

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ СУБ'ЄКТИВНОЇ КАРТИНИ ЖИТТЄВОГО ШЛЯХУ ПРИ РІЗНИХ ФОРМАХ НЕВРОТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології» НАМН України, Харків

Показано, що для хворих на різні форми невротичних розладів характерні порушення сприйняття структури подій життєвого шляху. Діагностичні критерії дисоціативних розладів включають зростання числа майбутніх негативних і зменшення значущих подій, зниження показника свідомості життя і часової прогностичної компетентності. При тривожно-фобічних розладах як діагностичні критерії використовувалися низька ретроспекція подій, що відбулися, та прогнозованих подій, низька структурованість життєвого шляху, орієнтація на процес; при неврастенії — слабка орієнтація на цілі й результат, зниження просторової прогностичної компетентності, високий загальний рівень депресії.

Ключові слова: життєвий шлях, копінг-стратегії, прогностична компетентність, сенсожиттєві орієнтації, діагностичні критерії.

Вирішення проблем поліпшення психічного здоров'я населення в Україні та усьому світі залежить, з одного боку, від підвищення ефективності лікування тяжких психічних розладів, а з іншого — від удосконалення діагностики непсихотичних психічних розладів, перш за все — невротичного регістру, які домінують у структурі поширеності усіх психічних та поведінкових порушень [1–4].

Сучасна наука базується на визнанні психогенної теорії неврозогенезу за участі біологічних, соціальних та інших чинників. Останнім часом дедалі частіше в діагностичних та терапевтичних цілях використовують автобіографічні підходи, які допомагають розуміти трансформації сенсожиттєвих орієнтацій особистості, її прогностичної компетентності (ПК), стресостійкості, покращуючи можливості діагностики та лікування невротичних розладів [5, 6].

Незважаючи на перспективність використання методології психологічної автобіографії для поглибленого вивчення механізмів неврозогенезу, суб'єктивна картина життєвого шляху (СКЖШ) та її взаємозв'язок із найважливішими в патогенезі невротичних захворювань індивідуально-психологічними детермінантами (сенсожиттєві орієнтації, ПК, стресостійкість тощо) залишаються поза межами уваги дослідників [7, 8].

Мета цього дослідження — вивчити основні діагностичні маркери різних форм невротичної патології, які відображують трансформацію СКЖШ.

Основну групу дослідження становили 115 пацієнтів, із них 40 були хворі на неврастенію (F48 за МКХ-10), 35 — на тривожно-фобічні розлади (F40–41), 40 — на дисоціативні розлади (F44). Вік хворих, що брали участь у дослідженні, варіював у межах від 17 до 63 років. За статевою

ознакою вибірка складалася з 86 (74,78%) жінок і 29 (25,22%) чоловіків. До контрольної групи увійшли 40 осіб без ознак невротичної патології.

Для реалізації поставленої мети було використано такі методики: «Психологічна автобіографія» [9], «Семантичний диференціал часу» [10], шкала реактивної та особистісної тривожності [11], шкала депресії [12], «Копінг-поведінка в стресових ситуаціях» [13], «Сенсожиттєві орієнтації» [14], опитувальник ставлення до хвороби і лікування [15] і тест антиципаційної спроможності [16]. Математико-статистичні розрахунки виконано за допомогою методу встановлення достовірності відмінностей (за критерієм U Манна — Уїтні, ϕ Фішера); кореляційного аналізу (коефіцієнт кореляції r Спірмена), розрахунку діагностичних коефіцієнтів (ДК) та мір інформативності (МІ). Обчислення отриманих у результаті проведеного дослідження даних проводилося за допомогою пакету програм SPSS 6.0 for Windows.

Для визначення діагностичних критеріїв різних форм невротичних розладів із використанням СКЖШ проводилося порівняння частот відмінності/вираженості ознак в обстежених хворих основної та контрольної груп. Як результати аналізу наведено тільки статистично значущі ($p < 0,05$) ознаки, частоти яких у групах порівняння достовірно відрізнялися. Необхідно відзначити, що отримані значення ДК не перевищують 13 одиниць ($ДК < 13$) і, отже, не є самодостатніми для диференціальної діагностики, а забезпечують необхідну достовірність диференціації лише сукупно з іншими ознаками. Тому при проведенні діагностики як ДК обиралися не окремі симптоми, а їхня сукупність.

