

**К ВОПРОСУ О ПСИХИЧЕСКОЙ РИГИДНОСТИ  
ПРИ КОМОРБИДНЫХ ФОРМАХ ПСИХИЧЕСКИХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ (НА ПРИМЕРЕ СОЧЕТАНИЯ  
ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ГОЛОВНОГО МОЗГА И ПСИХОГЕННОЙ  
ДЕПРЕССИИ)**

А.А. Королев, Я.В. Соколов (Барнаул)

**Аннотация.** Описываются особенности проявления психической ригидности, полученные на клиническом материале, в структуре мононозологических психических заболеваний (экзогенно-органические заболевания головного мозга и психогенная депрессия) и в их сочетании. Проводится анализ результатов психометрии, направленный на диагностику степени выраженности психической ригидности, для выявления психодиагностических маркеров, способствующих дифференциальной диагностике коморбидных форм психических заболеваний.

**Ключевые слова:** психическая ригидность; коморбидные психические заболевания; экзогенно-органическое заболевание головного мозга; психогенная депрессия.

Внимание исследователей к феномену психической ригидности, судя по данным литературы, в последние годы постоянно возрастает [3, 7, 9, 10, 12, 13]. Данная тенденция обусловлена, прежде всего, нуждами практической деятельности клинического психолога, поскольку фиксированные формы поведения, свойственные больным, имеющим в структуре личности выраженные черты психической ригидности, значительно затрудняют процесс психокоррекционной работы с ними. Кроме того, снижая адаптивные возможности личности, выраженный уровень психической ригидности может способствовать развитию ряда психических заболеваний преимущественно психогенной природы. Так, например, ригидность, прямолинейность, бескомпромиссность отмечаются в преморбиде у пациентов, страдающих психогенной депрессией [11].

Признаки высокого уровня психической ригидности характерны и для больных с экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга (ЭОЗГМ). Как указывает Г.В. Залевский, психическая ригидность имеет значительно большую степень выраженности при экзогенно-органических поражениях ЦНС, чем при психической норме [5]. Интересен и тот факт, что в «Толковом словаре психиатрических терминов» при определении психической ригидности авторы указывают на ЭОЗГМ как заболевание, при котором она наиболее характерна и достаточно выражена [2].

Отметим, что в практической деятельности клинического психолога встречается большое число больных, имеющих признаки как невротической депрессии, так и ЭОЗГМ, которые характеризуются наряду

с клиническими (согласно концепции Б.Н. Пивень о смешанных формах психических заболеваний) определенными патопсихологическими особенностями.

Целью нашего исследования явилось установление качественных и количественных характеристик проявлений психической ригидности у больных, страдающих смешанными формами психической патологии, на примере сочетания невротической депрессии и экзогенно-органического заболевания головного мозга.

Нами было обследовано 143 пациента, получавших лечение в Алтайской краевой клинической психиатрической больнице им. Ю.К. Эрдмана (дневной стационар № 4, отделение пограничных состояний) в период с 2008 по 2010 г.; возраст больных 18–45 лет (средний  $32,2 \pm 2,4$ ), диагнозы: невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F43.20, F43.21, F43.22) и органические, включая симптоматические, психические расстройства (F06.6, F07.0). Испытуемые были разделены на три группы. В первую вошли пациенты, страдающие только экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга (37 чел., или 25,8%); больные с психогенной депрессией (68 чел., или 47,5%) составили вторую группу; у 38 пациентов (26,5%) имело место сочетание экзогенно-органических расстройств и невротической депрессии – третья группа.

Исследование проводилось до начала медикаментозной терапии. Для оценки психической ригидности использовался Томский опросник ригидности Г.В. Залевского (ТОРЗ), направленный на комплексную оценку психической ригидности. В своей работе мы также использовали личностный опросник ММИЛ [1], где учитывали показатели по 6-й шкале ( $P_a$  – аффективная ригидность).

Статистическую обработку материала производили с помощью программ Statistica 6.0 И MS Excel 7.0, применяя непараметрические критерии: критерий Вилкоксона (различия считали значимыми для  $p < 0,05$ ) и ранговый коэффициент корреляции Спирмена (учитывались связи, достоверные для  $p < 0,05$ ).

Как показало исследование, значительные проявления психической ригидности были свойственны пациентам с мононозологическим диагнозом и с коморбидной патологией. Однако согласно квартильной норме степень проявлений психической ригидности у них была различной (табл. 1).

