

УДК 616.895-036.4:616-036.12

*А.Ю. Васильева***НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ КОМОРБИДНЫМИ С ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: аффективные расстройства, соматогенные (симптоматические) депрессии, расстройства адаптации, социальные фобии, хронические соматические заболевания

Изучению психологических особенностей пациентов, страдающих различными хроническими соматическими заболеваниями, посвящены работы многих исследователей [1-5]. Исследовалась связь между преморбидными личностными чертами и предпочтительностью в формировании того или иного вида расстройств аффективного спектра [6-8]. Так, А.К. Бурцевым [9] исследовались личностные особенности (с помощью Фрейбургского личностного опросника) и уровень алекситимии (применялась ТАШ) пациентов, страдающих соматогенными депрессиями, обусловленными патологией сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта. В личностном профиле пациентов наиболее представленными оказались шкалы, отражающие проявления астено-депрессивного плана.

Этиопатогенез соматогенных депрессий достаточно сложен и, на наш взгляд, требует уточнения роли психологических механизмов, участвующих в формировании аффективной патологии. Остаются не достаточно изученными влияние личностных особенностей, уровня стрессоустойчивости и социально-психологической адаптации на эмоциональную сферу пациентов, страдающих хроническими соматическими заболеваниями.

Цель настоящего исследования – установление связи между особенностями личности, уровнем стрессоустойчивости и социально-психологической адаптации и возникновением расстройств аффективного спектра, а также выявление предпочтительности формирования того или иного вида аффективных расстройств в зависимости от сферы системной соматической патологии.

Материал и методы исследования

В основу настоящего исследования положены результаты комплексного клинико-психологического исследования 426 пациентов с расстройствами аффективной сферы коморбидными с хроническими соматическими заболеваниями, обратившихся в территориальные поликлиники городских общесоматических больниц № 26 и 27 г. Донецка в 2001-2002 гг.: 143 пациента (33,6%) наблюдались и проходили курсовое амбулаторное лечение у интернистов по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы, 136 пациентов (31,9%) – заболеваний желудочно-кишечного тракта, 50 пациентов (11,7%) – заболеваний дыхательной системы, 48 пациентов (11,3%) – патологии мочевыводящей системы, 49 пациентов (11,5%) – эндокринной патологии. Основная группа обследованных была представлена пациента-

ми (102 человека, 24,0%) с депрессивными состояниями, которые рассматривались как причинно связанные с дисфункцией головного мозга вследствие хронических системных соматических заболеваний (F 06.32). Группу сравнения составили 177 больных (41,5%) с кратковременными и пролонгированными депрессивными и смешанными тревожно-депрессивными состояниями в рамках расстройств адаптации (F 43.20 – F 43.22) и лица с социальными фобиями (147 человек, 34,5%) (F 40.1).

Работа проводилась с использованием клинически ориентированного многофакторного опросника Мини-Мульт, методики диагностики стрессоустойчивости Холмса и Раге, методики диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда.

Результаты исследований и их обсуждение

Проведенное с помощью опросника Мини-Мульт исследование позволило выделить особенности личности пациентов с различными видами аффективных расстройств. Так, личностный профиль пациентов с симптоматическими депрессиями, характеризовался значительным повышением по шкале Депрессии ($90,9 \pm 3,18$ Т балла) и по шкале Психастении ($72,9 \pm 1,75$ Т балла) и низкими показателями по шкале Гипомании ($34,1 \pm 4,12$ Т балла) (табл. 1). Личностный профиль этих пациентов отражает преобладание пассивной личностной позиции с ведущей мотивационной направленностью – сохранение жизни и здоровья. У пациентов выявляются следующие личностные особенности: высокий уровень осознания име-

ющихся проблем при неудовлетворенности и пессимистической оценке своих перспектив; склонность к раздумиям, инертность в принятии решений, выраженная глубина переживания, скептицизм, самокритичность, некоторая неуверенность в себе, своих возможностях. Высокие показатели по этой шкале отражают депрессивное настроение, негативные переживания, склонность к острому переживанию неудач, волнению, повышенному чувству вины с самокритичным отношением к своим недостаткам, неуверенность в себе, а также выявляют осознанный самоконтроль, когда нереализованные намерения – в силу внешних обстоятельств или внутренних причин – отражаются в пониженном настроении.