У результаті кореляційного аналізу було отримано дані, які дали змогу виявити специфічні

взаємозв'язки компонентів СКЖШ з особистісно-типологічними особливостями, які відображають механізми її формування та динаміки.

Проведені дослідження показали, що у хворих на тривожно-фобічні розлади компоненти СКЖШ мають функціональні взаємозв'язки з прогностичною компетентністю (загальна та ситуативна ПК), життєвими орієнтаціями (на процес), копінг-стратегіями (орієнтованими на завдання, емоції і уникнення), загальним рівнем депресії і особистісною тривожністю, а також типом ставлення до хвороби, який характеризується пасивністю особистісної позиції, настановами на досягнення симптоматичного поліпшення і «вторинного виграшу» від хвороби. Ці дані відображають переважання у структурі переживань обстежених пацієнтів негативних емоцій і почуттів, фрустрованості, незадоволеності життєвими обставинами, збільшенням динамічності психологічного сприйняття життя, зі знизеним числом особистісно-психологічних подій, схильності до пошуку перешкод для задоволення актуальних потреб, що призводить до втрати сенсової наповненості подій, що відбуваються, пасивності щодо власного стану, знизення емоційної насиченості життя і здатності структурувати події, а також прагнення до занурення у зовнішні обставини для того, щоб уникнути внутрішнього дискомфорту в ситуації фрустрації.

При неврастенії компоненти СКЖШ були взаємопов'язаними з сенсожиттєвими орієнтаціями (настанова на результат, локус контролю «Я», цілісність сприйняття життя); з орієнтованими на завдання копінгамі; з особистісною та ситуативною тривожністю; з ПК (загальною та ситуативною); з типом ставлення до хвороби, який характеризувався настановою на зміну поведінки. Найбільш значущими були взаємозв'язки соціальних подій із копінгамі, орієнтованими на завдання.

Установлені закономірності у хворих на неврастенію свідчать про те, що підвищення здатності прогнозувати майбутнє, «вибудовувати» послідовну структуру подій виявлялося в цій групі відчуттям нестачі часу для виконання усіх намічених завдань, емоційною лабільністю, роздратуванням. При цьому спостерігалось знизення значущості особистісно-психологічних і збільшення соціальних подій у СКЖШ, що відображало властиві цій категорії пацієнтів орієнтації на суспільне життя, прагнення реалізувати свій потенціал у соціумі.

Психологічна настанова на зміну поведінки як чинника, що сприяє одужанню, поєднувалася у цих пацієнтів із відчуттям взаємозв'язків між подіями, а разом із тим — завершеністю кожного з них, відповідаючи сприйняттю навколишнього світу як відносно стабільного і безпечного.

Поведінкові стратегії в стресових ситуаціях, спрямовані на вирішення завдань, у хворих на неврастенію сприяли високому темпу перебігу розумових процесів, яскравості, насиченості переживань (як у позитивному, так і в негативному сенсі), стеничності, потребі в новизні. При цьому фіксувалося знизення актуальності відтворення біологічних і соціальних подій, що відображає наявність у таких хворих протиріччя між можливостями особистості, з одного боку, та її соціальними прагненнями і завищеними вимогами до себе і оточуючих — з іншого.

У хворих на дисоціативні розлади компоненти СКЖШ мали взаємозв'язки із ситуативною і просторовою ПК; з орієнтацією на процес і локус контролю «Я»; з копінгамі, орієнтованими на завдання і відволікання; з настановою на симптоматичне поліпшення та отримання «вторинного виграшу» від хвороби; загальним рівнем депресії і ситуативної тривожності. Найсильнішими були взаємозв'язки соціальних подій і ПК, а також біологічних подій з орієнтованими на відволікання копінгамі. Ці закономірності відображають психологічні механізми формування СКЖШ у хворих на дисоціативні розлади, які виявляються в недостатній активності психічної діяльності, зростанні значущості фізіологічних і соціальних подій як компенсації знизених вимог до себе й актуальної необхідності пошуку підтримки в соціумі.

У пацієнтів основної групи виявлено високу орієнтацію на процес, яка супроводжується знизенням показників структурованості життя, що свідчить про суб'єктивне сприйняття зовнішнього і внутрішнього світу як недостатньо упорядкованих, непідконтрольних, важко прогнозованих. Простежувалися нечіткі уявлення про закономірності подій, що відбуваються, логічні зв'язки між ними, а також труднощі в самоаналізі, що зумовлюють високу ймовірність інтрапсихічних конфліктів, які були відображені непослідовністю, імпульсивністю в поведінці, почуттям розгубленості, труднощами в поясненні особистих вчинків, бажань, спонукань. Такі внутрішні протиріччя відбивалися і на високих показниках екстернальності локусу контролю, який виявлявся на тлі збільшення значущості подій соціального середовища і відчуття життя, залученості та емоційної значущості.

