

УДК 88 + 612.059 + 616/1/9.0 – 053

## ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ НА УСТОЙЧИВОСТЬ К СТРЕССОРАМ В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

© 2010 Е.Г.Зарубина, И.О. Прохоренко

Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»

Поступила в редакцию 29.09.2010

Методом анкетирования (тест Кеттелла) у 247 пациентов старшей возрастной группы изучались распространенности депрессии, реактивной и личностной тревожности в зависимости от их индивидуально-психологических особенностей в стрессовых ситуациях, вызванных действиями экологических факторов окружающей природной, социальной и техногенной среды. Если возможности и способности человека по преодолению интенсивности стрессора адекватны, то у индивидуума формируется стресс, не переходящий в дистресс. Выявлены три психологических профиля, в которых распространенность депрессий четко коррелирует с особенностями личности пациентов, а возникновение депрессии обусловлено характером и соматическими нарушениями, свойственными представителям старших возрастных групп.

Ключевые слова: *геронтология, гериатрия, психология, экология*

В настоящее время в медицине все больше внимания уделяется вопросам медицинской экологии, анализирующей связи и зависимость состояния здоровья людей и его нарушений от факторов окружающей природной, социальной и техногенной среды. Особенно актуально это для контингентов социума, наиболее чувствительных к их изменениям. К числу таких людей, несомненно, относятся лица старших возрастных групп.

**Цель данного исследования:** изучение распространенности депрессии, реактивной и личностной тревожности у пациентов старших возрастных групп в зависимости от особенностей психологического профиля.

**Материал и методы исследования.** Всего в обследование было включено 247 пациентов: 142 женщины (57,5%) и 105 мужчин (42,5%) в возрасте от 55 до 82 лет (средний возраст  $67,3 \pm 3,7$  лет). Для установления психологического профиля пациентов использовался опросник Кэттелла (форма А). Для выявления распространенности и глубины депрессивных расстройств среди пациентов старших возрастных групп они были дообследованы с помощью шкалы самооценки Цунга, по критериям депрессии МКБ-10. Уровень

реактивной и личностной тревожности определялся по шкале реактивной и личностной тревоги Спилбергера-Ханина-State Trait Anxiety Inventory (STAI). Результаты считались статистически достоверными при  $p < 0,05$ .

**Полученные результаты и их обсуждение.** Полученные в результате анкетирования с помощью опросника Кэттелла данные позволили объединить всех обследованных в три психологических профиля. К первому психологическому профилю были отнесены 74 пациента (30,0%, I группа). В коммуникативном плане эту группу характеризовало высокое стремление к общению, в котором они видят решение многих своих проблем, большинство из них (79,7%) тонко чувствуют отношение к себе окружающих и могут менять в зависимости от этого стиль и дистанцию общения. Все пациенты этой группы проявляют высокие (59,6%) или средние лидерские качества (40,4%). В интеллектуальном плане большинство из них (90,5%) были высоко интеллектуальными людьми, обладающими высокой гибкостью и оперативностью мышления. В эмоциональном плане эта группа достаточно неоднородна. Среди ее представителей имеются как эмоционально устойчивые (51,4%), так и эмоционально лабильные личности (13,5%), у которых эмоции часто сменяются и влияют на линию поведения. Вместе с тем в данной группе число оптимистов и реалистов достоверно преобладает над пессимистами ( $p < 0,05$ , 66,2% и 33,8% соответственно). Регуляторные механизмы, позволяющие мобилизовать себя в

---

*Зарубина Елена Григорьевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой медико-биологических дисциплин. E-mail: e-zarubina@yandex.ru*

*Прохоренко Инга Олеговна, кандидат медицинских наук, проректор по учебной работе, доцент кафедры внутренних болезней. E-mail: ingaproch@rambler.ru*

трудной ситуации, ярко выражены у 70,3%, остальные пациенты могут быть неорганизованными в стрессовой ситуации.

Ко второй группе были отнесены 96 пациентов (38,8% обследованных), психологический профиль которых не выходил за пределы средних значений по каждому параметру.

