

ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСІБ ІЗ ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ ТРАВМАТИЧНОГО ГЕНЕЗУ ЯК ПРЕВЕНТОРИ РОЗВИТКУ В НИХ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, Київ

На основі психодіагностичного обстеження 400 хворих із частковою втратою зору травматичного генезу встановлено їх індивідуально-психологічні особливості та виділено ті, що мають вплив на формування неспсихотичних психічних розладів у цього контингенту пацієнтів.

Ключові слова: часткова втрата зору травматичного генезу, неспсихотичні психічні розлади, індивідуально-психологічні особливості.

Втрата зору у дорослої людини призводить до певної перебудови її психіки та поведінки [1]. За травматичного генезу цей процес супроводжується негативними психопатологічними проявами, обумовленими додатковим обтяжуючим впливом посттравматичного стресу на стан психічного здоров'я людини [2–6]. На теперішній час достеменно відомим є факт зв'язку між індивідуально-психологічними особливостями й успішністю подальшої адаптації осіб, які перенесли стресову травмуючу подію [7, 8]. Метою цього дослідження стала ідентифікація патологічного взаємовпливу неспсихотичних психічних розладів (НПР) пацієнтів із частковою втратою зору травматичного генезу та їх особистісних особливостей для визначення мішеней подальшої психотерапевтичної роботи з даним контингентом.

За умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики й деонтології, шляхом випадкового вибору в період після офтальмологічного втручання та визначення об'єму та прогнозу щодо втрати зору нами проведено скринінгове обстеження 400 осіб із частковою втратою зору травматичного генезу. В усіх пацієнтів було зафіксовано прояви гострої стресової реакції.

У термін від 1 до 3 міс після виписки зі стаціонару, під час проходження МСЕК нами здійснено поглиблене клініко-психопатологічне обстеження пацієнтів, на основі результатів якого було сформовано дві групи дослідження: основну (ОГД) — 200 хворих, в яких після травматичної події, що спричинила часткову втрату зору, діагностовано НПР, та групу порівняння (ГП) — 200 осіб, психічний стан яких відповідав умовній нормі.

Критерієм невключення в дослідження були: відсутність інформованої згоди, наявність в анамнезі психічних та поведінкових розладів або психотичних розладів на час обстеження; виражені

соматичні захворювання, перебіг яких може вплинути на психічний стан пацієнта.

Нозологічна структура діагностованих НПР була представлена психічними і поведінковими розладами кластеру F43 — реакція на стрес та адаптаційні розлади, серед яких домінувала змішана тривожно-депресивна реакція F43.22 (97 (48,5%) пацієнтів ОГД). Приблизно у третини пацієнтів були встановлені пролонгована депресивна реакція F43.21 (44 (22,0%) пацієнтів ОГД) адаптаційні розлади з переважанням порушення інших емоцій F43.23 (29 (14,5%) пацієнтів ОГД). У 23 (11,5%) хворих діагностовано посттравматичний стресовий розлад F43.1, а у 7 (3,5%) — адаптаційний розлад зі змішаним порушенням емоцій та поведінки F43.25.

Для ідентифікації базових особистісних характеристик — особистісних властивостей обстежених як преморбідного тла для розвитку НПР використовували 16-факторний особистісний опитувальник (ФОО) Р. Кеттелла (форма С) Sixteen Personality Factor Questionnaire, 1970) [9] (інтерпретація результатів здійснювалася з урахуванням вираженості окремих факторів, а також їх поєднань, що утворюють симптомокомплекси комунікативних, інтелектуальних, емоційних та регуляторних властивостей особистості).

Результати вивчення феноменологічних рис у пацієнтів ОГД та ГП відображені відповідно у табл. 1, 2. У першу чергу аналізувалися максимальні показники профілю, тобто найнижчі й найвищі значення факторів у профілі, особливо за тими показниками, що у «негативному» полюсі знаходяться в межах 1–3 стенів, а в «позитивному» — 8–10 стенів. Кожен фактор включав як якісну, так і кількісну оцінку внутрішньої природи людини, а також містив її характеристику з боку міжособистісних стосунків.

Результати за окремими факторами були згруповані за блоками по 3 напрямках, а саме:

комунікативним, емоційно-вольовим та інтелектуальним. Загальними особистісними властивостями в осіб із частковою втратою зору травматичного генезу, що визначені як предиктори розвитку НПР, були такі.

