

ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНІ І ПОВЕДІНКОВІ ПАТЕРНИ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ТРИВОЖНИМИ РОЗЛАДАМИ НЕВРОТИЧНОГО ТА ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Вивчено патоперсоналогічні особливості та провідні патерни поведінкового реагування хворих на тривожні розлади різного генезу при створенні терапевтичних підходів у лікуванні цього контингенту. Виділено різні варіанти мозаїчного деструктивного поєднання патоперсоналогічних і поведінкових патернів, а встановлені відмінності покладено в основу авторської розробки диференційованих заходів їх психокорекції та психопрофілактики.

Ключові слова: тривожні розлади, невротичні розлади, органічні розлади, патоперсоналогічні особливості, поведінкові патерни.

Проблема психічних розладів не втрачає своєї актуальності у сучасних умовах через два основні аспекти: по-перше, стан психічного здоров'я населення є пріоритетним напрямком розвитку медичної науки, по-друге, збільшується число психічних розладів у всіх країнах світу. Стійка тенденція до зростання розладів психіки та поведінки серед населення в останнє десятиліття обумовлена безліччю різнопланових стресогенних впливів і відзначається переважно за рахунок збільшення числа межової патології.

Як свідчить аналіз результатів епідеміологічних досліджень, проведених за 25 років у 60 країнах світу, середньорічний показник підвищення рівня поширеності невротичних розладів становить 10,8%, у тому числі в країнах, що розвиваються, — 30,4%, у розвинених — 8,4%, у Східній Європі — 5,4% [1–4].

Уявлення про розповсюдженість розладів психіки, їхні генез та класифікацію залишаються суперечливими. Наприклад, S. Schnabl, посиляючись на доповідь ВООЗ, зазначав, що близько 10,0% населення індустріально розвинених країн страждає на невротичні розлади. Проте в амбулаторіях Нью-Йорка у 80,0% пацієнтів виявляють невротичні розлади, у 65,0% жителів Берліна було зафіксовано невротичні симптоми [5]. При проведенні загальномедичних оглядів населення поширеність психічних розладів становить у Канаді до 50,0%, Німеччині — 32,7%, Норвегії — 26,6%, Нігерії — 22,4%, Англії — 22,0%, Австралії — 14,8%.

Епідеміологічні дослідження показують, що в структурі психічної патології тривожні розлади (ТР) — друга за поширеністю група психічних порушень після розладів настрою. ТР належать до найпоширеніших форм психічної патології. За даними епідеміологічних досліджень, протягом життя

тривожні стани розвиваються приблизно у чверті популяції. Симптоми патологічної тривоги виявляються у 30–40% хворих, які звертаються до лікарів загальномедичної практики.

Клінічні прояви ТР характеризуються двома групами симптомів: 1) психічними, які виявляються тривогою, почуттям внутрішнього неспокою, відчуттям внутрішньої напруги, скутості, неможливістю розслабитися, підвищеною нервозністю і дратівливістю, зниженням концентрації уваги і, як наслідок, порушенням пам'яті, труднощами засинання, порушенням нічного сну, підвищеною стомлюваністю і різними страхами; 2) соматичними — прискореним серцебиттям, задишкою, відчуттям здавлювання в грудях і горлі, відчуттями «жару» або «холоду», підвищеною пітливістю, вологістю долонь, нудотою, розладами з боку шлунково-кишкового тракту, болями в животі, запамороченнями, переднепритомним станом, внутрішнім тремором, м'язовими посмикуваннями, болями у м'язах, прискореним сечовипусканням і зниженням лібідо.

ТР відзначаються при ендогенній, екзогенній та органічній патології, і така поліетіологічність ускладнює їх клінічну картину, діагностику та терапію, обумовлює не тільки складну поліморфну симптоматику, але й високий рівень інвалідності, значне зниження якості життя пацієнтів [6, 7].

Найбільш розповсюдженою та науково обґрунтованою є психофармакологічна корекція ТР із використанням транквілізаторів, антидепресантів і малих нейролептиків. Проте при всій важливості та перспективності застосування медикаментозних засобів їх використання вирішує не стратегічні, а лише тактичні завдання. Крім того, виходячи з поліетіологічності виникнення ТР, ефективну стратегію їх лікування неможливо побудувати без урахування специфіки генезу три-

воги, що обумовлює різні терапевтичні підходи та мішені психотерапевтичного впливу.