Пациенты третьей группы (77 человек, 31,2% обследованных) в абсолютном большинстве (89,6%) были малообщительными, не умеющими менять стиль своего поведения и не имеющими лидерского потенциала (97,4%), отличающиеся низкими (83,1%) или средними

интеллектуальными способностями и низкой гибкостью и оперативностью мышления. В эмоциональной сфере этих пациентов преобладали эмоциональная неуравновешенность, склонность к пессимизму и высокая тревожность. Регуляторные свойства личности были выражены недостаточно. Отмечались отказы от цели при появлении препятствий и низкая моральная нормативность. Графическое изображение усредненных значений психологических профилей групп, включенных в обследование, представлено на рис. 1.

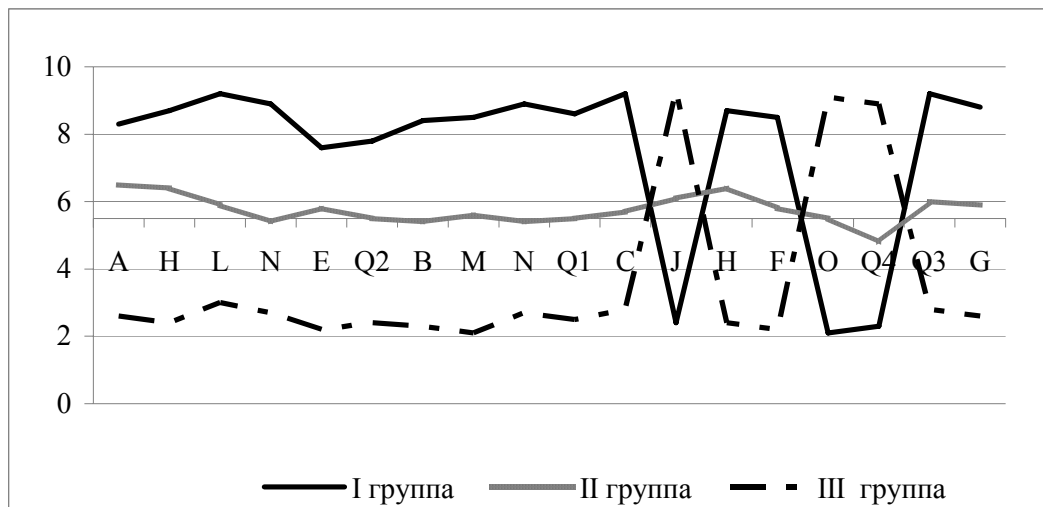


Рис. 1. Психологические профили, включенных в обследование (усредненные данные) групп.

По результатам анкетирования с помощью шкалы самооценки Цунга было установлено, что депрессия имела наибольшую распространенность среди пациентов I и III групп наблюдения ( $p_1 < 0,05$ ,  $p_2 < 0,001$  по сравнению со второй группой, соответственно) (рис. 2). Согласно шкале депрессии Цунга, степень депрессии определялась в баллах и составляла при легкой ее форме  $55,69 \pm 0,35$  баллов ( $p < 0,001$ ), при средней тяжести депрессивных расстройств возрастала до  $62,82 \pm 0,35$  баллов ( $p < 0,001$  по сравнению с легкой депрессией), а при тяжелой степени нарушений достигала  $72,45 \pm 0,65$  баллов. Кроме этого, было отмечено, что распространенность депрессии внутри первой группы зависела от наличия хронических соматических заболеваний, и, в первую очередь, патологии ЦНС, сердечно-сосудистой и дыхательной систем. При наличии данных нарушений депрессия развивалась достоверно ( $p < 0,001$ ) чаще, чем у пациентов, не имеющих подобные заболевания (в 2,4 раза), что, возможно, объяснялось тем, что при достаточно высокой устойчивости психологического профиля у представителей этой группы для развития отрицательного стресса требовалось

воздействие мощного стрессора, превосходящего адаптивные резервы их нервной системы, каковым и выступал фактор потери здоровья. У пациентов третьей группы, в отличие от первой группы, достоверных взаимосвязей с соматической патологией выявлено не было ( $p > 0,05$ ), что, по нашему мнению, было связано с изначально низкой стрессоустойчивостью у всех пациентов данной группы.