Наявність настанов на симптоматичне поліпшення та отримання вторинного виграшу від свого хворобливого стану відображає неготовність особистості до розв'язання зовнішніх і внутрішніх конфліктів, обумовлену відчуттям нестачі часу для корекції неадекватно побудованих прогнозів.

Застосування копінг-стратегій, орієнтованих на вирішення завдань і відволікання, хворими на

Таблиця 1

Діагностичні коефіцієнти та міра інформативності різних компонентів суб'єктивної картини життєвого шляху у хворих на тривожно-фобічні розлади

Ознака	Вираженість ознаки	ДК	МІ
<i>Події життєвого шляху</i>			
Загальна кількість	< 18,2	3,29	1,08
Середня ретроспекція	< 17,54 року	7,86	3,01
Майбутні	< 38,68 %	8,12	2,88
Минулі позитивні	< 69,28 %	6,02	1,74
Майбутні позитивні	< 84,64 %	4,17	0,37
Незначні	> 15,36 %	7,54	1,31
<i>Сприйняття життєвого шляху</i>			
Структура	< 2,4 бала	7,61	2,43
<i>Сприйняття майбутнього</i>			
Активність	< 1,8 бала	2,05	0,43
<i>Життєві орієнтації</i>			
Орієнтація на мету	< 82,5 %	6,62	2,17
Орієнтація на процес	< 78,6 %	8,38	3,56
Орієнтація на результат	< 78,8 %	6,42	1,12
Локус контролю життя	< 79,6 %	3,01	0,90
Показник загальної свідомості життя	< 78,7 %	7,19	1,31
<i>Прогностична компетентність</i>			
Загальна ПК	< 241 бала	7,81	1,46
<i>Копінг-стратегії</i>			
Допінги, орієнтовані на емоції	> 41,4 бала	4,63	1,40
<i>Емоційні особливості</i>			
Особистісна тривожність	> 45 балів	6,37	1,73
Ситуативна тривожність	> 45 балів	2,67	0,81

дисоціативні розлади було пов'язане зі зниженням показника відчуття життєвого шляху, що призвело до формування почуття байдужості, сприяло розвитку позиції стороннього спостерігача у власному житті, тим самим підвищуючи значущість і насиченість подій соціального середовища.

ДК та МІ різних компонентів СКЖШ у хворих на тривожно-фобічні розлади наведено в табл. 1.

Зіставлення ДК і МІ у хворих на тривожно-фобічні розлади дало змогу виділити основні критерії, до яких були віднесені: низька ретроспекція ряду подій (ДК = 7,86; МІ = 3,01) та майбутніх подій (ДК = 8,12; МІ = 2,88), низька структурованість життєвого шляху (ДК = 7,61; МІ = 2,43), орієнтація на процес (ДК = 8,38; МІ = 3,56).

Таблиця 2

Діагностичні коефіцієнти та міра інформативності різних компонентів суб'єктивної картини життєвого шляху у хворих на дисоціативні розлади

Ознака	Вираженість ознаки	ДК	МІ
<i>Події життєвого шляху</i>			
Середня антиципація	< 9,23 року	8,43	1,76
Середня ретроспекція	< 17,54 року	4,61	2,19
Минулі	> 61,32 %	6,50	0,57
Минулі негативні	> 30,72 %	5,90	1,91
Майбутні негативні	> 15,36 %	6,74	4,1
Значні	< 67,93 %	6,39	3,91
<i>Сприйняття життєвого шляху</i>			
Активність	< 2,1 бала	7,22	2,30
Емоційна насиченість	< 1,8 бала	7,51	1,02
<i>Сприйняття майбутнього</i>			
Оптимістичність	< 28,2 бала	7,59	1,07
Активність	< 1,8 бала	6,40	1,45
Емоційна насиченість	< 1,9 бала	2,22	0,84
Структура	< 2,0 бала	3,36	0,83
Відчуття	< 1,6 бала	3,37	0,65
<i>Життєві орієнтації</i>			
Орієнтація на мету	< 82,5 %	2,25	0,78
Орієнтація на процес	< 78,6 %	4,59	0,92
Орієнтація на результат	< 78,8 %	4,16	0,45
Локус контролю «Я»	< 79,6 %	3,02	0,39
Показник загальної свідомості життя	< 78,7 %	8,73	3,15
<i>Прогностична компетентність</i>			
Загальна ПК	< 241 бала	3,57	0,52
Ситуативна ПК	< 166 балів	5,11	1,99
Часова ПК	< 42 балів	7,96	3,18
<i>Копінг-стратегії</i>			
Допінги, орієнтовані на завдання	< 60,6 бала	7,20	2,59
Допінги, орієнтовані на емоції	> 41,4 бала	4,81	1,33
<i>Емоційні особливості</i>			
Ситуативна тривожність	> 45 балів	4,07	1,30