Метою роботи було вивчення патоперсонологічних особливостей та провідних патернів поведінкового реагування хворих на ТР різного генезу для врахування відмінностей їх вразливості при створенні диференційованих терапевтичних підходів у лікуванні цих контингентів пацієнтів.

Для досягнення поставленої мети з дотриманням принципів біоетики та деонтології протягом 2011–2015 рр. на базі Полтавського обласного психоневрологічного диспансеру було обстежено 200 пацієнтів із ТР. Групу 1 становили 100 хворих із ТР невротичного генезу, групу 2 — 100 пацієнтів із ТР органічного походження.

За гендерним розподілом серед обстежених групи 1 жінок було 53%, чоловіків — 47%; в групі 2 чоловіків було 54%, жінок — 46%. У віковому діапазоні серед пацієнтів групи 1 превалювали особи до 50 років: 27,0% — до 30 років, 30,0% — до 40, 33,0% — до 50. У групі 2 70% хворих були у віці від 41 до 60 років. Серед респондентів обох груп переважали особи із середньою або середньою спеціальною освітою (83,0% у групі 1 та 80,0% у групі 2). У групі 1 хворих, що мали власну родину, було більше, ніж у групі 2 (63,0% проти 40,0%), а кількість самотніх осіб була значно меншою (7,0% проти 27,0%). Серед пацієнтів групи 1 найбільшу частку становили безробітні — 53,0%, а групи 2 — пенсіонери, на яких припадало 40,0%. У групі 1 спадковість на психічну патологію визнано у 47,0% випадків, у групі 2 — 31,0%. Супровідна соматична патологія спостерігалася в усіх пацієнтів групи 2 (у першу чергу, захворювання серцево-судинної системи — 83,0% випадків) та у значно меншій кількості осіб групи 1 (47,0%).

Патоперсонологічні властивості обстежених визначали за допомогою опитувальника К. Леонгарда — Г. Шмішека, призначеного для діагностики типу акцентуацій характеру особистості. Опитувальник містить десять шкал відповідно до виділених К. Леонгардом типів акцентуованих рис характеру і складається з 88 запитань [8]. Авторами визначено такі типи акцентуацій характеру:

гіпертимний (відзначаються значна рухливість, товариськість, балакучість, виразність жестів, міміки, надмірна самостійність, завищена самооцінка, схильність до аморальних вчинків, підвищена дратівливість, прожектерство, недостатньо серйозне ставлення до своїх обов'язків);

застрягаючий (притаманні занудливість, схильність до моралізаторства, уявна несправедливість до себе, у зв'язку з чим виявляються недовірливість і настороженість до оточуючих, чутливість до образ і прикростей, підозрілість, схильність до афективного реагування);

емотивний (характерні емоційність, чуттєвість, тривожність, вразливість, слізливність, прагнення уникання конфліктів, переживання образ у собі);

педантичний (превалюють ригідність, інертність психічних процесів, посидючість, тривале переживання психотравмуючих подій, пунктуальність, акуратність, скрупульозність, прагнення до чистоти і порядку, чіткого дотримання плану, уникання лідерських позицій);

тривожний (властиві низька контактність, мінорний настрій, сором'язливість, невпевненість у собі, схильність піддаватися чужому впливу, образливість, чутливість, почуття власної неповноцінності);

циклотимний (спостерігаються зміни гіпертимних та дистимічних станів, часті зміни настрою, залежність від зовнішніх подій);

демонстративний (властиві підвищена здатність до витіснення, демонстративність поведінки, жвавість, рухливість, легкість у встановленні контактів, завищення самооцінки на рівні домагань);

збудливий (характерні недостатня керованість, імпульсивність, грубість, гнівливість, схильність до хамства та сварок, конфліктів, спровокованих із власної ініціативи, послаблений контроль над потягами та спонуканнями, байдужість до майбутнього);

дистимічний (домінують серйозність, пригніченість настрою, повільність, слабкість волевих зусиль, песимізм, низький рівень комунікабельності та самооцінки, схильність фіксуватись на негативних переживаннях);

афективно-екзальтований (відзначаються висока контактність, балакучість, влюбливість, панікерство, схильність до миттєвих настроїв, поривчастість, емоційна лабільність).

Для діагностики провідних поведінкових патернів ми застосовували методику психологічної діагностики копінг-поведінки Е. Хайма [8], яка дає змогу досліджувати 26 ситуаційно-специфічних варіантів копінгу, класифікованих відповідно до трьох основних сфер психічної діяльності, — когнітивний, емоційний і поведінковий копінг-механізми.