В процессе исследования были проанализированы некоторые триггеры развития депрессии у больных обследованных групп. Для изучения значимости причин развития депрессии у больных I-III групп выполнен факторный анализ методом главных компонент. Проведена оценка 5 наиболее значимых факторов, определивших 86,9% суммарной дисперсии. Факторные нагрузки определялись с помощью вращения методом Varimax. Установлено, что причины развития депрессии у пациентов трех групп несколько отличаются друг от друга (рис. 3-5), но не зависят от характера соматического заболевания, то есть одинаковы для больных с сердечно-сосудистой, легочной и другими патологиями.

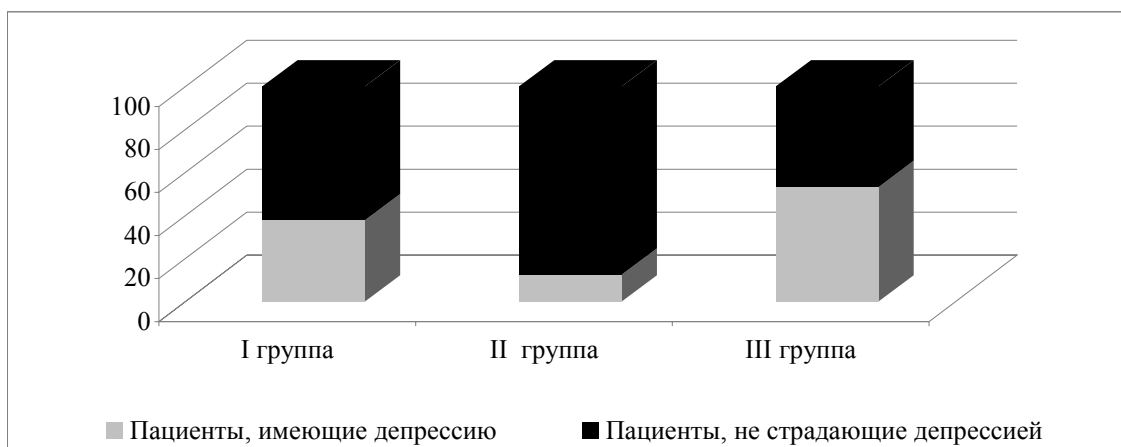


Рис. 2. Распространенность депрессии среди пациентов различных групп

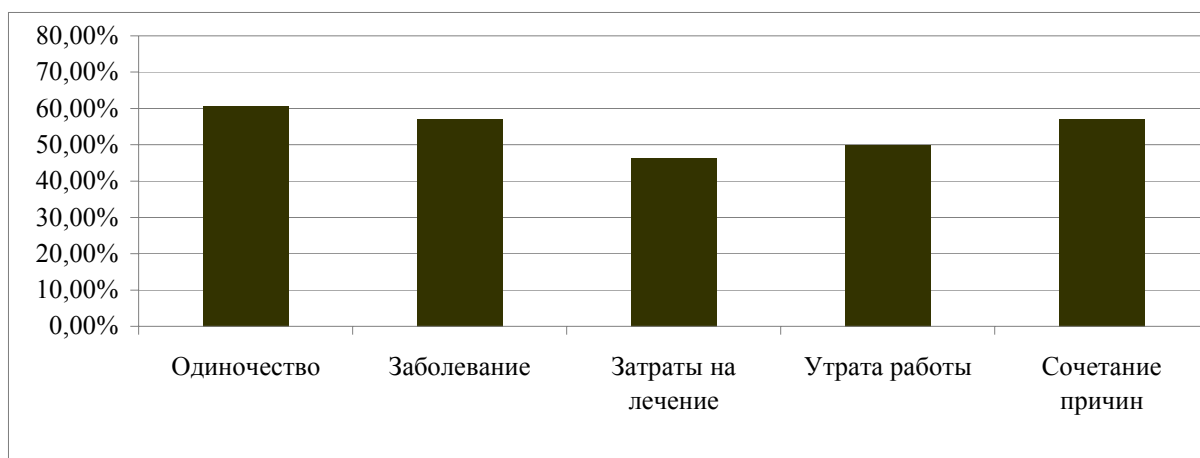


Рис. 3. Основные причины развития депрессии у пациентов первой группы

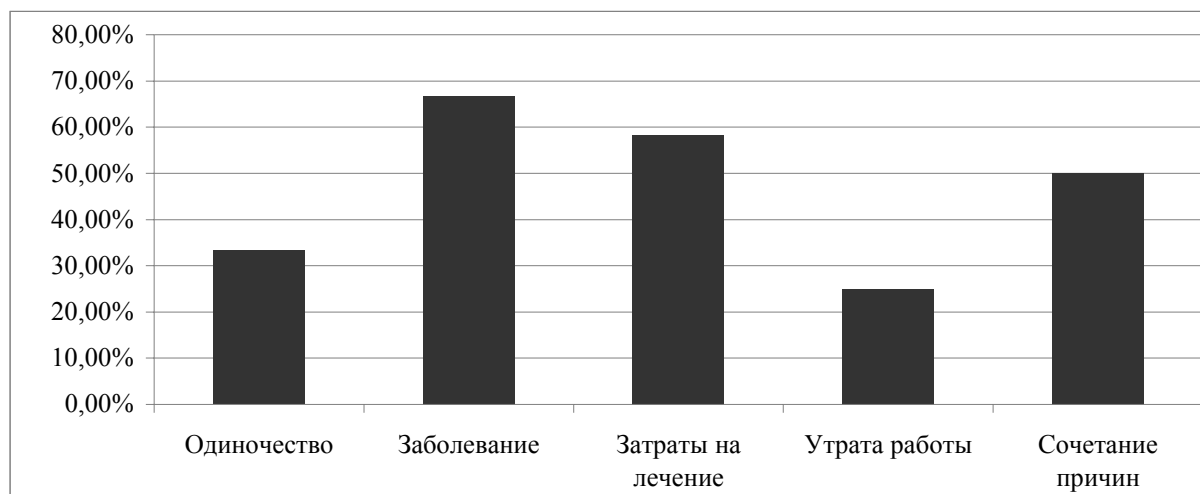


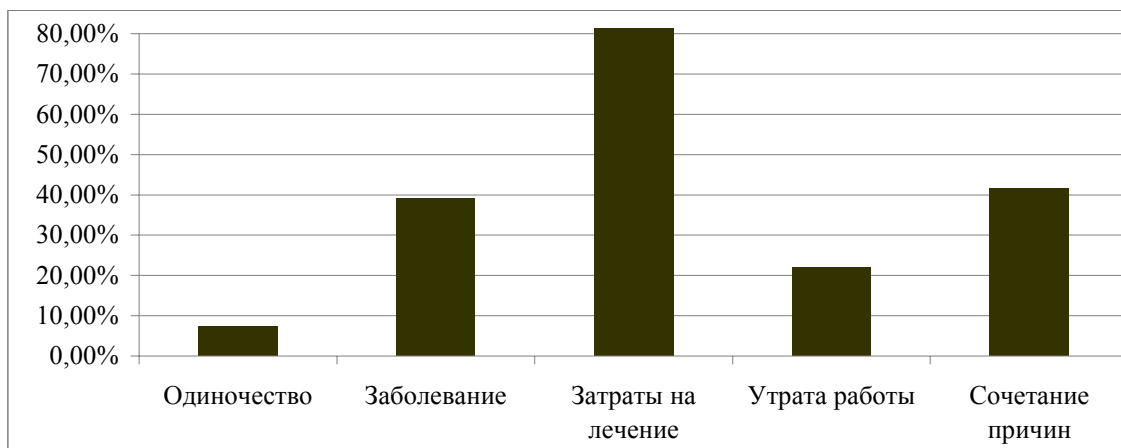
Рис. 4. Наиболее часто встречающиеся причины развития депрессии у пациентов второй группы

