

Секция «Клиническая психология, психосоматика, клиническая психология телесности»

Восприятие депрессии пациентами с шизофренией и аффективными расстройствами

Катюрина Дарья Сергеевна

Студент (специалист)

Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И.

Евдокимова, Москва, Россия

E-mail: salamandra.kd@rambler.ru

Актуальность исследования. Рост распространённости депрессий в последние десятилетия стремителен. Депрессии - это возрастающее экономическое бремя, длительная нетрудоспособность, потеря трудовых ресурсов и другие последствия. Отсутствие в отечественной клинической психологии и психиатрии исследований субъективных представлений пациента о депрессии, внутренней картины болезни психических расстройств определяет актуальность проводимого исследования (Краснов В.Н., 2011).

Цель исследования: сравнительное исследование параметров восприятия депрессии пациентами с шизофренией и аффективными расстройствами с учетом когнитивной оценки угрозы болезни для жизни. **Объект исследования:** когнитивный уровень внутренней картины болезни (ВКБ) пациентов с депрессиями психотического уровня. **Предмет исследования:** особенности параметров восприятия депрессии с разным уровнем восприятия угрозы для жизни. **Характеристика выборки.** В психиатрических стационарах г. Москвы обследовано 29 взрослых пациентов (10 мужчин и 19 женщин) с депрессиями: шизофрения (55,2%), шизотипическое расстройство личности (10,3%), бредовое расстройство (10,3%), рекуррентное депрессивное расстройство (13,9%), депрессивный эпизод (10,3%) шифры по МКБ - 10: F20, F21, F23, F33, F32. Диагнозы устанавливались психиатром на основании динамического наблюдения. Длительность лечения - от 12 месяцев до 7 лет. **Методики:** «Краткий опросник восприятия болезни» (Э. Бродбент и др. (2006) в адаптации Ялтонского В.М. (2012). **Статистический метод:** SPSS for Windows. Version 22.0; Microsoft Office Excel 2010. **Результаты исследования.** На первом этапе исследования с целью анализа компонентов восприятия болезни и выделения кластеров в структуре восприятия болезни ко всей выборке (29 человек) был применен иерархический кластерный анализ с использованием метода полных связей. Компоненты восприятия болезни при пороговом значении расстояния 26 были разделены на два кластера. На основе иерархического кластерного анализа, мы предположили, что у больных депрессией субъективное восприятие болезни проявляется в двух вариантах: когнитивная оценка умеренной угрозы и выраженной угрозы. Первый кластер включает в себя следующие три параметра восприятия пациентами депрессии: «Воспринимаемая контролируемость болезни», «Воспринимаемая контролируемость лечения» и «Понимание болезни». Самостоятельные параметры «Воспринимаемая контролируемость болезни», «Воспринимаемая контролируемость лечения» объединяются на пятом шаге (расстояние между переменными равно 17), а на 9 ом шаге параметр «Понимание болезни» присоединяется к ним завершая формирование первого кластера, отражающего воспринимаемую подконтрольность болезни и лечения и усвоения содержания депрессии, понимания её. Учитывая доминирование в данном кластере параметров воспринимаемого контроля над депрессией и её лечением, субъективной понятности депрессии данный кластер получил название ««Когнитивная оценка депрессии как умеренной (контролируемой) угрозы для жизни».

Второй кластер включает в себя следующие компоненты восприятия болезни. «Озабоченность болезнью» и «Воспринимаемые последствия болезни» составляют единый таксон (объединение на первом шаге, пороговое расстояние - 10). На втором шаге в данный

таксон включается «Эмоциональное реагирование на болезнь» (Второй шаг, пороговое расстояние между переменными 10). Таким образом, наиболее ранними компонентами когнитивной оценки угрозы депрессии как выраженной угрозы для жизни является крайняя озабоченность болезнью, понимание её сильных последствий и интенсивное эмоциональное реагирование на депрессию. Интересным представляется тот факт, что к чрезмерному эмоциональному реагированию «присоединяется» идентификация болезни по её симптомам (4 шаг, пороговое расстояние - 15). В свою очередь, заключительным этапом в формировании когнитивной оценки угрозы является присоединение к выделенным во втором кластере параметрам восприятия болезни параметр «Течение болезни» (7 шаг, порог - 21). Таким образом, семантическое оформление когнитивной оценки угрозы предполагает наличие изначальной обеспокоенности депрессией, чрезмерное эмоциональное реагирование на нее, что приводит к анализу, поиску проявлений болезни, и, в конечном счете, пониманию того, что депрессия является хронической болезнью. Данный кластер получил название «Когнитивная оценка депрессии как выраженной угрозы для жизни».

Результаты сравнительного исследования параметров восприятия депрессии в двух выделенных группах больных на втором этапе исследования свидетельствуют о том, что когнитивная оценка депрессии как выраженной угрозы для здоровья (кластер 2) вызывает высокую озабоченность (кластер 2 = $9,75 \pm 0,57$; кластер 1 = $5,76 \pm 3,29$; $p=0,0001$) и интенсивное эмоциональное реагирование на болезнь (кластер 2 = $9,18 \pm 1,42$; кластер 1 = $6,76 \pm 2,61$; $p=0,003$), что повышает сфокусировалось на телесных ощущениях и способствует более точной идентификации проявлений депрессии (кластер 2 = $8,25 \pm 1,65$; кластер 1 = $4,84 \pm 2,60$; $p=0,0002$), по сравнению с пациентами, воспринимающими депрессию как умеренную угрозу (кластер 1). На этом фоне последствия болезни воспринимаются как тяжелые (кластер 2 = $9,37 \pm 1,20$; кластер 1 = $5,76 \pm 1,86$; $p=0,000004$), а течение болезни как хроническое (кластер 2 = $8,00 \pm 2,58$; кластер 1 = $2,53 \pm 1,80$; $p=0,000008$).

Выводы. 1. Выделены два типа восприятия пациентами депрессии при психических расстройствах как умеренной или выраженной когнитивной оценки угрозы для жизни. В восприятии болезни как умеренной угрозы доминируют параметры «Воспринимаемая контролируемость болезни», «Воспринимаемая контролируемость лечения» и «Понимание болезни». В восприятии болезни как выраженной угрозы ведущую роль играют параметры «Озабоченность болезнью» и «Воспринимаемые последствия болезни», «Эмоциональное реагирование на болезнь», «Течение болезни» и «Идентификация болезни». 2. Восприятие пациентами депрессии как умеренной угрозы проявляется в оценке депрессии как краткосрочной, ограниченно идентифицируемой по её симптомам, а её последствий болезни как умеренных и характеризуется умеренной озабоченностью и умеренным эмоциональным реагированием на болезнь.

Источники и литература

- 1) Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра-М.: Практическая медицина, 2011. -432с.

Слова благодарности

Благодарность доктору медицинских наук, профессору Ялтонскому Владимиру Михайловичу за научное руководство и поддержку проводимого исследования.