Адаптивними (продуктивними) варіантами копінг-поведінки серед когнітивних копінг-стратегій є «проблемний аналіз», «установка власної цінності», «збереження самовладання» — форми поведінки, спрямовані на аналіз виниклих труднощів і можливих шляхів виходу з них, підвищення самооцінки і самоконтролю, більш глибоке усвідомлення власної цінності як особистості, наявності віри у власні ресурси в подоланні важких ситуацій; серед емоційних копінг-стратегій — «протест», «оптимізм», що є емоційним станом з активним обуренням і протестом по відношенню

до труднощів і впевненістю в наявності виходу із будь-якої, навіть найскладнішої ситуації; серед поведінкових копінг-стратегій — «співпраця», «звернення», «альтруїзм», під якими розуміють таку поведінку особистості, при якій вона співпрацює зі значущими (більш досвідченими) людьми, шукає підтримки у найближчому соціальному оточенні або сама пропонує її близьким у подоланні труднощів.

Неадаптивними (непродуктивними) варіантами копінг-поведінки серед когнітивних копінг-стратегій визначено: «смирненність», «розгубленість», «дисимуляцію», «ігнорування» — пасивні форми поведінки з відмовою від подолання труднощів через зневіру у власних силах та інтелектуальних ресурсах, з умисною недооцінкою неприємностей; серед емоційних копінг-стратегій — «придушення емоцій», «покірність», «самозвинувачення», «агресивність», що є варіантами поведінки, які характеризуються пригніченим емоційним станом, безнадійністю, покірністю, переживанням злості і покладанням провини на себе й інших; серед поведінкових копінг-стратегій — «активне уникнення», «відступ», тобто поведінка, що передбачає уникання думок про неприємності, пасивність, самотність, ізоляцію, прагнення піти від активних інтерперсональних контактів, відмову від вирішення проблем.

Відносно адаптивними (відносно продуктивними) варіантами копінг-поведінки, конструктивність яких залежить від значущості і вираженості ситуації подолання, нами визначено такі: серед когнітивних копінг-стратегій — «відносність», «додача сенсу», «релігійність», тобто форми поведінки, спрямовані на оцінку труднощів порівняно з іншими, надання особливого сенсу їх подоланню, віру

в Бога і стійкість у вірі при зіткненні зі складними проблемами; серед емоційних копінг-стратегій — «емоційна розрядка», «пасивна кооперація», що є поведінкою, спрямованою або на зняття напруги, емоційне відреагування, або на передачу відповідальності за вирішення труднощів іншим особам; серед поведінкових копінг-стратегій — «компенсація», «відволікання», «конструктивна активність», тобто поведінка, що характеризується прагненням до тимчасового відходу від вирішення проблем за допомогою алкоголю, лікарських засобів, занурення в улюблену справу, подорожі, виконання своїх заповітних бажань.

Використовується переважно якісно-змістовний аналіз відповідей. У ключі кожне твердження пов'язане з певною копінг-стратегією. Якщо опитуваний вибирає конкретне твердження як найбільш звичне для себе, передбачається, що відповідна копінг-стратегія буде для нього типовою. Отримані відповіді аналізуються якісно за схемою, запропонованою Е. Хаймом: визначення конкретного типу копінгу, характерного для респондента; аналіз задіяного механізму копінгу; оцінка ступеня адаптивності бажаних стратегій; загальна характеристика копінг-поведінки респондента.

Ця методика використовувалася нами із метою вивчення характеристик копінг-поведінки у пацієнтів для уточнення їхньої ролі в генезі зазначеної патології; проведення групової або індивідуальної психотерапії, в ході яких виявлялися неадаптивні форми копінг-стратегій, для подальшої їх корекції і формування адаптивної копінг-поведінки; складання психогігієнічних і психопрофілактичних програм з урахуванням формування адаптивних форм копінг-поведінки для хворих із ТР різного генезу.