1. Комунікативний блок: фактор А (відкритість, замкнутість) виявив холодність, замкнутість, скептичність; фактор Н (сміливість) визначав у пацієнтів крайній ступінь нерішучості; фактор L (ставлення до людей) свідчив про виражену схильність до замкнутості, зайвої замисленості, підвищену роздратованість; фактор Е (підпорядкованість — домінування) характеризував більшість м'яких, поступливих, залежних, ласкавих, м'якосердих пацієнтів, які часто дають волю почуттям, легко впадають у сум'яття, а також показав високий ступінь конформності; фактор N (динамічність) виявив у пацієнтів вишукано-витончені, рафіновані, естетично розбірливі якості, пацієнти були невпевненими у собі та незадоволеними; фактор Q2 (залежність від групи) встановив наявність виражених конформних рис у обстежених.

2. Емоційно-вольовий блок: фактори С (емоційна стійкість) і G (ступінь соціальної організованості та нормативності) свідчили, що в цілому пацієнти мали низькі показники; фактор О (ступінь тривожності) виявив, що у обстежених

є залежність від настрою та дуже високий рівень боягузтва, погані передчуття; фактор Q3 визначив у обстежених високий ступінь внутрішнього напруження, наявність внутрішньоособистісного конфлікту, підпорядкованість своїм пристрастям, спонтанність у поведінці; фактор Q4 характеризував обстежених як осіб із недостатнім рівнем розвитку самоконтролю та дисциплінованості, невиконанням соціальних вимог, слабким контролем за власними емоціями, байдужих до власної репутації.

3. Інтелектуальний блок: фактор В (загальний рівень інтелекту) не виявив у більшості обстежених значного зниження інтелектуального рівня; фактор М (рівень розвитку уяви) показав високу вірогідність істеричних аномалій; фактор Q1 (сприйнятливості до нового, радикалізм) свідчив про відсутність у пацієнтів прагнення до підтримки встановлених понять, норм, принципів, традицій, але й показав їх сумнів у нових ідеях, заперечення необхідності змін та зазначив наявність скептицизму, інтелектуальних інтересів і сумнівів щодо фундаментальних проблем.

Результати вивчення особистісних властивостей осіб із частковою втратою зору травматичного генезу без НПР були також згруповані нами за таким самим принципом, а саме — за окремими факторами за блоками по 3 напрямках (табл. 2).

Таблиця 1

Феноменологічна структура рис в обстежених пацієнтів ОГД

Фактор	Феноменологічні риси		Всього		
	(-)	(+)	сер. стен	%	±m
1A	Замкнутість	Комунікабельність	3,4	3,4	1,8
2B	Конкретне мислення	Абстрактне мислення	5,7	5,6	2,3
3C	Емоційна нестійкість	Емоційна стійкість	3,4	3,4	1,8
4E	Покірність	Домінування	4,4	4,4	2,0
5F	Розважливості	Безтурботність	6,6	6,5	2,5
6G	Низка нормативності (безпринципності)	Висока нормативності (сила власного «Я»)	6,4	6,3	2,4
7H	Боязкість	Сміливість	3,7	3,7	1,9
8I	Жорсткість	Чутливість	7,7	7,6	2,7
9L	Довірливість	Підозрілість	7,7	7,6	2,7
10M	Практичність	Непрактичність	4,5	4,5	2,1
11N	Прямолінійність	Проникливість	6,1	6,0	2,4
12O	Спокій	Тривожність	8,8	8,7	2,8
13Q1	Консерватизм	Радикалізм	4,4	4,4	2,0
14Q2	Конформізм	Нонконформізм	7,7	7,6	2,7
15Q3	Низький самоконтроль (сугестивність)	Високий самоконтроль (самостійність)	3,3	3,3	1,8
16Q4	Розслабленість	Напруженість	8,8	8,7	2,8
17MD	Низька (адекватна) самооцінка	Висока (неадекватна) самооцінка	8,5	8,4	2,8

1. Комунікативний блок: фактор А (відкритість, замкнутість) показав відсутність у пацієнтів холодності, замкнутості, скептичності. В обстежених виявлено достатню гнучкість у стосунках із людьми; фактор Н (смівливість) заперечував у пацієнтів наявність рис авантюризму та нерішучості; фактор L (ставлення до людей) не встановлював виражених ознак замкнутості та роздратованості; фактор Е (ступінь домінування — підпорядкованості) визначив, що обстежені у переважній більшості були неавторитарні, поступливі, незалежні, вміли контролювати власні почуття; фактор N (динамічність) характеризував пацієнтів як впевнених та задоволених; фактор Q2 (залежність від групи) не виявив конформні риси, а саме залежність від чужої думки, віддавання переваги ухваленню рішення разом із іншими людьми, відсутність орієнтованості на соціальне схвалення.

2. Емоційно-вольовий блок: фактори С (емоційна стійкість) і G (ступінь соціальної організованості й нормативності) показали у пацієнтів в цілому вищий за середній рівень; фактор О (ступінь тривожності) виявив невисокий рівень залежності від настрою та середній рівень авантюризму; фактор Q3 характеризував відсутність високого ступеня внутрішніх напружень, внутрішньоособистісного конфлікту, керованість власною поведінкою;

фактор Q4 свідчив про наявність в обстежених достатнього рівня розвитку самоконтролю та дисциплінованості, точності у виконанні соціальних вимог, достатнього контролю за власними емоціями, турботи про свою репутацію.

