высокой тревожности, зависимых черт, сниженного уровня психической активности личности, алекситимических проявлений.

4. С увеличением продолжительности соматического заболевания отмечается снижение способности в адекватной самооценке. В то же время длительное течение гинекологической патологии обуславливает формирование и определенных компенсаторных психологических механизмов.

5. В структуре совладающего поведения отмечается широкий спектр когнитивных и поведенческих копинг-стратегий при недостаточности адаптивных стратегий в эмоциональной сфере.

6. В комплексе клинико-психопатологических феноменов и особенностях медико-психологических характеристик пациенток с хроническими гинекологическими заболеваниями могут быть выделены неспецифические и специфические «мишени» для психотерапевтического воздействия.

Структура и объем работы. Объем диссертации 201 страница текста компьютерного набора. Диссертация состоит из введения, 4 глав, заключения,

выводов, списка использованной литературы, приложений. Указатель литературы включает 333 источника, из них 157 на русском и 176 на иностранных языках. Работа иллюстрирована 50 таблицами и 4 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал исследования. В соответствии с поставленной целью и задачами в период 2006-2007 года исследована 151 женщина в возрасте от 18 до 50 лет, из них - 101 пациентка с хронической гинекологической патологией (основная группа), 50 женщин без диагностированной гинекологической патологии (контрольная группа). Группы сопоставимы по полу, возрасту, уровню образования, уровню трудовой занятости и семейному положению.

Основная группа. Методом сплошной выборки включена в исследование 101 пациентка, находящаяся на стационарном лечении в плановом гинекологическом отделении общесоматической городской больницы (ГКБ № 6). Критерии включения в исследование: возраст 18-50 лет; наличие хронического гинекологического заболевания (хронические воспалительные заболевания: хронический аднексит в стадии обострения; хронический эндометрит); бесплодие (первичное и вторичное трубного и гормонального генеза); гиперпластические заболевания матки (миома матки, эндометриоз, гиперплазия и полипы эндометрия, повторно выявленные). Критерии исключения: возраст младше 18 лет и старше 50 лет; наличие онкологического заболевания и психотических расстройств; впервые выявленное гинекологическое заболевание продолжительностью менее 1 года.

Изучался социально-демографический, соматический, психический и психологический статус больных основной группы.

Средний возраст женщин основной группы $35,57 \pm 1,77$ (18,0÷50,0) лет. Более половины (53%) пациенток основной группы на момент исследования имели высшее образование, большинство (82%) сохраняли трудовую занятость, 73% состояли в браке. 40% женщин основной группы, находясь в репродуктивном возрасте, на момент исследования не имели детей. Из них 21% пациенток имели соматические трудности с зачатием и вынашиванием беременности, 19%

пациенток выражали нежелание иметь ребенка в данный период жизни из-за социальных трудностей.

Соматический (гинекологический) статус оценивался лечащим гинекологом отделения. Для настоящего исследования учитывались диагноз и продолжительность гинекологического заболевания (распределенная по интервальной шкале). Для анализа пациентки были объединены в группы по гинекологическим диагнозам на основе сходства патогенетических механизмов и патоморфологических характеристик. В выборке пациенток с гинекологической патологией преобладали больные с воспалительными заболеваниями (37,2%), почти столько же пациенток имели гиперпластические заболевания матки (36,4%), и на третьем месте по количеству – группа пациенток с бесплодием (17,0%). В целом доля каждой группы диагнозов в распределении приближалась к таковой в популяции (Лихачев В.К., 2007). Продолжительность заболевания выявлялась при сборе анамнеза и на основе данных истории болезни и других медицинских документов. Средняя продолжительность гинекологических заболеваний в исследованной группе $4,8 \pm 0,8$ года. Более половины (55%) пациенток исследованной группы страдали на момент исследования гинекологическим заболеванием 4 и более года, еще четверть (25%) – от года до трех лет, и только 20% пациенток больны 1 год.

Контрольная группа. В качестве контрольной группы исследована выборка 50 здоровых женщин (без диагностированного гинекологического заболевания на момент исследования), обращавшихся в женскую консультацию на профилактический осмотр. Средний возраст женщин контрольной группы $35,19 \pm 2,68$ (18,0÷50,0) лет. Основная и контрольная группа сопоставимы по полу (все участники исследования – женщины), возрасту ($t=0,189$, $p>0,05$), уровню образования (ОГ/КГ высшее образование 52,5% / 52% соответственно, $S_{bin} 5,17/ 7,35$, $p>0,05$), уровню трудовой занятости (ОГ/КГ работали 82% / 84% соответственно, $S_{bin} 3,82/5,18$, $p>0,05$), семейному положению (ОГ/КГ замужем 73% / 78% соответственно, $S_{bin} 4,41/5,85$, $p>0,05$).