www.mps.kh.ua

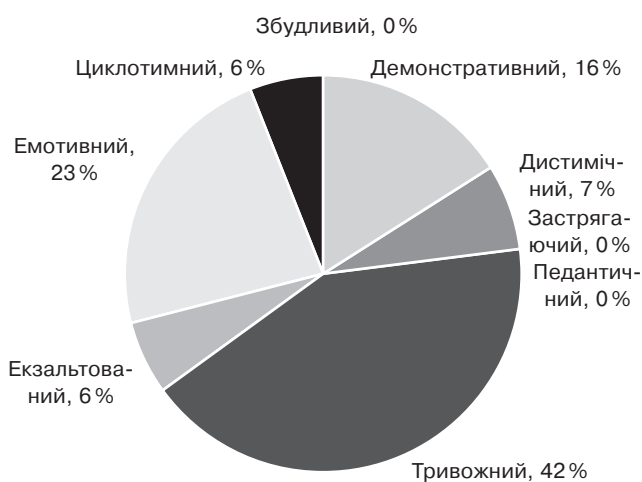


Рис. 1. Структура акцентуйованих рис у пацієнтів групи 1



Рис. 2. Структура акцентуйованих рис у пацієнтів групи 2

Вивчення наявності та структурного розподілу акцентуацій характеру як одного з найважливіших психологічних параметрів, що визначають ступінь адаптації особистості обстежених, показало таке. Порівняльним аналізом встановлено достовірну різницю між розподілом та структурою акцентуацій у пацієнтів різних груп ($p \leq 0,01$). Так, для хворих групи 1 (рис. 1) характерною тенденцією виявилось превалювання тривожно-емотивної (65,0%) комбінації акцентуацій. Окрім зазначених, у цій групі пацієнтів спостерігались демонстративна (16,0% випадків), дистимічна (7,0%), циклотимна та екзальтована (по 6,0%) акцентуації.

На відміну від невротичних пацієнтів, серед хворих з органічними ТР (рис. 2) акцентуовані риси розподілилися більш рівномірно, а провідною виявилася застрягаюче-збудливо-педантична комбінація акцентуованих рис (60,0%); також визначалися тривожна (13,0%), демонстративна (10,0%) й циклотимна (9,0%) акцентуації.

В осіб із тривожно-емотивною комбінацією акцентуацій характеру спостерігалися висока чутливість і глибокі реакції в області тонких емоцій. Цих пацієнтів вирізняло занепокоєння з приводу можливих невдач, безпідставні хвилювання і страх за свою і своїх близьких долю. Їм була властива боязкість з елементами покірності, приниженості, невпевненості у власних силах. Вони характеризувалися підвищеною чутливістю, лабільністю та сенситивністю, але при цьому на них впливали тільки самі переживання, викликаючи безпосередню емоційну реакцію без минулих настроїв. Будь-яку життєву подію пацієнти сприймали серйозніше, ніж інші. Для них також було характерним постійне відчуття власної неповноцінності, внутрішнє самоприниження. Розуміючи свої слабкості, вони намагалися пристосуватися до них, не намагаючись їх подолати і не повертаючи до своїх слабкостей увагу оточуючих. Деякі з цих осіб виявляли гіперкомпенсацію у вигляді самовпевненої або навіть зухвалої поведінки, проте її неприродність відразу впадала в очі. Їм були притаманні загострене почуття обов'язку, відповідальність, високі моральні та етичні вимоги. Відчуття власної неповноцінності вони прагнули замаскувати в самоствердженні через ті види діяльності, де вони максимально могли розкрити свої здібності.

Хворі із застрягаюче-збудливо-педантичною комбінацією акцентуацій вирізнялися високою стійкістю афекту, тривалістю емоційного відгуку переживань. Ця риса виявлялася в прагненні досягти високих показників у будь-якому виді діяльності, у застряганні, зациклюванні на власній думці, відхиленні компромісів та консенсусу. У випадках порушення особистісних інтересів пацієнтів спо-

стерігалось особливо виражене застрягання афекту, який ставав відповіддю на зачеплене самолюбство. Образа особистих інтересів ніколи не забувалася хворими, вони були злопам'ятними і мстивими. Особливостями їхньої поведінки були виражені імпульсивність й запальність, пацієнти демонстрували дратівливість, образливість і схильність впадати в нестримну лютю. Водночас вони були надзвичайно вимогливі до інших, вважали своїм обов'язком давати поради і критикувати інших, але дуже болісно ставилися до порад і критики на свою адресу. Крім того, у зазначеного контингенту відзначались потреба в підтримці оточуючих і особливо близьких людей, тривога, настороженість, неспокій, іпохондричність, песимізм.

Респонденти, у яких спостерігалася демонстративна акцентуація, характеризувалися підвищеною руховою активністю, високим рівнем домагань, не виносили байдужого ставлення до себе, прагнули постійно бути в центрі уваги, викликати захоплення з боку оточуючих. Такі особи були не здатні помічати у себе негативні якості. Їх відрізняла здатність витіснити з пам'яті та свідомості неприємні факти. Ці особи не виносили байдужого до себе ставлення, прагнули справити враження, бути в центрі уваги, викликати захоплення, здивування. Хворим було притаманне самовихваляння, а в інших вони цінували тільки постійну увагу до власної персони, своїх проблем. Вони демонстрували жалість до себе, часто вважали, що по відношенню до них допущена несправедливість, що їх незаслужено спіткав удар долі. Пацієнти були не здатні заздалегідь обміркувати свою поведінку, тому, прагнучи до мети, часто користувалися будь-якими засобами.