Таблица 1

Уровень показателей по методике Мини-Мульт у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями коморбидными с расстройствами аффективного спектра

Показатели методики	Симптоматические депрессии	Расстройства адаптации	Социальные фобии	Достоверность различий
L	$46,2 \pm 1,82$	$46,4 \pm 1,23$	$47,6 \pm 1,45$	$p_1 > 0,05, p_2 > 0,05$
F	$52,7 \pm 1,89$	$51,4 \pm 2,18$	$52,4 \pm 1,19$	$p_1 > 0,05, p_2 > 0,05$
K	$46,3 \pm 0,97$	$46,8 \pm 0,87$	$47,3 \pm 1,62$	$p_1 > 0,05, p_2 > 0,05$
1	$59,3 \pm 3,48$	$50,5 \pm 2,03$	$49,8 \pm 1,22$	$p_1 > 0,05, p_2 > 0,05$
2	$90,9 \pm 3,18^*$	$65,8 \pm 1,46$	$53,5 \pm 1,12$	$p_1 < 0,05, p_2 < 0,05$
3	$61,5 \pm 2,74$	$56,1 \pm 2,07$	$54,9 \pm 2,04$	$p_1 > 0,05, p_2 > 0,05$
4	$54,4 \pm 1,97$	$44,8 \pm 0,57$	$45,1 \pm 1,26$	$p_1 > 0,05, p_2 > 0,05$
6	$59,5 \pm 4,54$	$55,4 \pm 2,05$	$54,0 \pm 1,34$	$p_1 > 0,05, p_2 > 0,05$
7	$80,9 \pm 1,75^*$	$46,2 \pm 2,31$	$74,3 \pm 2,19^*$	$p_1 < 0,05, p_2 > 0,05$
8	$53,6 \pm 2,93$	$46,9 \pm 1,48$	$46,8 \pm 1,27$	$p_1 > 0,05, p_2 > 0,05$
9	$34,1 \pm 4,12$	$55,3 \pm 2,01$	$56,2 \pm 1,53$	$p_1 < 0,05, p_2 < 0,05$

p_1 – достоверность различий показателей при симптоматических депрессиях и расстройствах адаптации

p_2 – достоверность различий показателей при симптоматических депрессиях и социальных фобиях

* - показатели, превышающие нормативные значения.

У пациентов с расстройствами адаптации ни по одной из шкал показатели не превышали нормативных значений и находились в пределах от 50 до 65 Т-баллов. Исключение составили шкалы Психопатии ($44,8 \pm 0,57$ Т-баллов), Психастении ($46,2 \pm 2,31$ Т-баллов) и Шизоидности ($46,9 \pm 1,48$ Т-баллов), которые свидетельствуют о снижении мотивации достижения, отсутствии спонтанности, непосредственности поведения,

хорошем самоконтроле, невыраженном честолюбии, об отсутствии лидерских черт и независимости, о приверженности общепринятым нормам поведения, конформизме.

Показатель по шкале Депрессии у больных с расстройствами адаптации, несмотря на некоторое его повышение, не превышал его нормативных значений, что является существенным отличием личностного профиля этих пациентов от

страдающих соматогенными депрессиями. С одной стороны это свидетельствует о большей тяжести депрессий, обусловленных сомато-биологическими нарушениями, по сравнению с психогенными депрессиями, с другой стороны – отражает различные механизмы перестройки мотивационной сферы личности при клинически однотипных состояниях. В частности, если при соматогенных депрессиях смыслообразующим мотивом личности является выздоровление и сохранение соматического здоровья, то при депрессивно-тревожных состояниях в рамках расстройств адаптации – устранение стрессогенных факторов и нормализация актуальной жизненной ситуации.