ДК та МІ різних компонентів СКЖШ у хворих на дисоціативні розлади наведено в табл. 2.

Зіставлення ДК і МІ перелічених ознак дає змогу виділити основні, до яких були віднесені зростання числа майбутніх негативних подій (ДК = 6,74; МІ = 4,1), зменшення числа значних подій (ДК = 6,39; МІ = 3,91), зниження показника свідомості життя (ДК = 8,73; МІ = 3,15),

Таблиця 3

Діагностичні коефіцієнти та міра інформативності різних компонентів суб'єктивної картини життєвого шляху у хворих на неврастенію

Ознака	Вираженість ознаки	ДК	МІ
<i>Сприйняття життєвого шляху</i>			
Активність	< 2,1 бала	5,94	0,99
<i>Сприйняття майбутнього</i>			
Відчуття	< 1,6 бала	3,50	0,43
<i>Життєві орієнтації</i>			
Орієнтація на мету	< 82,5%	7,99	2,16
Орієнтація на процес	< 78,6%	6,14	2,35
Орієнтація на результат	< 78,8%	7,76	2,51
Показник загальної свідомості життя	< 78,7%	6,57	2,63
<i>Прогностична компетентність</i>			
Просторова ПК	< 52 балів	8,15	2,62
<i>Копінг-стратегії</i>			
Копінги, орієнтовані на емоції	> 41,4 бала	6,04	1,12
<i>Емоційні особливості</i>			
Загальний рівень депресії	> 9 балів	8,65	1,81
Когнітивна депресія	> 6 балів	6,34	0,68
Особистісна тривожність	> 45 балів	3,17	1,51

а також зменшення часової ПК (ДК = 7,96; МІ = 3,18).

ДК та МІ різних компонентів СКЖШ у хворих на неврастенію наведено в табл. 3.

Зіставлення ДК і МІ перелічених ознак дає можливість виділити такі основні критерії: низьку орієнтацію на мету (ДК = 7,99; МІ = 2,16) і результат (ДК = 7,76; МІ = 2,51), зниження просторової ПК (ДК = 8,15; МІ = 2,62) і високий загальний рівень депресії (ДК = 8,65; МІ = 1,81).

Проведені дослідження дали змогу використати компоненти СКЖШ в діагностичних цілях. Для цього були обчислені ДК і МІ для пацієнтів із різними формами невротичної патології. У хворих на дисоціативні розлади до ДК були віднесені: зростання числа майбутніх негативних подій, зниження числа значних подій, зниження показника свідомості життя і зменшення часової ПК. При тривожно-фобічних розладах виявлено як ДК: низьку ретроспекцію ряду подій і запланованих подій, низьку структурованість життєвого шляху, орієнтацію на процес. Діагностичними критеріями при неврастенії були: слабка орієнтація на цілі

й результат, зниження просторової ПК і високий загальний рівень депресії.

Розроблені критерії дають змогу поліпшити якість діагностики невротичної патології і можуть застосовуватися в процесі проведення психокорекції у цього контингенту пацієнтів.