Методы исследования. В ходе исследования применялись клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, экспериментально-психологический и статистический методы.

Клиническое психиатрическое исследование включало клинико-анамнестический, клинико-психопатологический методы и использование стандартизованных методов исследования. Исследование психического состояния больных проводилось посредством неструктурированного наблюдения и клинического интервью. Заключение выражалось клиническим диагнозом в соответствии с исследовательскими диагностическими критериями МКБ-10. Для гинекологических больных, страдающих нарушением адаптации (F43.2) дополнительно проводилась диагностика методикой SCL-90 для оценки выраженности психопатологической симптоматики. Для личностных расстройств (F 60.) дополнительно учитывались данные Я-структурного теста Аммона.

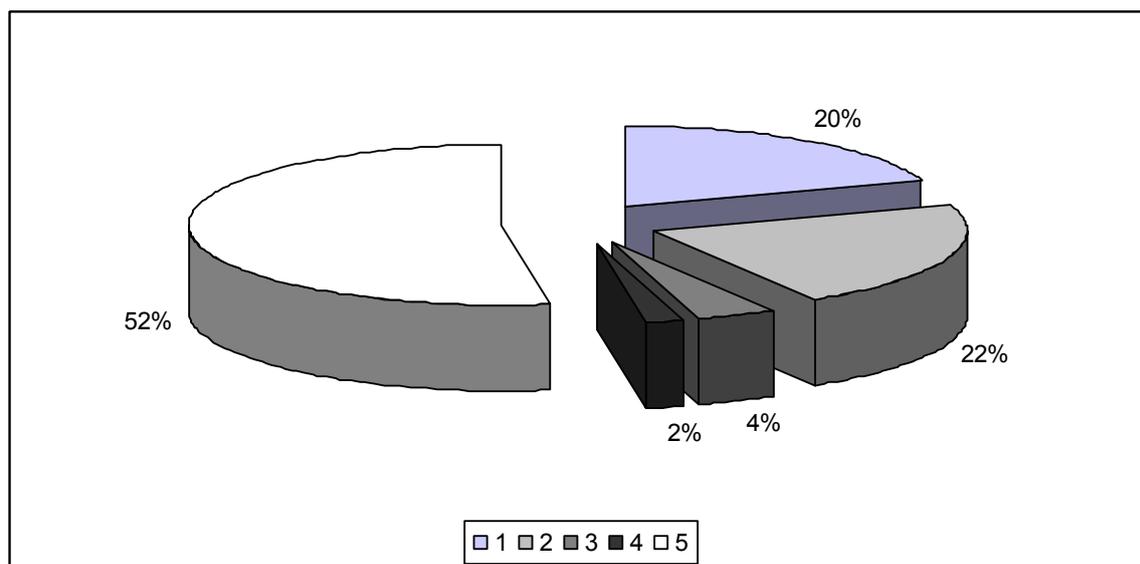
Экспериментально-психологическое исследование включало сравнительный, корреляционный и регрессионный анализ. Комплекс стандартизованных методик включал: Я-структурный тест Аммона (ISTA) (русскоязычная версия разработана Тупицыным Ю.Я., Бочаровым В.В., Алхазовой Т.В. и др., 1998); методику оценки психического здоровья (МОПЗ) (Тупицын Ю.Я., Бочаров В.В. и др., 2000); Торонтскую шкалу алекситимии ТАС, адаптированную в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (Ересько Д.Б., Иссурин Г.Л., Кайдановская Е.В. и др. 2005); личностный опросник Айзенка (EPI) (Личностный опросник (адаптированный вариант методики Айзенка): форма Б: методические рекомендации / НИИ психиатрии им. Бехтерева, 1994); методику определения копинг-поведения Э. Хайма (E. Heim) (Карвасарский Б.Д., Абабков В.А. и др., 1999); опросник SCL-90 (Абабков В.А., Иссурин Г.Л., Кайдановская Е.В. и др., 2004).