У пациентов с социальными фобиями личностный профиль характеризовался пиком по шкале Психастении (74,3±2,19 Т-баллов) на фоне не выходящих за пределы нормативного разброса показателей по другим шкалам.

Таким образом, базисная структура личнос-

ти только у больных с симптоматическими депрессиями характеризовалась депрессивными проявлениями в сочетании с относительно высокими показателями по шкале Психастении.

Анализ личностных особенностей пациентов с симптоматическими депрессиями позволил выявить два вида показателей: 1) общие признаки, характерные для больных с различными хроническими соматическими заболеваниями и 2) признаки более или менее специфичные для конкретной соматической патологии.

К общим (неспецифическим) признакам относятся показатели по шкалам Гипомании (значительно ниже нормативных) и Паранойальности – также не выходящие за рамки нормативных значений у обследуемых контингентов больных. По остальным шкалам установлены различия, позволяющие выделить соматоспецифические особенности личностного профиля пациентов (табл. 2).

Таблица 2

Показатели Мини-Мульт при симптоматических депрессиях в зависимости от характера соматической патологии

	ССС	ЖКТ	ДС	МС	ЭС
L	46,1±3,08	47,8±1,3	46,4±1,61	46,4±1,66	44,5±1,43
F	53,8±1,85	54,3±1,82	51,6±1,8	51,0±1,95	52,8±2,24
K	45,3±1,05	46,5±1,46	46,5±0,73	47,1±0,44	46,3±1,45
1	49,7±3,05	94,5±4,34*	49,9±3,48	52,4±4,44	50,1±3,18
2	99,7±3,97*	91,5±2,19*	85,9±2,79*	90,4±3,69*	87,2±2,09*
3	58,4±1,46	83,4±4,27*	56,5±4,46	55,3±2,74	54,0±3,82
4	46,1±1,65	46,2±3,29	85,3±2,88*	46,1±3,95	48,1±4,27
6	54,9±2,09	53,8±4,37	54,1±5,71	57,3±3,06	49,4±2,92
7	96,2±1,58*	66,9±2,24	92,1±1,74*	64,4±1,65	84,8±2,31*
8	46,3±2,73	48,6±2,63	46,8±2,92	48,9±3,12	77,6±6,09*
9	34,2±4,31	33,2±3,54	33,9±3,82	34,3±4,43	34,8±4,51

Примечание. L – шкала лжи, F – шкала достоверности, K – шкала коррекции, 1 – шкала Ипохондрии (Hs), 2 – шкала Депрессии (D), 3 – шкала Истории (Hy), 4 – шкала Психопатии (Pd), 6 – шкала Паранойальности (Pa), 7 – шкала Психастении (Pt), 8 – шкала Шизоидности (Se), 9 – шкала Гипомании (Ma).

* - показатели, превышающие нормативные значения.

В личностном профиле пациентов с симптоматическими депрессиями, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы, определяются наиболее высокие показатели по шкалам Депрессии (99,7±3,97 Т-балла) и Психастении (96,2±1,58 Т-балла) и низкие показатели по шкале Гипомании (34,2±4,31 Т-балла). Кроме выше-

описанных особенностей, которые в большей или меньшей степени присутствуют почти у всех пациентов, страдающих хроническими соматическими заболеваниями, этой группе пациентов свойственны преобладание пассивно-страдательной позиции, неуверенность в себе и в стабильности ситуации, высокая чувствительность

и зависимость от средовых воздействий. В поведении преобладают мотивация избегания неуспеха, сензитивность, установка на конгруэнтные отношения с окружающими, зависимость от мнения большинства.