Как видно из приведенных данных, для развития депрессии у пациентов первой группы большое значение, помимо здоровья, имели факторы социальной активности пациентов: общение с людьми, профессиональная деятельность, а для развития самой депрессии в 57,1% случаев потребовалось сочетание

нескольких причин. У пациентов второй клинической группы отмечалось достоверное снижение значимости в развитии депрессии такого фактора как одиночество (снижение возможности к общению) почти в два раза ( $p < 0,001$ ) по сравнению с данными первой группы и возрастание роли фактора наруше-

ния здоровья ( $p < 0,05$ ). Важно отметить, что в третьей клинической группе, для которой согласно психологическому профилю характерной чертой была малообщительность, на ограничение общения как причину развития депрессии указали лишь 7,3% обследованных, что достоверно ниже, чем в первых двух группах ( $p < 0,001$ ) наблюдения. Как показали проведенные исследования, на увеличение затрат на лечение остро реагировали почти все больные этой группы, при этом сам факт заболевания стал психотравмирующим моментом лишь для 39,0% анкетированных, что косвенно подтверждало результаты, полученные при использовании опросника Кеттела.

Установлено, что реактивная тревожность возрастала в периоды обострений соматических заболеваний у всех обследованных пациентов I-II групп наблюдения. При этом, в период ремиссий заболеваний этот показатель был достоверно выше у пациентов первой группы, что, возможно, объясняется большой значимостью психосоциальных факторов (отсутствие достаточного круга общения, потеря профессиональной деятельности), которые при склонности представителей этой группы к анализу ситуации, к лидерству становились постоянно действующими факторами стресса.



**Рис. 5.** Наиболее часто встречающиеся причины развития депрессии у пациентов третьей группы

У пациентов третьей группы в показателях уровней реактивной тревожности не было отмечено стойкой корреляционной связи с обострением заболевания, что подтверждало данные о причинах развития депрессии, полученные ранее (наибольшая стрессовая нагрузка была связана с фактором увеличения расходов на лекарства, а во время обострений большинство из них лечились стационарно, что не требовало дополнительных материальных затрат,  $r = 0,95$ ). Также было отмечено, что повышенная личностная тревожность была выявлена у 59,5% больных первой (44 человека), у 25% второй (24 человека) и у 70,1% пациентов третьей (54 человека) групп. Полученные данные не противоречили ранее проведенным исследованиям. Динамика реактивной тревожности у пациентов различных групп представлена на рис. 6. Обращает на себя внимание высокая коморбидность депрессии и тревожных расстройств. У пациентов, включенных в исследование, все случаи депрессии наблюдались среди пациентов с высоким уровнем личностной тревожности. Взаимосвязь степени тяжести депрессии с уровнем реактивной

тревожности составила  $r = 0,93$  ( $p < 0,05$ ), личностной тревожности –  $r = 0,97$  ( $p < 0,001$ ).

#### Выводы.

1. У больных обследованных групп распространенность депрессии и ее выраженность коррелируют с особенностями личности пациентов, а ее возникновение во многом обусловлено характером экологической ситуации, социальных факторов и соматическими нарушениями, характерными для старших возрастных групп.

2. Наличие высокой личностной тревожности и депрессии у данной категории лиц свидетельствует о недостаточности механизмов компенсации и связи между характером реагирования пациентов на стресс и психологическим профилем их личности.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Granwell, J.* Managing stress / *J. Granwell, R.D. Alarcon.* – London: Pan books, 2006. 346 p.
2. *Беляева, Л.А.* Стратегии выживания, адаптации, преуспевания // Социологическое исследование. 2001. № 6. С. 44-53.