Статистические методы исследования. Формализованные данные исследования вносились как переменные в базу статистического пакета Vortex 8.0 в виде 1 файла (всего сформирован 151 документ). Сравнение средних значений проводилось на основе критерия Стьюдента при условии нормальности распре-

деления, сравнение качественных переменных - с помощью критерия Фишера, корреляционный и регрессионный анализ - на основе коэффициентов корреляции V Крамера, F, γ и Пирсона, множественной корреляции R, детерминации - R-квадрат и коэффициента регрессионного уравнения бета.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При клиническом исследовании психиатра психические расстройства непсихотического уровня выявлены у 47,5% женщин с хроническими гинекологическими заболеваниями (ХГЗ). В спектре выявленных психических расстройств преобладают пограничные: расстройства адаптации, специфические расстройства личности и невротические расстройства (вместе – выявлены у 45,5 % гинекологических больных). У 2% пациенток выявлены органические психические расстройства. Данные о распределении больных с ХГЗ по группам психиатрических диагнозов представлены на рис. 1.



Примечание: 1 – Специфические расстройства личности (F 60.); 2 – Реакция на тяжелый стресс и расстройства адаптации (F43.2); 3 – Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F 41.2); 4 – Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга (F 06.); 5 – психически здоровы.

Рис. 1. Распределение больных с хроническими гинекологическими заболеваниями по группам психиатрических диагнозов (n=101).

В общей выборке больных ХГЗ выявлено преобладание пациенток с расстройствами адаптации (F 43.2) – 21,8% больных ХГЗ и специфическими расстройствами личности (компенсированными) (F60.) – 19,7%.

Расстройства адаптации (F 43.2) диагностированы у 22 больных (21,8%). В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, диагноз F 43.2 был поставлен пациенткам, у которых аффективные симптомы начинались в течение месяца после идентифицируемого психосоциального стресса, не относящегося к катастрофическому типу. Реакция на стресс (дистресс) включала тревожные и депрессивные симптомы, у некоторых пациенток – вспышки раздражительности и гнева, субъективное чувство неспособности справиться с возникшей ситуацией, некоторое снижение продуктивности в повседневных делах. На момент консультации психиатра ситуации оставались неразрешенными и сохраняли для больных высокую субъективную значимость.

Таблица 1

Клинические симптомы расстройств адаптации в группе больных хроническими гинекологическими заболеваниями

Симптомы расстройств адаптации	F 43.21 (n = 7; 100%)	F 43.22 (n = 12; 100%)	F 43.23 (n = 3; 100%)
Снижение настроения	7(100%)	12(100%)	3(100%)
Беспокойство	3(40%)	12(100%)	3(100%)
Раздражительность	1(15%)	5(40%)	3(100%)
Эмоциональная неустойчивость	2(30%)	12(100%)	3(100%)
Чувство безнадежности	2(30%)	5(40%)	3(100%)
Страх социального осуждения	3(45%)	9(75%)	0(0%)
Астенические симптомы	5(85%)	10(80%)	3(100%)
Диссомнические симптомы	2(30%)	8(70%)	3(100%)
Нарушения пищевого поведения	3(45%)	5(40%)	3(100%)

Примечание: общее количество симптомов в каждой колонке превышает указанное количество пациентов вследствие разнообразия сочетаний.

В спектре расстройств адаптации преобладают Смешанная тревожная и депрессивная реакция (12,2% больных ХГЗ), пролонгированная депрессивная реакция (7% больных ХГЗ); у 3% выявлено расстройство адаптации с нарушением других эмоций. В клинической картине расстройств адаптации преобладают тревожный и депрессивный синдромы. Наиболее часто встречающиеся стрессовые события, связанные с началом расстройств адаптации у больных с гинекологической патологией – хронизация гинекологического заболевания и межличностные проблемы. В корреляционном анализе психических расстройств и социодемографических показателей выявлена ассоциация наличия расстройств адаптации с наибольшим количеством разведенных (V Крамера=0,365, $p \leq 0,05$) и большим количеством бездетных (V Крамера=0,421, $p \leq 0,01$). С целью уточнения выраженности психопатологической симптоматики у больных расстройствами адаптации проведена диагностика методикой SCL-90.

Значения клинических шкал распределились по степени убывания следующим образом: INT=1,02±0,08, DEP=0,98±0,08, ANX=0,86±0,09, O-C=0,85±0,07, NOS=0,72±0,08, PAR=0,56±0,07, SOM=0,51±0,06, PSY=0,32±0,08, РНОВ=0,19±0,11. Средние значения по шкалам депрессии, межличностной тревожности и тревожности значимо ($p \leq 0,001$) выше в сравнении нормативными данными для здоровых лиц (Абабков В.А., Иссурин Г.Л., Кайдановская Е.В. и др., 2004), в то же время показатели по шкалам соматизации, обсессивно-компульсивных расстройств, враждебности, фобической тревожности, паранойяльной симптоматики, психотизма находятся в нормативном диапазоне.