Сочетание с повышением профиля по шкале Психастении означает, что лица этого круга отличаются неуверенностью в себе, нерешительностью, тенденцией к тщательной проверке своих поступков и проделанной работы; они весьма обязательные и ответственные, с высоко развитым чувством долга, реагирующие повышенным чувством вины и самобичевания на малейшие неудачи и ошибки. Кроме того, такой профиль отражает степень осознания психологических проблем и вынужденного отказа от реализации своих намерений, что сопровождается снижением настроения, и клинически чаще всего проявляется в виде астенической или тревожной депрессии.

У пациентов с симптоматическими депрессиями, страдающих патологией желудочно-кишечного тракта, наряду с высокими результатами по шкале Депрессии были выявлены высокие показатели по шкале Ипохондрии и по шкале Истории. Пик по шкале Ипохондрии свидетельствует о преобладании у этих пациентов неосознаваемого, вытесненного отказа от самоактуализации, мотивационной направленности личности на соответствие нормативным критериям как в социальном окружении, так и в сфере физиологических функций своего организма. Основная их проблема – подавление спонтанности, сдерживание самореализации, контроль над агрессивностью, гиперсоциальная направленность интересов, ориентация на правила, инструкции, инертность в принятии решений, избегание серьезной ответственности из страха не справиться.

Избыточная эмоциональная напряженность проявляется повышенной сосредоточенностью на отклонениях от нормы и в сфере самочувствия, где чрезмерное внимание к работе внутренних органов проявляется ипохондричностью.

1-я шкала в сочетании с высокими 2-й и 3-ей отражает механизм защиты по типу «бегства в болезнь», при этом болезнь является как бы ширмой, маскирующей стремление переложить ответственность за существующие проблемы на окружающих, как бы единственным социально приемлемым способом оправдания своей пассивности.

Высокая 1-я шкала является основной составляющей в структуре «язвенного типа личности» и отражает на психологическом уровне гастро-

энтерологические проблемы.

У пациентов, страдающих заболеваниями органов дыхания, определяется ведущий пик по шкале Психастении ($92,1 \pm 1,74$ Т-балла) на фоне повышенных показателей по шкалам Депрессии и Психопатии и низких – по шкале Гипомании ($33,9 \pm 3,82$ Т-балла). Сочетание высоких показателей по шкалам Психастении и Психопатии отражает проблему внутренне противоречивого, смешанного типа реагирования, в котором сталкиваются разноплановые тенденции: мотивация достижения с мотивацией избегания неуспеха, склонность к активности и решительным действиям со склонностью к блокировке активности в ситуации стресса, повышенное чувство достоинства и стремление к доминированию с неуверенностью в себе и избыточной самокритичностью, стеничный регистр эмоций гнева, восхищения, гордости и презрения с тревожностью, страхом и чувством вины. Все это, с одной стороны, способствует взаимной компенсации одних черт другими, с другой – нагнетает напряженность, так как и невротический и поведенческий путь отреагирования оказываются заблокированными.

Сочетание высоких показателей по шкалам Депрессии и Психопатии ослабляет агрессивность и неконформность, т.к. здесь отмечается более высокий уровень контроля сознания за поведением. Психологически это проявляется наличием противоречивого сочетания высокого уровня притязаний с неуверенностью в себе, высокой активности с быстрой истощаемостью.

У пациентов с патологией мочевыводящей системы определяется единственный пик по шкале Депрессии ($90,4 \pm 3,69$ Т-баллов) на фоне не выходящих за нормативные пределы показателей по остальным основным шкалам, кроме шкалы Гипомании, показатели которой ниже нормативных ($34,3 \pm 4,43$ Т-балла).

Пациенты, страдающие эндокринной патологией, обнаружили высокие показатели по шкалам Депрессии ($87,2 \pm 2,09$ Т-баллов), Психастении ($84,8 \pm 2,31$ Т-баллов) и Шизоидности ($77,6 \pm 6,09$ Т-баллов).