3. Інтелектуальний блок: фактор В (загальний рівень інтелекту) не встановив у пацієнтів значного зниження інтелектуального рівня; фактор М (рівень розвитку уяви) не свідчив про ризик істеричних або демонстративних аномалій; фактор Q1 (сприйнятливості до нового, радикалізм) показав середній ступінь консерватизму, прагнення до підтримки встановлених понять, норм, принципів, традицій, нових ідей.

За результатами дослідження простежено динаміку соціальної та психологічної дезадаптації у пацієнтів ОГД та ГП. Аналізуючи дані, можна зазначити, що у пацієнтів ОГД спостерігалася найбільша кількість відхилень від середніх показників факторів особистості (високі й низькі значення стенів).

Згідно з результатами аналізу фактора А у більшості пацієнтів (88,0%) виявлено безкомпромісний, замкнутий, холодний, скептичний характер. За фактором В встановлено наявність у пацієнтів труднощів у навчанні, умінні аналізувати й узагальнювати. За фактором F дезадаптація виникла

Таблиця 2

Феноменологічна структура рис у досліджених ГП

Фактор	Феноменологічні риси		Всього		
	(-)	(+)	сер. стен	%	±m
1A	Замкнутість	Комунікабельність	5,9	5,2	2,2
2B	Конкретне мислення	Абстрактне мислення	8,9	7,8	2,7
3C	Емоційна нестійкість	Емоційна стійкість	7,9	6,9	2,5
4E	Покірність	Домінування	7,7	6,7	2,5
5F	Розважливості	Безтурботність	8,8	7,7	2,7
6G	Низка нормативності (безпринципності)	Висока нормативності (сила власного «Я»)	8,9	7,8	2,7
7H	Боязкість	Сміливість	7,1	6,2	2,4
8I	Жорсткість	Чутливість	5,5	4,8	2,1
9L	Довірливість	Підозрілість	4,6	4,0	2,0
10M	Практичність	Непрактичність	5,9	5,2	2,2
11N	Прямолінійність	Проникливість	7,7	6,7	2,5
12O	Спокій	Тривожність	5,5	4,8	2,1
13Q1	Консерватизм	Радикалізм	8,1	7,1	2,6
14Q2	Конформізм	Нонконформізм	5,5	4,8	2,1
15Q3	Низький самоконтроль (сугестивність)	Високий самоконтроль (самостійність)	7,7	6,7	2,5
16Q4	Розслабленість	Напруженість	4,1	3,6	1,9
17MD	Низька (адекватна) самооцінка	Висока (неадекватна) самооцінка	4,5	3,9	1,9

у пацієнтів через песимізм, імпульсивність та безтурботність (89,0% випадків). За фактором N обстеженим пацієнтам (76,9%) були властиві такі риси характеру, як відкритість, спонтанність у поведінці, у суспільстві, відсутність самоаналізу, невпевненість у собі. У цілому, в 95,0% пацієнтів ОГД діагностовано проблеми у комунікативній сфері (стосунки з оточуючими). За фактором G визначено риси, які є дезадаптуєчими, а саме — безпринципність, недбалість, легковажність, ненадійність, непостійність. Пацієнти (70,5%) створювали перешкоди й труднощі для оточуючих. За фактором H встановлено підвищену сміливість, авантюризм, реактивність, а також сором'язливість, нерішучість, невіру в себе (75,0% випадків). Визначено полярність за фактором I, де дезадаптуєчими рисами пацієнтів є нетерпимість, залежність від інших, іпохондричність, боязкість, підвищена мрійливість, витонченість, непрактичність, що виявлялися у цинічності, нечуттєвості до себе та інших, скептицизмі та самовпевненості. За фактором M встановлено заглиблення у себе та безпорадність у практичних справах, конфліктність у колективі, істеричні риси.

За результатами досліджень факторів групи Q виявлено таке: за фактором Q1 — радикалізм, інтелектуальні інтереси й сумніви щодо фундаментальних проблем, скептицизм, схильність до експериментування і нововведень спостерігалися в 65,0% випадків; за фактором Q2 — самотійність, наявність власної думки, незалежність у поглядах; за фактором Q3 — брак самоконтролю, індиферентність, внутрішня конфліктність, недисциплінованість, недотримання правил, спонтанність у поведінці; за фактором Q4 — внутрішня напруженість, збудженість, схвильованість, дратівливість, нетерплячість. Комунікативні проблеми мали 65,0% пацієнтів.