Специфические расстройства личности (F 60.) диагностированы у 20 больных. В соответствии с неспецифическими (общими) диагностическими критериями, к данному диагнозу отнесены больные, у которых дезадаптивные личностные черты, проявляющиеся во внутренних переживаниях и поведении, являются стойкими, снижают социальное приспособление и вызывают субъективный дистресс. Эти особенности проявлялись в эмоционально-волевой, межличностной и когнитивной (представления о себе и других, восприятие и оценка событий) сферах (критерий G1) в широком диапазоне личностных и соци-

альных ситуаций (G2), в связи с чем больные переживали личностный дистресс (G3), из анамнеза пациенток установлено, что отклонение является длительным, с началом в старшем детском или подростковом возрасте (G4), у больных не выявлено других психических расстройств зрелого возраста (G5), а также органических заболеваний, травм и дисфункций головного мозга (G6).

Степень тяжести специфических расстройств личности оценена с учетом основных характеристик ощущения Я (Каплан Г.И. и др., 1994). В исследуемой группе 18 больных с личностными расстройствами отнесены к легкой (компенсированной) степени расстройства, поскольку их самоощущение имело негативную окраску, но характеризовалось стабильностью и структурной цельностью. Двое больных отнесены к средней тяжести ЛР, (больные с тревожным расстройством личности), при клинической диагностике в соответствии с исследовательскими критериями МКБ-10 эти же пациентки набрали наибольшее количество критериев – 6 общих и 6 специфических критериев расстройства личности.

Все выявленные специфические расстройства личности относятся к расстройствам с проявлениями тревоги и страха.

Диагноз зависимого расстройства личности (F 60.7) был установлен у 11 пациенток, выявивших от 4 до 6 общих критериев расстройств личности (G) и не менее 4 специфических критериев зависимого расстройства личности. Все пациентки с F 60.7 отнесены к легкой степени личностного расстройства. Диагноз тревожного расстройства личности (F 60.6) установлен у 7 больным, при этом у 5 из них – легкой степени выраженности. Эти пациентки состояли в стабильном браке, их тревожность и избегание были умеренно выражены, а дистресс и снижение социального функционирования - минимальными. Две больные с тревожным расстройством личности отнесены к умеренно выраженной степени расстройства: у них с подросткового возраста были выражены черты интровертированности, стабильно заниженной самооценки, неуверенности, скованности в межличностном общении. Обе больные никогда не состояли в браке и не имели детей. У них не было близких друзей, сохраняя отношения

только с узким кругом ближайших родственников, даже с ними они общались крайне редко из-за опасения быть навязчивыми и отвергаемыми, хотя испытывали потребность в общении. Во взрослом возрасте эти больные имели периоды ярко выраженных социофобий с эпизодами панических атак.

У 2 больных диагностировано ананкастное расстройство личности (F60.5) легкой степени (компенсированное).

Клинические данные подтверждаются психодиагностически: в корреляционном анализе связей психиатрических диагнозов с психодиагностическими показателями установлена значимая ($p \leq 0,05$; $p \leq 0,01$) позитивная связь высоких баллов по всем деструктивным и дефицитарным шкалам ISTA, интегральным шкалам деструктивности и дефицитарности МОПЗ, высокого балла алекситимии с наличием специфического расстройства личности. При сравнительном анализе наиболее существенные и значимые психодиагностические отличия больных с хроническими гинекологическими заболеваниями и специфическими расстройствами личности от гинекологических больных с расстройствами адаптации - высокие значения по шкале деструктивной тревоги и дефицитарным шкалам агрессии, внешнего Я-отграничения, внутреннего Я-отграничения, сексуальности (ISTA), высокий балл алекситимии.

Около половины пациенток с хроническими гинекологическими заболеваниями (52,5%) диагностированные как психически здоровые, при психиатрическом интервью предъявляли жалобы на супружеские, детско-родительские и другие проблемы, которые были оценены по Z-кодам приложения МКБ-10. Преобладали проблемы, связанные с семьей (55,2%), с работой - 21,0%, акцентуированные личностные черты (12,8%), проблемы, связанные с социальной жизнью (1%). Только у 10% больных хроническими гинекологическими заболеваниями не выявлены психосоциальные проблемы.

При корреляционном анализе психиатрических диагнозов и соматических показателей обнаружена лишь одна значимая связь: наличие бесплодия позитивно ассоциировано с расстройствами адаптации (V Крамера = 0,447, $p \leq 0,05$). Значимых связей психических расстройств с продолжительностью гинекологиче-

ческого заболевания не обнаружилось ($p > 0,05$).