Сочетание повышенных 2-й, 7-й и 8-й шкал выявляет внутреннюю напряженность, тревожность, склонность к бесконечному обдумыванию каких-либо проблем (умственная «жвачка»), отгороженность, хронически существующее чувство душевного дискомфорта, неуверенности, снижение общей продуктивности, комплекс вины и неполноценности. Чаще встречается у лиц после длительного эмоционального пере-

напряжения или на фоне хронически протекающей тяжелой болезни.

В процессе анализа результатов, полученных при исследовании пациентов, страдающих симптоматическими депрессиями, методикой социально-психологической адаптации Роджерса и Даймонда, достоверных различий в зависимости от сферы системной соматической патологии не обнаружено. У пациентов с различными хроническими соматическими заболеваниями выявлено значительное снижение показателей по шкалам Адаптивности и Эмоциональной комфортности с одновременным повышением по шкалам Деадаптивность, Эмоциональный дискомфорт, Внутренний контроль и Ведомость. Такие результаты говорят о низком уровне адаптации пациентов, обусловленном как самим тяжелым и длительно протекающим соматическим заболеванием, так и тем, что пациенты находятся в состоянии эмоциональной подавленности. Высокие показатели внутреннего контроля свидетельствуют о стремлении пациентов контролировать состояние своего здоровья, в том числе и психического, которые, однако, сочетаются с ведомостью, неспособностью принимать решения и настойчиво достигать целей, со склонностью к пассивной жизненной позиции, отсутствием прежде всего желания и возможности руководить, управлять, контролировать собственную жизнь, стремлением уходить от проблем нежели их разрешать. У большинства пациентов депрессивный фон настроения сочетается с негативной оценкой собственной персоны, значительным снижением самооценки, своих возможностей, перспектив на будущее и негативным пересмотром событий прошлой жизни. Многие пациенты демонстрируют неприятие окружающих людей, что проявляется обидой и злостью на родственников, членов семьи, знакомых, завистью к здоровым людям.

У пациентов с расстройствами адаптации при различных хронических соматических заболеваниях практически по всем шкалам методики социально-психологической адаптации показатели не выходили за пределы нормативного разброса и только по шкале Деадаптивности незначительно превысили нормативный показатель, что можно расценивать как проявление более легкого и благоприятного течения эмоциональных нарушений у этого контингента пациентов.

Пациенты, с социальными фобиями, демонстрировали более глубокий уровень нарушений, нежели при расстройствах адаптации, что про-

являлось высокими показателями дезадаптивности, неприятием себя и окружающих и сопровождалось значительным эмоциональным дискомфортом, на фоне чрезвычайно низких показателей самопрятия, прятия других и эмоционального комфорта.

Анализ интегральных показателей социально-психологической адаптации показал, что наибольшей дезадаптированностью отличаются пациенты, страдающие симптоматическими депрессиями, в силу выраженного эмоционального дискомфорта, сочетающегося с неприятием себя, негативным отношением к окружающим, стремлением контролировать создавшуюся жизненную ситуацию при резко ограниченных возможностях для его реализации.

Хроническое соматическое заболевание создает препятствия на пути удовлетворения многих потребностей, в связи с чем изменяется мотивационная сфера больных – ведущим становится мотив выздоровления, сохранения здоровья и жизни. Решение многих жизненных проблем откладывается пациентами до момента выздоровления. Такая узкая направленность личности ограничивает жизненную перспективу больных, приводит к патологической фиксации на процессе лечения и болезненных переживаниях. Все это вызывает чувство неудовлетворенности жизнью, приводит к дополнительной невротизации личности, ухудшает ее адаптивные возможности. Болезненный процесс в этих случаях развивается по типу «психосоматической спирали»: соматические нарушения вызывают трудности социальной адаптации, снижают качество жизни пациента, а переживание неудовлетворенности в связи с этим способствует ухудшению течения соматического процесса.