Список літератури

1. Волошин П. В. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди // П. В. Волошин, Н. А. Марута / Укр. вісн. психіко-неврології.— 2015.— Т. 23, вип. 1 (82).— С. 5–12.
2. Демченко В. А. Ефективність комплексної терапії психічно хворих у межах організаційної моделі «Інтегрована медицина» для амбулаторних загальноносоматичних установ / В. А. Демченко // Мед. психологія.— 2010.— № 3 (19).— С. 62–69.
3. Шестопалова Л. Ф. Умови і закономірності формування комплаєнсу хворих на неврологічні та психічні розлади (психологічний аналіз) / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко // Мед. психологія.— 2015.— Т. 10, № 1 (37).— С. 3–7.
4. Шестопалова Л. Ф. Терапевтичне середовище медичного закладу психоневрологічного профілю: медико-психологічні проблеми / Л. Ф. Шестопалова // Вісн. ХНУ імені В. Н. Каразіна. Серія «Психологія».— 2010.— № 913, вип. 44.— С. 188–191.
5. Васильєва А. В. Исследование особенностей клинического патоморфоза невротических расстройств в новых социальных условиях в связи с выбором терапевтических стратегий // А. В. Васильєва, Т. А. Караваєва / Вестн. психотерапии.— 2009.— № 32.— С. 70–77.
6. Шамонина Т. Г. Психологические особенности осмысления жизненного пути личности в автобиографическом, семейно-родовом и общественно-историческом аспектах: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. психол. наук: спец. 19.00.01 «Загальна психологія» / Т. Г. Шамонина.— М., 2012.— 28 с.
7. Гришина Н. В. Ценностные ориентации личности: семья и поколение / Н. В. Гришина, С. Ю. Лавренчук // Вестн. Санкт-Петербургского университета. Серия 12 «Психология. Социология. Педагогика».— 2008.— Вып. 3.— С. 113–123.
8. Сурикова Я. А. Взаимосвязь ценностных ориентаций и значимых событий субъективной картины жизненного пути личности: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. психол. наук: спец. 19.00.01 «Загальна психологія» / Я. А. Сурикова.— Хабаровск, 2009.— 29 с.
9. Бурлачук Л. Ф. Психология жизненных ситуаций / Л. Ф. Бурлачук, Е. Ю. Коржова.— М., 1998.— 263 с.
10. Семантический дифференциал времени как метод психологической диагностики личности при депрессивных расстройствах / Л. И. Вассерман,

- О. Н. Кузнецов [и др.]: пособ. для психологов и врачей.— СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005.— С. 12–23.
11. Ханин Ю. Л. Краткое руководство к шкале реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера / Ю. Л. Ханин.— Л., 1976.— 18 с.
12. Бек А. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Г. Эмери.— СПб.: Питер, 2003.— С. 304.
13. Крюкова Т. Л. Методы изучения совладающего поведения: три копинг-шкалы / Т. Л. Крюкова.— Кострома: Авантитул, 2007.— 197 с.
14. Леонтьев Д. А. Тест смысложизненных ориентаций / Д. А. Леонтьев.— М.: Смысл, 2000.— 16 с.
15. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский.— М., 2004.— 533 с.
16. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: учеб. пособ. / В. Д. Менделевич.— 6-е изд.— М.: МЕДпрессинформ, 2008.— 432 с.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ СУБЪЕКТИВНОЙ КАРТИНЫ ЖИЗНЕННОГО ПУТИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ НЕВРОТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

О. С. МАРУТА

Показано, что для больных различными формами невротических расстройств характерны нарушения восприятия структуры событий жизненного пути. Диагностические критерии диссоциативных расстройств включают рост числа будущих негативных и уменьшение значимых событий, снижение показателя осознанности жизни и временной прогностической компетентности. При тревожно-фобических расстройствах в качестве диагностических критериев использовались низкая ретроспекция произошедших и прогнозируемых событий, низкая структурированность жизненного пути, ориентация на процесс; при неврастении — слабая ориентация на цели и результат, снижение пространственной прогностической компетентности, высокий общий уровень депрессии.

Ключевые слова: жизненный путь, копинг-стратегии, прогностическая компетентность, смысложизненные ориентации, диагностические критерии.

FUNCTIONAL INTERRELATIONS OF SUBJECTIVE PICTURE OF LIFEWAY IN VARIOUS FORMS OF NEUROTIC PATHOLOGY

O. S. MARUTA

It is shown that the patients with various forms of neurotic disorders are characterized by impaired perception of event structure of lifeway. The diagnostic criteria of dissociative disorders include growth in the number of future adverse events, reduced number of significant events, reduction of the index of meaningfulness of life and temporal predictive competence. In anxiety phobic disorders, low flashback sequence of events, low structure of lifeway, focus on the process, while in neurasthenia, weak focus on goals and results, reduction of the spatial predictive competence, high level of depression are used as diagnostic criteria.

Key words: lifeway, coping strategies, predictive competence, sensovital orientation, diagnostic criteria.

Надійшла 15.01.2016