Чтобы найти независимые связи психического расстройства и его предикторов, были проделаны множественные линейно-регрессионные анализы с использованием статистически значимых ($p < 0,05$) корреляций. Наличие диагноза Бесплодие в совокупности с более старшим возрастом женщины значимо ($R^2 = 0,147$; $SE = 0,469$; $p < 0,001$) ассоциировано с наличием коморбидного психического расстройства.

Результаты психодиагностического исследования женщин с хроническими гинекологическими заболеваниями по Я-структурному тесту Аммона (ISTA) представлены в табл. 2.

Таблица 2

Значимые различия средних показателей ISTA в группе пациенток с гинекологической патологией в сравнении с гинекологически здоровым контролем ($n=151$)

Шкалы ISTA	M±m в группах сравнения		t (ОГ /КГ)	Т- баллы
	ОГ (n=101)	КГ (n=50)		
Агрессия конструктивная	7,17±2,08	7,80±2,41	1,47	39,1
Тревога деструктивная	5,80±2,39	4,17±2,52	2,32*	65,5
Внешнее Я- отграничение дефицитарное	6,04±2,42	3,68±2,26	2.80**	61,2
Сексуальность дефицитарная	5,98±2.22	5,58±2,85	0,64	64,1

Примечание: ОГ – основная группа гинекологических больных; КГ – контрольная группа; t – t-критерий Стьюдента; * - $p \leq 0,05$; ** - $p \leq 0,01$.

В группе больных ХГЗ в сравнении со здоровым контролем выявлены значимо более высокие показатели по двум шкалам: деструктивной тревоги

($p \leq 0,05$) и внешнего Я-отграничения дефицитарного ($p \leq 0,01$). Выявленные различия позволяют характеризовать больных с ХГЗ как имеющих склонность переоценивать реальные угрозы, переживать их с чрезмерными эмоциональными реакциями и ярко выраженными соматическими вегетативными проявлениями; склонность испытывать трудности в организации активности и субъективную невозможность обратиться за помощью в ситуациях опасности. Их отличают трудности в различении своих и чужих потребностей и чувств, в регулировании близости и дистанции, трудности в принятии и отстаивании решений, чувство беспомощности и чрезмерной зависимости от окружающих.

Средние «сырые» баллы по всем шкалам теста Аммона переведены в шкальные показатели для сравнения с популяционной выборкой (Тупицын Ю.Я. и др., 2003). В исследуемой основной группе Т-баллы по шкалам агрессии дефицитарной, тревоги деструктивной, внешнего Я-отграничения дефицитарного и сексуальности дефицитарной находятся за пределами нормативного диапазона. Эти отличия позволяют дополнительно характеризовать женщин с ХГЗ как имеющих пассивную жизненную позицию, склонность к избеганию конфронтаций, неприятие своей и чужой телесности, низкую оценку своего телесного образа и сексуальной привлекательности.

В корреляционном анализе деструктивная тревога имела значимую позитивную связь средней силы с наличием ХГЗ ($p < 0,01$) и (более сильную) – с наличием специфического расстройства личности ($p < 0,01$); внешнее Я-отграничение дефицитарное – только с наличием гинекологического заболевания ($p < 0,01$).

В результате исследования больных ХГЗ и здоровых по методике оценки психического здоровья (МОПЗ) выявлены значимые различия средних баллов по интегральной шкале дефицитарности С ($ОГ=42,74 \pm 331$, $КГ=29,14 \pm 2,47$, $t=2,01$, $p \leq 0,05$), что отражает недостаточную реализованность личности больных ХГЗ (Тупицын Ю.Я., Бочаров В.В., 2001). С целью сравнения полученных показателей с популяционными исследованиями, индексы α и β переведены в шкальные показатели и сопоставлены с нормативным диапазоном. В группе

гинекологических больных индекс Т альфа находится в нормативном диапазоне (-8,05), индекс Т бета - за пределами нормативного интервала (12,21). Это означает высокую вероятность наличия психических расстройств в группе больных ХГЗ за счет недостаточного уровня психической активности при сохранном личностном потенциале (Очерки динамической психиатрии, 2003).

Средний балл алекситимии по ТАС у гинекологических больных значительно выше, чем у здоровых (ОГ=80,079±4,644, КГ=63,060±6,433, t=4,307, p=0,001). Количество «алекситимиков» (средний балл выше 74) в группе больных ХГЗ было значительно выше, чем в группе здоровых (54,5% и 30% соответственно, p≤0,05).

С целью выявления влияния продолжительности гинекологического заболевания на психодиагностические показатели проведено сравнение средних значений по шкалам ISTA, МОПЗ и ТАС в подгруппах больных ХГЗ, болеющих менее одного года и более четырех лет. Данные сравнительного анализа приведены в табл. 3.