Из таблицы видно, что пациенты 1-й группы имели высокую степень выраженности психической ригидности по шкалам симптомо-комплекса ригидности и ригидности как состояния, во второй группе отмечались высокие показатели по шкалам СКР, СР, РСО и ПМР. В группе же больных с сочетанной патологией высокая степень проявления психической ригидности была зафиксирована по всем основным шкалам, иными словами, имела тотальное проявление.

Т а б л и ц а 1

**Средние значения показателей психической ригидности  
у больных разных групп (по шкалам ТОРЗ)**

Шкала	1-я группа	2-я группа	3-я группа
СКР	132,2	139,0	162,9
АР	32,6	36	42,5
СР	37,2	42,5	46,1
УР	29,4	28,2	31,2
РСО	18,2	18,7	18,7
ПМР	37,5	42,5	46,2
ШР	12,0	14,2	12,9
ШЛ	14,4	15,1	14,9

Межгрупповой анализ психической ригидности у больных с разными формами психической патологии показал, что пациенты, страдающие экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга в сочетании с психогенной депрессией, отличались достоверно большей выраженностью проявлений СКР, АР, СР, ПМР (рис. 1).

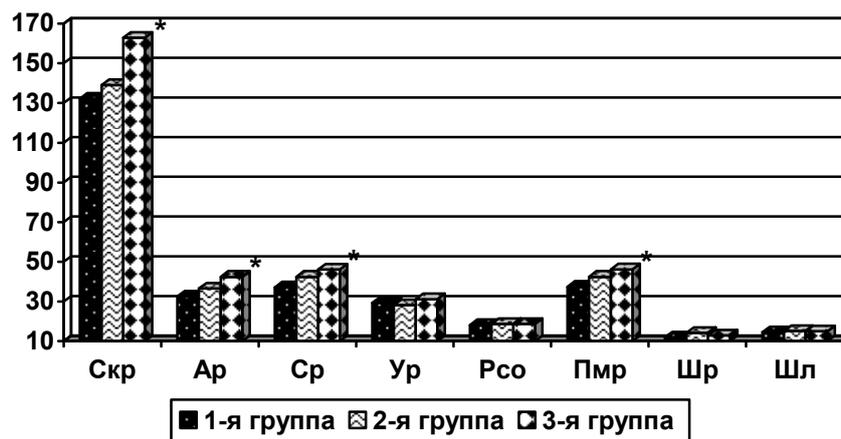


Рис. 1. Межгрупповые различия показателей психической ригидности у больных разных групп (\*  $p \leq 0,05$ )

Преобладание в структуре психической ригидности у больных с коморбидной патологией симптомокомплекса ригидности может говорить об их большей склонности к проявлению широкого спектра фиксированных форм поведения, низкой флексибельности, недостаточной способности к интериоризации опыта и приобретению новых, более эффективных моделей поведения, что подтверждается и более высокими показателями по шкале актуальной ригидности, чем у пациентов 1-й и 2-й групп. Кроме того, у пациентов с коморбидной патологией имеет место более выраженная степень установочной ригидности, что заметно осложняет процесс принятия ими решений, затрудняет спо-

способность объективно оценивать свое поведение и изменять его в соответствии с меняющимися условиями среды. Делая больных более резистентными к психотерапевтическому воздействию и мешая выработке наиболее эффективных паттернов поведения, описанные особенности существенно снижают их адаптивные возможности.

При оценке степени выраженности психической ригидности путем анализа 6-й ( $P_a$ ) шкалы «аффективная ригидность» личностного опросника ММИЛ, несмотря на некоторое повышение ее показателей (60–65 Т-баллов) у больных всех групп, сколько-нибудь значимых межгрупповых отличий установлено не было (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

**Средние значения показателей шкалы аффективной ригидности и межгрупповые различия (по опроснику ММИЛ)**

Шкала	1-я группа	2-я группа	3-я группа	p (1–2)	p (2–3)	p (1–3)
Аффективная ригидность ( $P_a$ )	61,5	63,6	62,6	0,22	0,70	0,39

Внутригрупповой корреляционный анализ между шкалами опросника ТОРЗ и шкалой  $P_a$  опросника ММИЛ установил лишь достоверные положительные взаимосвязи только у группы пациентов с экзогенно-органическими заболеваниями мозга, в группе пациентов с невротической депрессией и коморбидной патологией наблюдалось отсутствие как положительных, так и отрицательных взаимосвязей, что определенно затрудняет распознавание сочетанной патологии в ходе экспериментально-психологического исследования. Данную особенность можно расценить как низкую чувствительность опросника ММИЛ к проявлению психической ригидности при дифференциальной диагностике сочетанных форм психических заболеваний.