В обстежених ГП, у цілому, типологічні особливості особистості характеризували здатність до адаптивності (98,0% випадків), а саме — терпимість, незалежність від інших, практичність. Для 95,0% пацієнтів не були характерні цинічність, нечуттєвість до себе та інших, скептицизм та самовпевненість, тобто на першому місці як головні адаптивні фактори були риси, що підтримували нормальне, «здорове» функціонування у макросоціумі.

Таким чином, дослідження типологічних особливостей особистості показало, що у пацієнтів ОГД є певні характерологічні риси, які зумовлюють розвиток НПР, що у свою чергу стають своєрідним захистом від розвитку цих розладів у хворих ГП. Ураховуючи вищевикладені результати, нами складено усереднений профіль особистості за первинними факторами для усіх пацієнтів досліджених

груп. За результатом аналізу профілю особистості пацієнтів ОГД та ГП (табл. 3) нами було надано узагальнюючі характеристики профілів особистості за первинними факторами, відокремленими із L-даних (фактори А-О) для опитуваних у групах.

I. За фактором 1А (замкнутість — комунікабельність) опитувані із низькими оцінками (0–6 балів) характеризувалися скритністю, відособленістю, відчуженістю, недовірливістю, замкнутістю, критичністю, схильністю до об'єктивності, ригідності, зайвої суворості в оцінці людей (89,0% пацієнтів ОГД та 30,0% — ГП), труднощами у встановленні міжособистісних, безпосередніх контактів (85,0% опитуваних ОГД та 28,0% — ГП). Пацієнтам із високими оцінками (7–12 балів) були властиві товариськість, відкритість, природність, невимушеність, готовність до співробітництва, пристосованість, увага до людей, готовність до спільної роботи (відповідно 11,0% пацієнтів з ОГД та 70,0% — з ГП), легкість у встановленні міжособистісних контактів, схильність до соціальної схвальності (15,0% пацієнтів ОГД та 72,0% — ГП).

II. Пацієнти із низькими оцінками (0–3 балів) за фактором 2В (конкретне мислення — абстрактне мислення (інтелект)) характеризувалися ригідністю й конкретністю мислення, зниженою оперативністю мислення, недостатнім рівнем загальної вербальної культури, труднощами у вирішенні абстрактних завдань (65,0 та 22,0% пацієнтів відповідно ОГД та ГП). У свою чергу, пацієнтам із високими оцінками (4–8 балів) були властиві розвинене абстрактне мислення, оперативність, кмітливість, швидка научуваність (22,0 та 40,0% опитуваних ОГД та ГП відповідно), високий рівень вербальної культури (13,0% обстежених ОГД, 38,0% у ГП).

III. Пацієнтам із низькими оцінками (0–6 балів) за фактором 3С (емоційна нестійкість — емоційна стійкість) властиві перебування під впливом почуттів, мінливість настрою, нестійкість інтересів, емоційна нестійкість (80,0% опитуваних ОГД, 77,0% — ГП). Для них характерні низька толерантність до фрустрації, дратівливість, стомлюваність, безвладність (85,0% пацієнтів ОГД, 25,0% — ГП). На противагу, пацієнтам із високими оцінками (7–12) були властиві витриманість, емоційна стійкість (20,0% опитуваних ОГД та 70,0% — ГП). Пацієнти були емоційно зрілі, спокійні, стійкі в інтересах, працездатні, лише інколи ригідні, орієнтовані на реальність (15,0% пацієнтів ОГД, 75,0% — ГП).

IV. Пацієнтам із низькими оцінками (0–5 балів) за фактором 4Е (покірність (залежність) — домінування) були властиві покірливість, послужливість, шанобливість, сором'язливість, скромність, експресивність, м'якість, поступливість, тактовність, люб'язність, залежність, схильність

Профіль особистості обстежених пацієнтів ОГД та ГП за факторами 16-ФОО

Фактор	Феноменологічні риси (-)	Середній бал												Феноменологічні риси (+)	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		12
1A	Замкнутість				○			●							Комунікабельність
2B	Конкретне мислення (інтелект)							○						●	Абстрактне мислення
3C	Емоційна нестійкість				○									●	Емоційна стійкість
4E	Покірність (залежність)				○									●	Домінування
5F	Розважливість (стурбованість)									○				●	Безтурботність
6G	Низька нормативність (безпринципність)							○						●	Висока нормативність (сила власного «Я»)
7H	Боязкість (обережність)				○									●	Сміливість
8I	Жорсткість									○				●	Чутливість (піддатливість)
9L	Довірливість							●						○	Підозрілість
10M	Практичність							○						●	Непрактичність (мрійність)
11N	Прямолінійність									○				●	Проникливість (гнучкість)
12O	Спокій												○	●	Тривожність
13Q1	Консерватизм							○						●	Радикалізм
14Q2	Конформізм												○	●	Нонконформізм
15Q3	Низький самоконтроль (сугестивність)				○									●	Високий самоконтроль (самостійність)
16Q4	Розслабленість												○	●	Напруга
17MD	Низька (адекватна) самооцінка												○	●	Висока (неадекватна) самооцінка
F1	Низька тривожність													○	Висока тривожність
F2	Внутрішня спрямованість (інтроверт)													○	Зовнішня спрямованість (екстраверт)
F3	Чутливість													○	Врівноваженість
F4	Підпорядкованість													○	Лідерство

Примітка. ○ — ОГД, ● — ГП.