Таблица 3

Значимые различия средних показателей ISTA в подгруппах больных с ХГЗ, болеющих менее 1 года и более 4-х лет (n=76)

Психодиагностические показатели	Продолжительность заболевания		t
	1 год(n=20)	4 года и >(n=56)	
Внешнее Я-отграничение дефицитарное	6,48±0,79	5,84±0,73	2,13*
нарциссизм дефицитарный	2,52±0,83	3,74±0,84	4,05**
нарциссизм деструктивный	3,52±0,68	4,44±0,52	2,02*
Средний балл алекситимии	78,10±2,99	82,78±2,69	3,61**

Примечание: t – t-критерий Стьюдента; * - p≤0,05; ** - p≤0,01.

В подгруппе больных ХГЗ, болеющих 4 и более года, значительно выше показатели по шкалам деструктивного и дефицитарного нарциссизма (ISTA) значительно ниже показатели по шкале внешнего Я-отграничения дефицитарного.

(ISTA). Это позволяет предположить, что более продолжительное ХГЗ повышает у женщин неуверенность в себе, зависимость от мнения окружающих, трудности в межличностных отношениях, выраженность алекситимических характеристик. Вместе с тем, значимо более низкие показатели по шкале дефицитарного внешнего Я-отграничения у длительно болеющих ХГЗ указывают на парадоксальный рост способности таких больных регулировать близость и дистанцию в отношениях с другими людьми, в реакциях на внешние события и окружающий мир с повышением продолжительности заболевания.

В корреляционном анализе групп гинекологических заболеваний (бесплодие, воспалительные заболевания, гиперпластические процессы) с психодиагностическими показателями были выявлены многочисленные значимые связи ($p \leq 0,05$).

Диагноз бесплодия ассоциирован с наиболее высокими показателями по шкалам ISTA: конструктивной тревоги, конструктивного внутреннего Я-отграничения; более низкими значениями по шкалам деструктивной и дефицитарной тревоги, деструктивного и дефицитарного внешнего Я-отграничения, деструктивного внутреннего Я-отграничения, деструктивного и дефицитарного нарциссизма, деструктивной сексуальности, среднего значения интегральной шкалы деструктивности В (МОПЗ), низким средним баллом алекситимии (ТАС). Диагноз воспалительного заболевания ассоциирован с самыми высокими баллами по шкале дефицитарного внешнего Я-отграничения, внутреннего Я-отграничения деструктивного (ISTA). Наличие гиперпластического заболевания ассоциировано с самыми высокими баллами по шкалам агрессии дефицитарной, тревоги деструктивной и дефицитарной, внешнего Я-отграничения деструктивного, нарциссизма деструктивного и дефицитарного, сексуальности деструктивной ISTA, интегральной шкалы деструктивности В (МОПЗ), высоким средним баллом алекситимии (ТАС).

Таким образом, все больные ХГЗ имеют личностные черты, несущие в себе риск соматизации. Однако каждая из диагностических подгрупп (воспалительные заболевания, бесплодие и гиперпластические заболевания) значимо

($p \leq 0,05$) выделяются из общей группы ХГЗ по некоторым личностным характеристикам. Так, больные бесплодием имеют больший риск депрессивных проявлений, больные с воспалительными заболеваниями – склонность к зависимому поведению и трудности в идентификации и выражении чувств, а больные с гиперпластическими заболеваниями – сниженную самооценку, трудности в осознании и выражении своих потребностей, трудности в межличностной и сексуальной сфере, пассивную жизненную позицию и защитное избегающее поведение, наибольший риск психопатологических проявлений. Полученные данные указывают на нозоспецифические связи личностных особенностей женщин с ХГЗ.

Исследование экспериментальных показателей больных с хроническими гинекологическими заболеваниями по личностному опроснику Айзенка (ЕРІ) представлено в табл. 4.

Таблица 4

Средние баллы экстраверсии/интроверсии и нейротизма в подгруппах больных специфическими расстройствами личности, расстройствами адаптации и психически здоровыми в группе больных хроническими гинекологическими заболеваниями в сравнении с гинекологически здоровым контролем

Шкалы ЕРІ	Больные хроническими гинекологическими заболеваниями			Гинекологически здоровы (КГ)
	F 60.	F 43.2	Психически здоровы	
Экстраверсия/интроверсия	8,47±1,20 t'=5,37**	13,59±1,89 t^=0,6	13,73±1,26 t°=0,8	13,25±1,49
нейротизм	20,28±1,20 t'=2,63*	16,34±1,20 t^=1,6	13,77±1,63 t°=0,9	13,93±1,91

Примечание: t – t-критерий Стьюдента: t' – F60./КГ; t^–F43.2/КГ; t°- психически здоровы /КГ ; *- $p \leq 0,05$; **- $p \leq 0,01$.