Уровень стрессоустойчивости по методике Холмса и Раге у пациентов с симптоматическими депрессиями составил $153 \pm 15,4$ балла (соответствует высокой степени сопротивляемости стрессу), с расстройствами адаптации – $310 \pm 11,7$ балла (низкая степень сопротивляемости стрессу) и с социальными фобиями – $272 \pm 15,2$ балла (пороговая степень сопротивляемости стрессу).

Существенных различий в уровне стрессоустойчивости при различной системной соматической патологии у пациентов с симптоматическими депрессиями не выявлено: при заболеваниях сердечно-сосудистой системы уровень стрессоустойчивости составил $188 \pm 17,9$ балла, при заболеваниях желудочно-кишечного тракта – $145 \pm 11,6$ балла, при патологии органов дыхания – $141 \pm 13,6$ балла, при заболеваниях моче-

выводящей системы – $141 \pm 15,7$ балла и при эндокринной патологии – $148 \pm 14,9$ балла (высокая степень сопротивляемости стрессу).

У пациентов, страдающих хроническими соматическими заболеваниями и расстройствами адаптации, уровень стрессоустойчивости соответствовал низкой степени сопротивляемости стрессу, фазе нервного истощения и от характера соматической патологии также существенно не зависел: при заболеваниях сердечно-сосудистой системы уровень стрессоустойчивости составлял $321 \pm 13,6$ балла, при патологии желудочно-кишечного тракта – $309 \pm 19,8$ балла, при заболеваниях органов дыхания – $303 \pm 12,7$ балла, при патологии мочевыводящей системы – $313 \pm 11,9$ балла и при эндокринных заболеваниях – $304 \pm 15,7$ балла.

У пациентов, страдающих социальными фобиями, уровень стрессоустойчивости в целом соответствует пороговой степени сопротивляемости стрессу. Однако эта закономерность проявляется не при всех соматических заболеваниях. Так, при патологии сердечно-сосудистой системы уровень стрессоустойчивости составил $301 \pm 16,8$ балла (низкая степень сопротивляемости стрессу), при заболеваниях желудочно-кишечного тракта – $275 \pm 19,7$ балла (пороговая степень сопротивляемости стрессу), при заболеваниях органов дыхания – $308 \pm 24,3$ балла (низкая степень сопротивляемости стрессу), при патологии мочевыводящей системы – $256 \pm 19,2$ балла и при эндокринной патологии – $219 \pm 15,8$ балла (пороговая степень сопротивляемости стрессу).

Таким образом, наиболее устойчивыми к стрессовым ситуациям оказались пациенты с симптоматическими депрессиями, наименее устойчивыми – пациенты с расстройствами адаптации. Промежуточное место по этому показателю занимают лица с социальными фобиями.

Вышеуказанные и достаточно характерные особенности стрессоустойчивости обследованных больных свидетельствуют о различных патогенетических механизмах расстройств аффективного спектра, коморбидных с различными хроническими соматическими заболеваниями. Более высокие показатели стрессоустойчивос-

ти при симптоматических депрессиях позволяют предположить, что эти нарушения являются не реакцией на стресс (в том числе и реакцией личности на соматическое заболевание и его последствия), а, скорее, непосредственным следствием патогенных соматических влияний.

С другой стороны, низкая стрессоустойчивость облегчая возникновение пролонгированных психогенных (невротических) состояний как реакций на индивидуально трудные жизненные ситуации (включая ситуацию, связанную с соматическим заболеванием), лежит в основе тревожно-депрессивных нарушений в рамках расстройств адаптации.

Наконец, резко выраженное снижение стрессоустойчивости или ее пороговые значения у пациентов с социальными фобиями, по нашему мнению, можно объяснить относительно стабильной адаптированностью больных к индивидуальным фобическим ситуациям на протяжении многолетнего периода их проявлений.