легко втрачати рівновагу (80,0% опитуваних ОГД, 25,0% — ГП). Відмова від визнання зовнішньої влади, неохочість до авторитарної поведінки спостерігалися у 19,0% пацієнтів ОГД та 22,0% — ГП. На противагу, пацієнтам із високими оцінками (6–12 балів) були властиві незалежність, наполегливість, упертість, самостійність, напористість (20,0% пацієнтів ОГД та 75,0% — ГП). У свою чергу, конфліктність, агресивність, бунтарство були властиві 81,0% у ОГД та 78,6% у ГП.

V. Пацієнтам із низькими оцінками (0–5 балів) за фактором 5F (розважливості (стурбованість) — безтурботності) були властиві розважливості у виборі партнера по спілкуванню, розсудливості, обережності (15,0% обстежених ОГД та 66,0% — ГП), песимістичності у сприйнятті дійсності,

стриманості у прояві емоцій, схильності до заклопотаності, занепокоєння щодо майбутнього (40,0% пацієнтів ОГД та 14,0% — ГП). Для пацієнтів із високими оцінками (6–12) були характерні життєрадісність, імпульсивність, захопленість, безтурботність, емоційна яскравість у відносинах між людьми, безрозсудність у виборі партнерів по спілкуванню, емоційна значущість соціальних контактів, експресивність, експансивність, динамічність спілкування, що передбачають емоційне лідерство в групах (для 45,0 та 20,0% опитуваних у групах ОГД і ГП відповідно).

VI. Фактор 6G характеризував особливості емоційно-вольової сфери, а саме організованість, безвідповідальність, наполегливість, особливості регуляції соціальної поведінки (прийняття або

ігнорування загальноприйнятих моральних правил і норм). Пацієнтам із низькими оцінками (0–6 балів) за фактором 6G (низька нормативність (безпринципність) — висока нормативність (сила власного «Я»)) була властива схильність до мінливості та впливу почуттів і обставин (у 65,0 % опитуваних ОГД та 16,0 % — ГП). Пацієнти не докладали зусиль для виконання групових вимог і норм. Вони відзначалися імпульсивністю, відсутністю погодженості із загальноприйнятими моральними правилами і стандартами, неорганізованістю, безвідповідальністю, гнучкістю щодо соціальних норм, свободою від їх впливу, іноді безпринципністю і схильністю до асоціальної поведінки (75,0 % пацієнтів ОГД та 20,0 % — ГП). На противагу, опитуваним із високими оцінками (7–12) були властиві відповідальність, стабільність, урівноваженість, наполегливість, сумлінність, схильність до моралізування, розумність, совісність (35,0 % пацієнтів ОГД та 84,0 % — ГП). Розвинене почуття обов'язку й відповідальності, усвідомлене дотримання загальноприйнятих моральних правил і норм, наполегливість у досягненні мети, ділова спрямованість були характерні для 25,0 % пацієнтів ОГД та 80,0 % — ГП. Високі оцінки визначали вольові риси особистості та схильність до конформізму і співробітництва.

VII. Пацієнтам із низькими оцінками (0–5 балів) за фактором 7H (боязкість (обережність) — сміливість) були властиві соціальна пасивність, делікатність, уважність до інших, підвищена чутливість до загрози, боязкість, сором'язливість, емоційна стриманість, обережність, перевага індивідуального стилю діяльності, групування для спілкування у малі групи, труднощі у прийнятті самостійних рішень (70,0 та 20,0 % пацієнтів ОГД і ГП відповідно). Пацієнти із високими оцінками (6–12 балів) були активні, сміливі, заповзятливі (15,0 % опитуваних ОГД, 44,0 % — ГП). Такі особи мали схильність до авантюризму й прояву лідерських якостей, емоційні інтереси, готовність до ризику й співробітництва з незнайомими людьми та у незвичних обставинах, здатність приймати самостійні, неординарні рішення (15,0 % пацієнтів, 36,0 % — ГП).