Больные с психическими расстройствами в группе больных ХГЗ имеют

высокий балл нейротизма (из них больные с расстройствами личности – очень высокий - более 19, $p \leq 0,01$), больные ХГЗ без психических расстройств не отличаются по уровню нейротизма от гинекологически здоровых ($p > 0,05$). Больные с расстройствами личности имеют значимо более низкий балл экстраверсии/интроверсии в сравнении со здоровыми ($p \leq 0,05$), больные ХГЗ с расстройствами адаптации и без психических расстройств не отличаются от здоровых по уровню экстраверсии/интроверсии ($p > 0,05$).

При изучении копинг-механизмов методикой Э. Хайма выявлено, что больные ХГЗ значимо реже ($p < 0,001$) в сравнении со здоровыми используют адаптивные эмоциональные стратегии, и чаще – относительно адаптивные и неадаптивные ($p < 0,01$). В использовании когнитивных и поведенческих копинг-стратегий значимых различий со здоровым контролем по уровню адаптивных и неадаптивных стратегий не выявлено ($p > 0,05$). Однако в структуре адаптивных когнитивных стратегий выявлены следующие различия: больные ХГЗ не использовали такую адаптивную стратегию, как установка собственной ценности (0%), тогда как в группе здоровых она является преобладающей, что может говорить о заниженной самооценке в группе больных ХГЗ. Полученные данные о копинг-стратегиях женщин с ХГЗ указывают, что они сохраняют широкие возможности адаптации в когнитивной и поведенческой сфере, но имеют заметные адаптационные трудности в эмоциональной сфере.

Вероятность связи гинекологического заболевания с психологическими переменными была протестирована в регрессионном анализе. Более высокие значения внешнего Я-отграничения дефицитарного, деструктивной тревоги (ISTA), общего балла алекситимии (ТАС) и более низкие показатели деструктивной агрессии и деструктивной сексуальности (ISTA) были независимо и высокозначимо ассоциированы с гинекологическим заболеванием, вместе объясняя 32% кросс-секционной вариации в наличии / отсутствии гинекологического заболевания ($R^2 = 0,324$; $SE = 0,388$; $p < 0,001$). Таким образом, трудности в регуляции дистанции с другими людьми и окружающим миром, зависимые черты в сочетании с переоценкой реальных угроз, страхом перед близостью с други-

ми людьми и телесным контактом, выраженные физиологические компоненты тревоги, трудности организации поведения в ситуациях тревоги и алекситимия были ассоциированы с гинекологическим заболеванием независимо от возраста женщин и других психологических переменных. Выявленный комплекс Я-функций может служить значимым предиктором наличия гинекологического заболевания.

В связи с полученными данными, женщинам с хронизацией гинекологического заболевания психотерапия показана в комплексном подходе к их реабилитации, лечению и профилактике. Общая цель психотерапии – лечение пограничных психических расстройств, ассоциированных с гинекологической патологией, коррекция психологических факторов, повышающих уязвимость к соматическому заболеванию, а также психопрофилактика неблагоприятных психологических влияний на течение ХГЗ.

Основные психотерапевтические «мишени» при хронических гинекологических заболеваниях включают пассивную жизненную позицию, повышение тревожности, склонность к зависимому поведению, неприятие телесности, алекситимические черты, вторично усиливающиеся в процессе длительного гинекологического заболевания, неадаптивные копинг-механизмы в эмоциональной сфере. Эти особенности были связаны с фактом гинекологического заболевания (неспецифические). У больных с бесплодием специфическими мишенями психотерапии могут выступать депрессогенные черты, у больных с гиперпластическими заболеваниями - защитное избегающее поведение и трудности в поддержании самооценки.

ВЫВОДЫ

1. Около половины (48%) больных хроническими гинекологическими заболеваниями страдают непсихотическими психическими расстройствами. Подавляющее большинство из них (87%) составляют расстройства адаптации и специфические расстройства личности.

2. Наиболее часто встречающиеся стрессогенные события, связанные с началом расстройств адаптации у больных с гинекологической патологией –

межличностные проблемы и хронизация гинекологического заболевания. В клинической картине расстройств адаптации преобладают тревожная и депрессивная симптоматика.

3. В структуре специфических расстройств личности у больных хроническими гинекологическими заболеваниями преобладают тревожное и зависимое расстройства. При этом в сравнении с эпидемиологическими данными литературы отмечается более высокая частота тревожного расстройства личности.