Обстежені з дистимічним типом акцентуації характеру були природженими песимістами. У них завжди був знижений настрій, вони в усьому бачили лише песимістичні прояви, постійно очікували якихось нещастя. Їм здавалося, що оточуючі погано до них ставляться, дивляться на них зверхньо. Вони були похмурі, завжди всім незадоволені, не здатні до вольового зусилля, від труднощів впадали у відчай. Особливо погано вони почувалися зранку, прокидалися з відчуттям розбитості, втоми. Нерідко їх відвідували думки про нікчемність, безглуздя життя. Для них були також характерні пасивність у діях і уповільнене мислення.

Екзальтовані особистості бурхливо реагували на життєві ситуації. Темп наростання цих реакцій і зовнішні їх прояви відрізнялися великою інтенсивністю. Вони однаково часто були в захваті від радісних подій і у відчаї — від сумних, схильними до різких коливань настрою. Прихильність до близьких, друзів, радість за них, за їхні успіхи могли бути дуже сильними, як і реакція на неприємності

Структура механізмів копінг-поведінки (за методикою Е. Хайма)

Варіант копінг-поведінки/стратегії	Група 1, n = 100		Група 2, n = 100	
	n	%±m	n	%±m
<i>Когнітивні копінг-стратегії</i>				
Неадаптивні				
Ігнорування	—	—	11	11,0±3,1
Смирення	12	12,0±3,2	15	15,0±3,6
Дисимуляція	3	3,0±1,7	10	10,0±3,0
Розгубленість	19	19,0±3,9	46	46,0±5,0
Відносно адаптивні				
Відносність	15	15,0±3,6	—	—
Релігійність	23	23,0±4,2	18	18,0±3,6
Додача сенсу	21	21,0±4,1	—	—
Адаптивні				
Збереження самовладання	—	—	—	—
Проблемний аналіз	4	4,0±2,0	—	—
Установка власної цінності	3	3,0±1,7	—	—
<i>Емоційні копінг-стратегії</i>				
Неадаптивні				
Покірність	27	27,0±4,4	12	12,0±3,2
Самозвинувачення	28	28,0±4,5	17	17,0±3,8
Агресивність	19	19,0±3,9	23	23,0±4,2
Придушення емоцій	11	11,0±3,1	14	14,0±3,5
Відносно адаптивні				
Емоційна розрядка	4	4,0±2,0	10	10,0±3,0
Пасивна кооперація	11	11,0±3,1	15	15,0±3,6
Адаптивні				
Протест	—	—	9	9,0±2,9
Оптимізм	—	—	—	—
<i>Поведінкові копінг-стратегії</i>				
Неадаптивні				
Відступ	29	29,0	36	36,0
Активне уникнення	33	33,0	37	37,0
Відносно адаптивні				
Відволікання	21	21,0±4,1	20	20,0±4,0
Компенсація	11	11,0±3,1	7	7,0±2,6
Конструктивна активність	6	6,0±2,4	—	—
Адаптивні				
Співпраця	—	—	—	—
Альтруїзм	—	—	—	—
Звернення	—	—	—	—

www.mps.kh.ua

й сумні події. Жалість, співчуття до нещасних людей, до хворих тварин здатні були довести таких людей до відчаю, і навіть легко поправна невдача або яке-небудь розчарування сприймалися ними як справжнє горе.

Для пацієнтів із циклотимною акцентуацією була характерна зміна гіпертимних і дистимних станів, яку не завжди спричиняли зовнішні подразники, іноді для цього бувало досить ледве помітної зміни в загальному тлі настрою.

Дослідження поведінкових патернів (копінгу) обстежених також довело достовірну різницю ($p < 0,001$) між групами пацієнтів із ТР різного генезу.