VIII. Хворим із низькими оцінками (0–5 балів) за фактором 8I (жорсткість — чутливість (піддатливість)) були властиві гнучкість у судженнях, практичність, іноді деяка суворість і черствість щодо оточення, раціональність, самовпевненість, безпристрасність, логічність (34,0 % пацієнтів ОГ, 70,0 % — ГП). Навпаки, хворим із високими оцінками (6–12 балів) були властиві художнє сприйняття світу, розвинені естетичні інтереси, артистичність, жіночність, чутливість, вразливість, багатство емоційних переживань, схильність до

романтизму, емпатії, співчуття, співпереживання і розуміння інших людей, витончена емоційність (66,0 % опитуваних ОГД, 30,0 % — ГП).

IX. Хворим із низькими оцінками (0–5 балів) за фактором 9L (довірливість — підозрілість) властиві терпимість, лагідність, відкритість, поступливість (27,0 % пацієнтів ОГД, 78,0 % — ГП). Проте для пацієнтів із високими оцінками (6–12 балів) були характерні схильність до ревнощів, прагнення перекласти відповідальність за помилки на оточуючих, обережність, егоцентричність, настороженість щодо людей, дратівливість (73,0 % опитуваних ОГД та 22,0 % ГП). Дуже високі оцінки за цим фактором свідчили про надмірний захист і емоційну напруженість, фрустрованість особистості.

X. Хворим із низькими оцінками (0–5 балів) за фактором 10M (практичність — непрактичність (мрійність)) були властиві прозаїчність, орієнтація на зовнішню реальність, розвинена конкретна уява, практичність, висока швидкість розв'язання практичних завдань, реалістичність (37,0 % пацієнтів ОГД, 82,0 % — ГП). Їх характеризували врівноваженість і розсудливість. Пацієнтам із високими оцінками (6–12 балів) були властиві поглиненість своїми ідеями, внутрішніми ілюзіями, легкість відмови від практичних суджень, багата уява, вміння оперувати абстрактними поняттями, орієнтованість на свій внутрішній світ, мрійність (63,0 та 18,0 % відповідно у пацієнтів ОГД і ГП).

XI. Хворі з низьким балом (0–5) за фактором 11N (прямолинійність — проникливість (гнучкість)) вирізнялися природністю, безпосередністю, емоційністю, недисциплінованістю, невмінням аналізувати мотиви партнера, відвертістю, простотою, наївністю, прямолинійністю, безтактністю, відсутністю проникливості, простотою смаків (70,0 % обстежених ОГД, 20,0 % — ГП). У свою чергу, пацієнтам із високими оцінками (6–12 балів) були властиві емоційна витриманість, проникливість, обережність, хитрість, естетична витонченість, вишуканість, уміння поводитися в суспільстві, дипломатичність у спілкуванні, уміння знаходити вихід зі складних ситуацій, заощадливість (30,0 % опитуваних ОГД, 80,0 % — ГП).

XII. Для хворих із низькими оцінками (0–6 балів) за фактором 12O (спокій — тривожність) характерні безтурботність, небоязкість, холоднокровність, спокій, самовпевненість, життєрадісність, упевненість у собі та своїх силах, відсутність каяття й почуття провини (80,0 % пацієнтів ОГД та 77,0 % — ГП). Низькі оцінки свідчили про труднощі у подоланні невдач. Проте пацієнтам із високими оцінками (7–12 балів) були властиві страх, невпевненість у собі, схильність до передчуттів, самобичування, чутливість до схвалення оточенням, уразливість, іпохондричність, почуття провини

та невдоволення собою (20,0 % опитуваних ОГД, 23,0 % — ГП). У цілому такі особистості відчували власну нестійкість, напруженість у важких життєвих ситуаціях, легко втрачали самовладання.

Узагальнена характеристика профілю особистості за первинними факторами, виокремленими із Q-даних, в обстежених була такою.

XIII. Хворі із низькими оцінками (0–6 балів) за фактором 13Q1 (консерватизм — радикалізм) мали схильність до моралізації, виявляли опір змінам, консервативність, стійкість щодо традицій, сумніви стосовно нових ідей і принципів, вузькі інтелектуальні інтереси (у пацієнтів ОГД та ГП відповідно 67,0 і 16,0 %). Пацієнтам із високими оцінками (7–12 балів) були властиві розвинене аналітичне мислення, сприйнятливості до змін, до нових ідей, недовіра до авторитетів, експериментаторство, наявність інтелектуальних інтересів, відмова приймати будь-що на віру, спрямованість на аналітичну, теоретичну діяльність (33,0 % пацієнтів ОГД, 84,0 % — ГП). Вони були готові до порушення звичок та усталених традицій, їм властива незалежність суджень, поглядів і поведінки.

XIV. Хворі із низькими оцінками (0–5 балів) за фактором 14Q2 (конформізм — нонконформізм) погоджувалися із суспільною думкою, прагнули працювати і приймати рішення разом з іншими людьми, виявляли залежність від думки та вимог групи, соціабельність, низьку самостійність, орієнтацію на соціальне схвалення (78,0 % опитуваних ОГД та 37,0 % — ГП). Пацієнтам із високими оцінками (6–12 балів) були властиві орієнтація на власні рішення, самостійність, спритність, незалежність, прагнення мати власну думку (22,0 % пацієнтів ОГД, 63,0 % — ГП).