3. Никонова, Э.И. Занятость населения старших возрастных групп в современном российском обществе: проблемы и перспективы // Ученые записи Казанского университета. Серия: Гуманит. науки. 2009. Т. 151, кн. 5, ч. 2. С. 61-71.
4. Никонова, Э.И. Место и роль пожилых людей в современном российском обществе // Вестник Нижегородского университета. Серия: Соц. науки. – Н. Новгород: Изд-во ННГУ им. Н.И. Лобачевского. 2007. № 3 (8). С. 76-81.
5. Стожаров, А.Н. Медицинская экология. – М., 2007. 213 с.

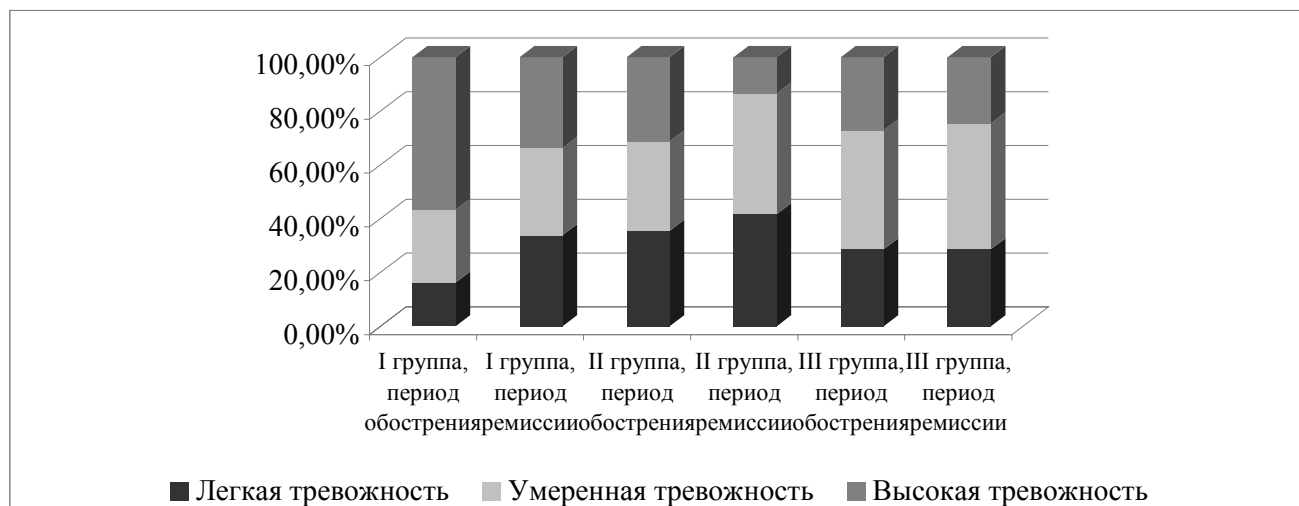


Рис. 6. Динамика реактивной тревожности у пациентов различных групп.

## INFLUENCE OF PERSON PSYCHOLOGICAL FEATURES ON STABILITY TO STRESSORS IN SENIOR AGE GROUPS

© 2010 E.G. Zarubina, I.O. Prohorenko

Samara Medical Institute "REAVIZ"

By method of questioning (Cattell test) at 247 patients of the senior age group were studied the prevalence of depression, reactive and personal uneasiness depending on their specific features-psychological in the stressful situations caused by actions of ecological factors of the surrounding natural, social and technogenic environment. If opportunities and overcoming intensity of stressor are adequate to ability of the person, at individual the stress which is not passing in distress is formed. Three psychological types in which prevalence of depressions precisely correlates with features of patient's person, and occurrence of depression is caused by character and the somatic disturbances inherent to representatives of the senior age groups are taped.

Key words: *gerontology, geriatrics, psychology, ecology*

*Elena Zarubina, Doctor of Medicine, Professor, Head of Medical and Biological Disciplines Department. E-mail: e-zarubina@yandex.ru*  
*Inga Prohorenko, Candidate of Medicine, Deputy Rector of Study Work, Associate Professor at the Department of Internal Diseases. E-mail: ingaproch@rambler.ru*