Копінг-механізм адаптації — механізм, за допомогою якого людина свідомо пристосовується у новій для себе соціальній ролі або ситуації, яка виникає при вторгненні в її життя обставин, що неможливо змінити. Копінг включає механізм подолання, завдяки якому людина пристосовується до обставин і навчається з ними справлятися; процес дії цього механізму — копінг-стратегії (копінг-стилі); результат цього процесу — копінг-поведінку. Проблемно-орієнтований копінг націлений на зміну ситуації, а емоційно-орієнтований — на регуляцію емоційного стану, що спричинений проблемною ситуацією (точніше її оцінкою). Копінг розглядається як патогенетично значуща змінна і потенційна мішень для психопрофілактичних і психокорекційних втручань.

Можна простежити загальну тенденцію превалювання неадаптивних когнітивних копінгів у хворих із ТР органічного генезу та неадаптивних емоційних копінгів — у пацієнтів з невротичною тривогою, на тлі неадаптивних поведінкових копінг-стратегій, притаманних більшості респондентів обох груп (табл. 1).

Так, у хворих із ТР невротичного генезу серед когнітивних копінг-стратегій визначено: релігійність (23,0%), додачу сенсу (21,0%), розгубленість (19,0%), відносність (15,0%), смирення (12,0%), проблемний аналіз (4,0%) та дисимуляцію і установку власної цінності (по 3,0% відповідно). Таким чином, серед осіб групи 1 питому вагу демонстрували відносно адаптивні когнітивні копінг-стратегії, хоча у значній кількості спостерігались їх неадаптивні варіанти. Проте 7,0% пацієнтів мали адаптивні когнітивні механізми подолання, на відміну від осіб групи 2, серед яких адаптивних когнітивних копінгів не виявлено у жодного респондента.

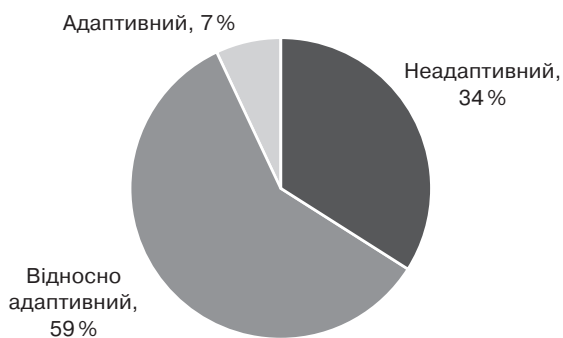


Рис. 3. Розподіл видів когнітивного копінгу у пацієнтів групи 1

Для осіб групи 2 виявилось характерним абсолютне превалювання неадаптивних стратегій розгубленості (46,0%), смирення (15,0%), ігнорування (11,0%) й дисимуляції (10,0%), а у 18,0% хворих основною когнітивною копінг-стратегією була релігійність.

Тенденція щодо структурного розподілу емоційних копінг-стратегій в обстежених виявилася дзеркально відмінною від варіантів розподілу когнітивного копінгу. Так, серед хворих групи 1 найчастіше траплялися такі варіанти неадаптивного емоційного копінгу, як самозвинувачення (28,0% проти 17,0% у групі 2) та покірність (27,0% проти 12,0% у групі 2). У пацієнтів обох груп спостерігались стратегії агресивності (19,0% у групі 1 та 23,0% у групі 2), придушення емоцій (11,0% у групі 1 та 14,0% у групі 2), пасивної кооперації (11,0% у групі 1 та 15,0% у групі 2), емоційної розрядки (4,0% у групі 1 та 10,0% у групі 2), а у 9,0% пацієнтів групи 2 встановлено адаптивну копінг-стратегію протесту.

Проаналізувавши структуру поведінкових копінг-стратегій, ми константували безперечно превалювання неадаптивних їх видів у респондентів обох груп, а саме — активного уникнення (33,0% у групі 1 та 37,0% у групі 2), відступу (29,0% у групі 1 та 36,0% у групі 2), а також відносно адаптивних стратегій: відволікання (21,0% у групі 1 та 20,0% у групі 2), компенсації (11,0% у групі 1 і 7,0% у групі 2); у 6,0% хворих групи 1 встановлено відносно адаптивну стратегію конструктивної активності.

Аналіз якісного розподілу копінг-стратегій із точки зору їх адаптивних можливостей (рис. 3–8), показав такі результати.

У хворих із ТР невротичного генезу неадаптивні когнітивні копінги визначено в 34,0% випадків (рис. 3), неадаптивні емоційні копінги — в 85,0% (рис. 4), а неадаптивні поведінкові копінги — у 62,0% респондентів (рис. 5).