XV. Хворі із низькими оцінками (0–5 балів) за фактором 15Q3 (низький самоконтроль (сугестивність) — високий самоконтроль (самостійність)) демонстрували потурання своїм бажанням, залежність від настроїв, низьку дисциплінованість, невміння контролювати свої емоції та поведінку (86,0 % опитуваних ОГД, 26,0 % — ГП). Низькі оцінки за цим фактором вказували на слабку волю та поганий самоконтроль. Такі пацієнти були імпульсивними у діяльності. Хворим із високими оцінками (6–12 балів) були властиві уміння контролювати свої емоції та поведінку, цілеспрямованість, сильна воля (14,0 % пацієнтів ОГ, 74,0 % — ГП). Обстежені із високими оцінками за цим фактором мали соціально схвалювані характеристики: наполегливість, свідомість, самоконтроль, схильність до дотримання етикету.

XVI. Пацієнтам із низькими оцінками (0–7 балів) за фактором 16Q4 (розслабленість — напруженість) вирізнялися низькою мотивацією, розслабленістю, млявістю, апатичністю, незворушністю

(45,0 % опитуваних ОГД, 30,0 % — ГП). Хворим із високими оцінками (8–12 балів) були властиві напруженість, фрустрованість, підвищена мотивація, зібраність, енергійність, занепокоєння, дратівливість (43,0 % опитуваних ОГД, 55,0 % — ГП). Обстежені із високими оцінками (10–12 балів) мали енергетичну збудженість, що вимагала розрядки, порушення рівноваги, агресивність (12,0 % опитуваних ОГД, 15,0 % — ГП).

XVII. Для пацієнтів із низькими оцінками (0–4 балів) за фактором 17 MD (низька (адекватна) самооцінка — висока (неадекватна) самооцінка) були характерні невдоволення собою, невпевність у собі, зайва критичність до себе (78,0 та 27,0 % відповідно в опитуваних із ОГД та ГП). У свою чергу, пацієнтам із високими оцінками (10–14 балів) були властиві переоцінка власних можливостей, самовпевненість і самодостатність (22,0 % хворих ОГД, ГП — 73,0 %).

Проводячи дослідження з перевірки L- та Q-даних, Кеттелл виділив 8 факторів другого порядку. Теоретично, виходячи з факторної теорії особистості, фактори другого порядку можна розглядати як генералізовані риси особистості. Незважаючи на те що Кеттелл визначив 8 вторинних факторів, можна відзначити, що більшість психологів використовують тільки 4 або 5 із них. На основі аналізу вторинних факторів, виокремлених із L-даних (фактор F), для опитуваних двох груп було сформовано узагальнені профілі особистості.

1. Хворі із низькими балами за фактором F1 (низька тривожність (притосованість) — висока тривожність (притосованість)) були задоволені тим, що здатні домогтися того, що їм здавалося важливим (31,0 % опитуваних ОГД, 74,0 % — ГП). Проте у таких особистостей виявлено брак мотивації у складних ситуаціях. У хворих із високими балами було встановлено високий рівень тривоги в її звичайному розумінні (69,0 % пацієнтів ОГД, 26,0 % — ГП). В цілому тривога була обумовлена ситуаційно, а дуже висока тривога порушувала продуктивність діяльності.

2. У хворих із низькими балами за фактором F2 (внутрішня спрямованість (інтроверт) — зовнішня спрямованість (екстраверт)) визначалися самозадоволення, обмеження міжособистісних контактів, схильність до емоційної сухості (70,0 % опитуваних ОГД, 20,0 % — ГП). Натомість пацієнтам із високим балом були властиві соціальна контактність, незагальмованість, легкість встановлення й підтримки міжособистісних зв'язків (30,0 % опитуваних ОГД та 80,0 % — ГП).

3. Хворі із низькими балами за фактором F3 (чутливість — урівноваженість) виявили тенденцію зазнавати труднощів у зв'язку з підвищеною

емоційністю (77,0 та 30,0% у пацієнтів ОГД та ГП відповідно). Обстежені були незадоволені й напружені. Їм властиві чутливість до нюансів життя, артистичні здібності й м'якість. Пацієнтів із високим балом можна назвати рішучими та гнучкими особистостями (23,0% опитуваних ОГД, 70,0% — ГП).

4. Хворі із низькими балами за фактором F4 (підпорядкованість (конформність) — сміливість) характеризувалися як особистості, залежні від групи, пасивні, зорієнтовані на людей (78,0% пацієнтів ОГД, 28,0% — ГП). Обстежені із високим балом були незалежні, відважні, ініціативні (22,0% опитуваних ОГД, 72,0% — ГП).