Подводя итог клинико-психологическим исследованиям больных с различными аффективными расстройствами коморбидными с хроническими соматическими заболеваниями, можно отметить, что им свойственны как общие, так и более или менее специфические особенности при конкретной соматической патологии. В частности, базисная структура личности у больных с симптоматическими депрессиями, по сравнению с аффективными расстройствами иного генеза, сочетающимися с хроническими соматическими заболеваниями, характеризуется значительным повышением профиля по шкале Депрессии и Психастении, значительным снижением ресурсов социально-психологической адаптации пациентов и наиболее высокими показателями стрессоустойчивости. Установлены также соматоспецифические особенности личности при аффективных расстройствах различного происхождения. Это свидетельствует о неодинаковых патогенетических механизмах расстройств аффективного спектра при различных хронических соматических заболеваниях, что по нашему мнению, необходимо учитывать при проведении с больными терапевтических мероприятий.

Г.Ю. Васильєва

ДЕЯКІ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ З АФЕКТИВНИМИ РОЗЛАДАМИ, ЯКІ КОМОРБІДНІ ІЗ ХРОНІЧНИМИ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Донецький державний медичний університет, Україна

У роботі представлені результати комплексного експериментально-психологічного дослідження 426 пацієнтів з афективними розладами, які коморбідні із хронічними соматичними захворюваннями, що звернулися в територіальні поліклініки 2-х загальносоматичних лікарень міста Донецька. Виявлено особистісні особливості пацієнтів з афективними розладами в залежності від сфери системної соматичної патології. Вивчені стресостійкість і рівень соціально-психологічної адаптації пацієнтів з різними видами афективних розладів, які коморбідні із хронічними соматичними захворюваннями. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2003. — № 1 (10). — С. 13-19)

A. Yu. Vasilyeva

SOME CLINIC AND PSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE PATIENTS WITH AFFECTIVE DISORDERS COMORBIDITY WITH CHRONIC SOMATIC DISEASES

Donetsk state medical university, Ukraine

In work the results of complex experimental-psychological research 426 patients with affective disorders comorbidity with chronic somatic diseases are submitted which have addressed to territorial polyclinics 2 somatic hospitals of city of Donetsk. Are revealed personal of feature of the patients with affective disorders depending on system somatic pathology. Are investigated stress-stability and level of social-psychological adaptation of the patients with different kinds affective disorders comorbidity with chronic somatic diseases. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2003. — № 1 (10). — P. 13-19)

Литература

1. Копытин А.И. Экспериментально-психологические методы в дифференциальной диагностике депрессивных состояний // Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. — Ленинград, 1990. — 20 с.
2. Мишиев В.Д. О взаимосвязи клинических проявлений депрессии с преморбидными особенностями личности // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 1997, № 1(3). — С. 78-81.
3. Ушенин С.Г. Психологические особенности пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца // Журнал психиатрии и мед. психологии. — 2000. - №1 (7). — С. 75-78.
4. Бурцев А.К., Выговская Е.М., Копайло М.В. Некоторые клинико-психологические характеристики лиц с хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении экстракорпоральным гемодиализом // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 1997. - №1 (3). — С. 21-26.
5. Смулевич А.Б., Тхостов А.Ш., Сыркин А.Л. и др. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений). // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1997. — Т.97, №2. — С. 4-9.
6. Бурцев А.К., Выговская Е.М., Вольфгогель А.Л., Пырков С.Г. и др. Некоторые личностные особенности больных сахарным диабетом, страдающих депрессивными расстройствами // Укр. медичний альманах. — 2000. - Том 3, №2 (додаток). — С. 15-16.
7. Сидоров П.И., Новикова И.А., Соловьев А.Г. Психические изменения и психологические особенности больных сахарным диабетом // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. - №3. — С. 106-108.
8. Задионченко В.С., Хруленко С.Б., Петухов О.И. Психологические особенности и качество жизни больных артериальной гипертензией с метаболическими факторами риска // Кардиология. — 2002. - № 8. — С. 15-19.
9. Бурцев А.К. Алекситимия и соматогенные депрессии // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 1999, № 1 (5). — С. 29-36.

Поступила в редакцию 12.05.03