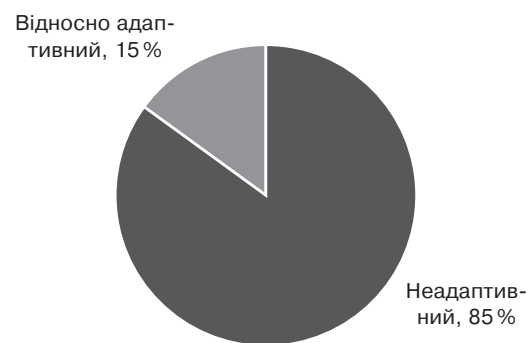


Рис. 4. Розподіл видів емоційного копінгу у пацієнтів групи 1

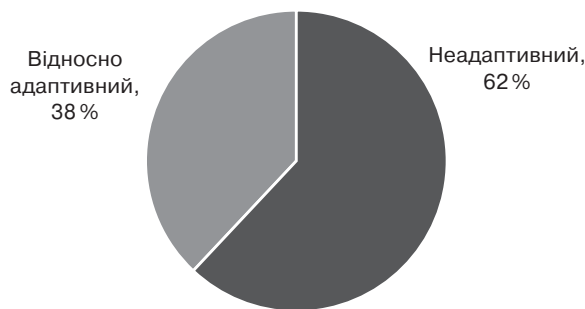


Рис. 5. Розподіл видів поведінкового копінгу у пацієнтів групи 1

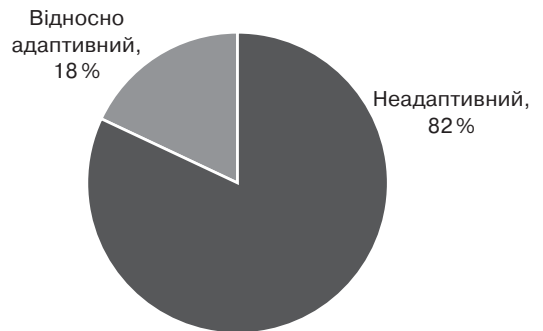


Рис. 6. Розподіл видів когнітивного копінгу у пацієнтів групи 2

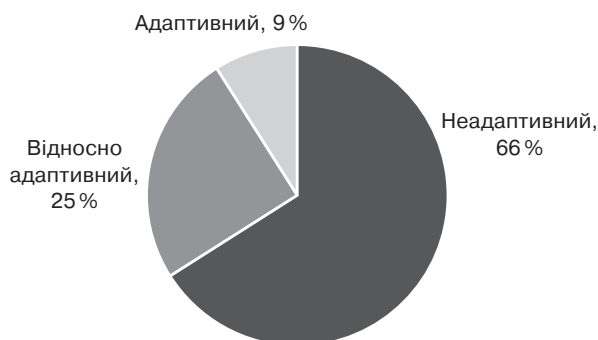


Рис. 7. Розподіл видів емоційного копінгу у пацієнтів групи 2

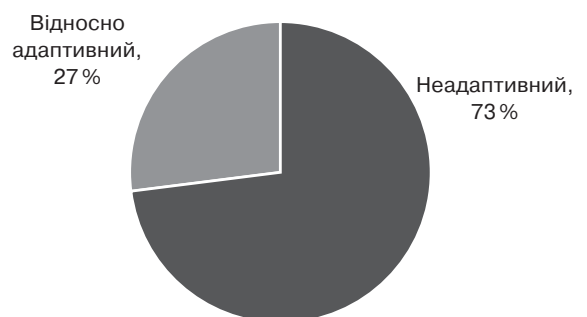


Рис. 8. Розподіл видів поведінкового копінгу у пацієнтів групи 2

Відносно адаптивні когнітивні копінги діагностовано у 59,0% (рис. 3), емоційні — у 15,0% (рис. 4), а поведінкові — у 38,0% обстежених (рис. 5). Отже, в осіб групи 1 не встановлено жодних випадків адаптивних варіантів емоційного або поведінкового адаптивного копінгу і тільки у 7,0% — адаптивні види когнітивної копінг-поведінки. В обстежених групи 1 зафіксовано переважання неадаптивних емоційних (85,0%) і поведінкових (62,0%) копінг-стратегій на тлі відносно адаптивних когнітивних (59,0%).

Серед пацієнтів з органічними ТР адаптивних когнітивних або поведінкових копінг-стратегій не виявлено, проте у 9,0% випадків визначено адаптивний емоційний копінг. Як загальну тенденцію можна виділити абсолютне переважання неадаптивних копінг-стратегій за усіма їх видами: серед когнітивних копінгів кількість неадаптивних становила 82,0% (рис. 6), емоційних — 66,0% (рис. 7), поведінкових — 73,0% (рис. 8).