Узагальненням результатів дослідження визначено диференціацію проблемних особистісних сфер у пацієнтів обох груп, а саме: у хворих ОГД найбільш скомпрометованою виявилась емоційно-вольова сфера, ГП — комунікативна. Серед домінуючих особистісних особливостей в обстежених ОГД виявлено скептицизм, безкомпромісність (фактор А); наявність труднощів в аналізованні та узагальненні (фактор В); дезадаптація за рахунок безтурботності, імпульсивності, песимізму (фактор F); спонтанність у поведінці, відсутність самоаналізу, невпевненість у собі (фактор N). Пацієнти характеризувалися нетерплячістю, схильністю до заклопотаності та смутку, відкладенням вирішень складних питань (фактор С). Вони відзначалися такими рисами, як легковажність, ненадійність, за рахунок яких створювали перешкоди й труднощі для оточуючих (фактор G), відрізнялись, з одного боку, реактивністю, а з іншого — сором'язливістю, нерішучістю, невірою в себе (фактор H). Їм були притаманні нетерпимість, залежність від інших, іпохондричність, боязкість, підвищена мрійливість, непрактичність (фактор I), безпорадність в практичних справах, конфліктність у колективі (фактор M). У хворих ГП типологічні особливості особистості характеризували здатність до адаптивності, а саме — терпимість, незалежність від суджень

інших, практичність. Обстежені характеризувалися відсутністю цинічності, нечуттєвістю до себе та інших, скептицизмом та самовпевненістю.

Отримані дані були враховані нами у розробці системи комплексного лікування даного контингенту пацієнтів.

Література

1. *Loprinzi P. D.* Association Among Depression, Physical Functioning, and Hearing and Vision Impairment in Adults With Diabetes / P. D. Loprinzi, E. Smit, G. Pariser // *Diabetes Spectrum*.— 2013.— Vol. 26, № 1.— P. 6–15.
2. *Blindness, Fear of Sight Loss, and Suicide* / D. De Leo, P. A. Hickey, G. Meneghel, C. H. Cantor // *Psychosomatics*.— 1999.— Vol. 40.— P. 339–344.
3. *Blindness and High Suicide Risk?* / T. J. Hine, N. J. Pitchford, F. A. A. Kingdom, R. Koenekoop // *Psychosomatics*.— 2000.— Vol. 41, Iss. 4.— P. 370–371.
4. *Du Feu M.* Sensory impairment and mental health / M. du Feu, K. Fergusson // *Advances in Psychiatric Treatment*.— 2003.— Vol. 9.— P. 95–103.
5. *Thurston Mh.* An inquiry into the emotional impact of sight loss and the counselling experiences and needs of blind and partially sighted people / Mh. Thurston // *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice*.— 2010.— Vol. 10, Iss. 1.— P. 3–12.
6. *Vision-Specific Distress and Depressive Symptoms in People with Vision Impairment* / G. Rees, H. W. Tee, M. Marella [et al.] // *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci*.— 2010.— Vol. 51, № 6.— P. 2891–2896.
7. *Janoff-Bulman R.* Posttraumatic Growth: Three Explanatory Models / R. Janoff-Bulman // *Psychological Inquiry*.— 2004.— Vol. 15, Iss. 1.— P. 30–34.
8. *Tedeschi R. G.* Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence / R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun // *Psychological Inquiry*.— 2004.— Vol. 15, Iss. 1.— P. 1–18.
9. *Карвасарский Б. Д.* Клиническая психология: учебник для вузов: 4-е изд. / Б. Д. Карвасарский.— СПб.: Питер, 2011.— 864 с.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗРЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА КАК ПРЕВЕНТОРЫ РАЗВИТИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Ц. Б. АБДРЯХИМОВА

На основе психодиагностического обследования 400 больных с частичной потерей зрения травматического генеза установлены их индивидуально-психологические особенности и выделены те, которые оказывают влияние на формирование непсихотических психических расстройств у данного контингента пациентов.

Ключевые слова: частичная потеря зрения травматического генеза, непсихотические психические расстройства, индивидуально-психологические особенности.

INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PERSONS WITH PARTIAL LOSS OF VISION OF TRAUMATIC ORIGIN AS PREVENTERS OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS

C. B. ABDRIAKHIMOVA

On the basis of psychodiagnostic investigation of 400 patients with partial loss of vision of traumatic origin their individual psychological characteristics were established. Those that have an impact on the formation of non-psychotic mental disorders in this group of patients are highlighted.

Key words: partial loss of vision of traumatic origin, non-psychotic mental disorders, individual psychological characteristics.

Надійшла 12.04.2013