4. Специфичность клинической картины психического расстройства для конкретной формы хронического гинекологического заболевания установлена только в отношении бесплодия, значимо чаще коморбидного для расстройств адаптации.

5. Больные с коморбидными непсихотическими психическими расстройствами отличаются повышенным уровнем нейротизма, при этом страдающие расстройствами личности имеют более низкий показатель экстраверсии/интроверсии.

6. Личностные особенности, отличающие больных с хроническими гинекологическими заболеваниями от гинекологически здорового контроля в рамках гуманструктуральной модели личности включают высокие значения по шкалам деструктивной тревоги, внешнего Я-отграничения дефицитарного, интегральной шкале дефицитарности С.

7. Больные хроническими гинекологическими заболеваниями значимо реже здоровых используют адаптивные копинг-механизмы в эмоциональной сфере, сохраняя при этом широкий спектр адаптивных когнитивных и поведенческих копинг-стратегий. Наряду с этим они отличаются более выраженными алекситимическими характеристиками.

8. С увеличением длительности течения хронических гинекологических заболеваний отмечается повышение значений по шкалам деструктивного и дефицитарного нарциссизма и значений алекситимических характеристик. Одновременно наблюдается снижение значений по шкале дефицитарного внешнего Я-отграничения.

Практические рекомендации

1. В процессе выявления и лечения больных с хроническим гинекологическими заболеваниями обязательна оценка психического состояния пациентов с привлечением клинического психолога и психотерапевта.

2. С учетом значительного места психогенных и личностных нарушений при хронических гинекологических заболеваниях, психотерапия должна являться важной составляющей комплексного лечения и реабилитации больных подобной патологией.

3. Основные психотерапевтические «мишени» при хронических гинекологических заболеваниях включают пассивную жизненную позицию, повышение тревожности, склонность к зависимому поведению, неприятие телесности, алекситимические черты, вторично усиливающиеся в процессе длительного гинекологического заболевания, неадаптивные копинг-механизмы в эмоциональной сфере. У больных с бесплодием специфическими мишенями психотерапии могут выступать депрессогенные черты, у больных с гиперпластическими заболеваниями – защитное избегающее поведение и трудности в поддержании самооценки.

4. В уточнении психотерапевтических мишеней в ходе клинко-психологического обследования особенно существенны отклонения по шкалам деструктивной тревоги, дефицитарного внешнего Я-отграничения и дефицитарной сексуальности теста ISTA, выраженность алекситимических характеристик и копинг-механизмы в эмоциональной сфере.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

Научные статьи в журналах, входящих в перечень ВАК

1. Потемкина Е.А. Личностные характеристики, ассоциированные с хроническими гинекологическими заболеваниями у женщин репродуктивного возраста /Е.А. Потемкина // Уральский медицинский журнал .- 2009 .- № 6 .- С. 17 – 24.

2. Потемкина Е.А. Личностные характеристики, ассоциированные с хроническими гинекологическими заболеваниями у женщин репродуктивного воз-

раста: I. Алекситимия / О.В. Кремлева, Е.А. Потемкина // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева .- 2010 .- №1 .- С. 30-41.

3. Потемкина Е.А. Особенности алекситимии у пациентов с хроническими гинекологическими заболеваниями / Е.А. Потемкина // Сибирский психологический журнал .- 2010 .- № 35 .- С. 36 – 38.

Другие научные публикации

4. Потемкина Е.А. Психосоматические аспекты здоровья репродуктивной сферы у женщин детородного возраста / Е.А. Потемкина // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: Матер. 61-й межвузовской научно-практической конференции молодых учёных и студентов с международным участием, г. Екатеринбург, 26-27 апреля 2006 г. – Екатеринбург: Изд. УГМА, 2006. – С. 237.

5. Потемкина Е.А. Некоторые особенности личности женщин репродуктивного возраста с хронической гинекологической патологией, влияющие на их отношение к лечению / Е.А. Потемкина // Неврологический вестник им. В.М. Бехтерева. - Т. XXXIX. - вып. 1 (приложение): Мат. научн. Конгресса "В.М. Бехтерев - основоположник нейронаук: творческое наследие, история и современность" .- 2007 .- С. 213 - 214.

6. Потемкина Е.А. Некоторые психологические факторы, влияющие на течение хронических гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста / Е.А. Потемкина // Вопросы охраны психического здоровья, обеспечения доступности и качества психиатрической помощи: Материалы межрегиональной научно -практической конференции, 29-30 мая 2007. – Барнаул, 2007.- С. 133-135.