Можна зазначити, що в осіб обох груп визначено превалювання неадаптивних копінг-стратегій за всіма модальностями долаючої поведінки, серед яких домінуючу роль при ТР невротичного генезу відігравали емоційний неадаптивний копінг, притаманний 85,0% пацієнтів, та поведінковий,

характерний для 62,0% обстежених, а при ТР органічного генезу — неадаптивний когнітивний (82,0%), емоційний (66,0%) та поведінковий (73,0%) копінг.

Таким чином, у пацієнтів із ТР різного генезу виділено варіанти мозаїчного деструктивного поєднання патоперсоналогічних і поведінкових патернів. Так, пацієнтам із невротичними ТР притаманна комбінація тривожно-емотивних патоперсоналогічних особливостей, поєднана з викривленням емоційних і поведінкових копінг-стратегій, що відіграло провідну роль у розвитку ТР у цього контингенту. Для хворих з органічними ТР характерне поєднання комбінації застрягаюче-збудливо-педантичних патоперсоналогічних рис та деформації усіх модальностей копінг-поведінки, що, не будучи патогенетичним чинником розвитку ТР, обумовлювало особливості фабуло-специфічних клінічних проявів патологічної тривоги.

Установлені відмінності патоперсоналогічних і поведінкових патернів у хворих із ТР різного генезу було покладено нами в основу розробки диференційованих заходів психокорекції та психопрофілактики ТР у хворих з невротичними або органічними порушеннями.

Список літератури

1. *Марута Н. А.* Особенности диагностики и терапии тревожных расстройств невротического и органического генеза / Н. А. Марута, Т. В. Панько // Укр. вісн. психоневрології.— 2013.— Т. 21, вип. 1 (74).— С. 75–82.
2. *Kessler R.* The World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ISPE): initial work and future directions — the NAPE lecture 1998 / R. Kessler // Acta Psychiatr. Scand.— 1999.— Vol. 99.— P. 2–9.
3. *Keyes C. L. M.* Mental illness and/or mental health? investigating axioms of the complete state model of health / C. L. M. Keyes // J. of Consulting and Clinical Psychology.— 2005.— Vol. 73.— P. 539–548.
4. *Sartorius N.* The economic and social burden of depression / N. Sartorius // J. of Clinical Psychiatry.— 2001.— Vol. 62.— P. 8–11.
5. *Murray C. J. L.* The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020 / C. J. L. Murray, A. D. Lopez // Global Burden of Disease and Injury Series.— Boston: Harvard University Press, 1996.— Vol. 1.— P. 23–56.
6. The ESEMed/MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project // Acta Psychiatr. Scand.— 2004.— Vol. 109 (Suppl. 1).— P. 21–27.
7. The ESEMed/MHEDEA 2000 Investigators. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project // Acta Psychiatr. Scand.— 2004.— Vol. 109 (Suppl. 1).— P. 38–46.
8. *Райгородский Д. Я.* Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский.— Самара: Бахрах-М, 2002.— 668 с.

**ПАТОПЕРСОНОЛОГИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ ПАЦИЕНТОВ
С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НЕВРОТИЧЕСКОГО И ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА**

М. В. ЗАКЛАДНЫЙ

Изучены патоперсоналогические особенности и ведущие паттерны поведенческого реагирования больных с тревожными расстройствами разного генеза при создании терапевтических подходов в лечении этого контингента. Выделены разные варианты мозаичного деструктивного сочетания патоперсоналогических и поведенческих паттернов, а установленные отличия были положены в основу авторской разработки дифференцированных мероприятий их психокоррекции и психопрофилактики.

Ключевые слова: тревожные расстройства, невротические расстройства, органические расстройства, патоперсоналогические особенности, поведенческие паттерны.

**PATHOPERSONOLOGICAL AND BEHAVIORAL PATTERNS OF PATIENTS
WITH ANXIETY DISORDERS OF NEUROTIC AND ORGANIC ORIGIN**

M. V. ZAKLADNYI

Pathopersonological characteristics and leading behavioral patterns of response of patients with anxiety disorders of different origin at creating therapeutic approaches in the treatment of this group were investigated. Various options of mosaic destructive combination of pathopersonological and behavioral patterns were distinguished; the revealed differences were taken as a basis of the author's formulation of differential measures for their correction and psychoprevention.

Key words: anxiety disorders, neurotic disorders, organic disorders, pathopersonological characteristics, behavioral patterns.

Надійшла 08.10.2015