Учитывая полученные данные об особенностях проявления психической ригидности в структуре сочетанной патологии, мы можем говорить о ней как значимой характеристике рассматриваемой группы заболеваний, что необходимо учитывать в процессе дифференциально-диагностического поиска. Результаты исследования дают нам определенные диагностические маркеры, а именно, при выявлении, в ходе экспериментально-психологического исследования, высоких показателей по всем основным шкалам ТОРЗ (причем баллы по шкале СКР будут стремиться к показателям очень высокой степени выраженности ПР) и повышения по шкале 6 ( $P_a$ ) опросника ММИЛ, вероятность существования у обследуемого экзогенно-органического заболевания головного мозга и невротической депрессии становится достоверно выше. Исходя из установленных особенностей проявления психической ригидности изучаемой группы больных можно предположить, что психокоррекционная работа с пациентами, страдающими сочетанными

психическими расстройствами, будет более трудоемкой и потребует разработки специальных реабилитационных программ.

### Литература

1. Березин Ф.Б. Методика многостороннего исследования личности (в клинической медицине и психогигиене) / Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников, Р.В. Рожанец. М.: Медицина, 1976. 176 с.
2. Блейхер В.М. Толковый словарь психиатрических терминов / Под ред. Н. Бокова / В.М. Блейхер, И.В. Крук. Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. 640 с.
3. Варлакова Я.В. Психическая ригидность в патогенезе и психотерапии ишемической болезни сердца: Автореф. дис. ... канд. психол. наук / Я.В. Варлакова. Томск, 2007. 22 с.
4. Ермолаев О.Ю. Математическая статистика для психологов: учеб. / О.Ю. Ермолаев. 3-е изд., испр. М.: Флинта, 2004. 336 с.
5. Залевский Г.В. Психическая ригидность в норме и патологии / Г.В. Залевский. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1993. 272 с.
6. Залевский Г.В. Томский опросник ригидности (ТОРЗ) / Г.В. Залевский // Сиб. психол. журн. 2000. № 12. С. 129–137.
7. Залевский Г.В. Фиксированные формы поведения индивидуальных и групповых систем (в культуре, образовании, науке, норме и патологии) / Г.В. Залевский. Москва; Томск: Том. гос. ун-т, 2004. 460 с.
8. Коркина М.В. Психиатрия: учеб. для студ. мед. вузов / М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко, И.И. Сергеев. 3-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2006. 576 с.
9. Косова Е.Г. Психическая ригидность как фактор развития посттравматического стрессового расстройства у сотрудников оперативных подразделений, перенесших боевой стресс: Автореф. дис. ... канд. психол. наук / Е.Г. Косова. Томск, 2005. 23 с.
10. Лапина С.С. Психическая ригидность в контексте функциональных асимметрий головного мозга и стиля мыслительной деятельности // Сиб. психол. журн. 2009. Вып. 33. С. 78–79.
11. Пивень Б.Н. Смешанные формы психических заболеваний / Б.Н. Пивень, И.И. Шереметьева. Новосибирск: Наука, 2003. 125 с.
12. Сагалакова О.А. Социальная фобия: психосемантический анализ устойчивых алгоритмов реагирования на социальные ситуации / О.А. Сагалакова // Сиб. психол. журн. 2004. № 19. С. 62–69.
13. Стоянова И.Я. Психологические особенности системно-уровневой модели адаптации у больных с расстройствами психологического спектра / И.Я. Стоянова // Сиб. вестник психиатрии и наркологии. 2006. № 3. С. 94–98.

#### THE QUESTION OF PSYCHICAL RIGIDITY IN CO-MORBID FORMS OF PSYCHIATRIC DISORDERS (THE EXAMPLE OF EXOGENOUS CNS INVOLVEMENT CO-MORBID WITH NEUROTIC DEPRESSION)

Korolev A.A., Sokolov Ya.V. (Barnaul)

**Summary.** The specific manifestations of psychical rigidity in structure of monosociological psychiatric disorders (exogenous CNS Involvement, neurotic depression) and their combination, maintained in sufficient clinical material are described. The analysis of the results of psychometric tests used to assess the severity of psychological rigidity in aim to discover any psycho-diagnostic markers abetting the differential diagnosis in co-morbid psychiatric disorders is provided.

**Key words:** psychological rigidity; co-morbid psychiatric disorders; exogenous CNS Involvement; neurotic depression.