

І. К. Гапонов, мол. наук. співробітн., О. О. Бородавко, ст. лаборант з вищою освітою
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)

ГЕНДЕРНІ ТА ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ОСОБИСТОСТІ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ

Проведено дослідження особливостей порушень особистості у хворих з рецидивуючим типом перебігу розсіяного склерозу залежно від вікових і гендерних характеристик. Показано, що порушення особистості й емоційної сфери у даної категорії хворих виявляються у вигляді вираженої ригідності, інертності, схильності до іпохондризації. Особливості особового реагування на захворювання полягають в значній вираженості гармонійного і ергопатичного типів ставлення до хвороби. Для хворих на розсіяний склероз, в цілому, характерний достатньо високий рівень суб'єктивного сприйняття якості життя, що може бути пов'язане із зниженням критики до свого стану, а також з функціонуванням психологічних захисних механізмів.

Ключові слова: *розсіяний склероз, особистісні порушення, гендерні й вікові особливості.*

Останнього часу відзначається тенденція до збільшення захворюваності на розсіяний склероз (РС) як в Україні, так і у світі в цілому. За даними ВООЗ, серед неврологічних захворювань РС є основною причиною стійкої інвалідизації, насамперед, осіб молодого, працездатного віку (П. В. Волошин, Н. П. Волошина, Л. І. Д'яченко, І. Л. Левченко, 2005). Усе це вказує на високу медико-соціальну значущість проблеми діагностики, лікування та реабілітації хворих на РС. На цей час досить мало дослідженими є питання порушень психіки при РС. Відмічається, що у цієї групи хворих поряд з численними неврологічними симптомами присутні психічні розлади як психотичного, так і непсихотичного рівня. При цьому рівень важкості та якісні особливості порушень психічної сфери при РС знаходяться у досить широких межах: від астеничного синдрому до важкої дементії й психотичних станів [1, 5].

За даними різних досліджень близько 65 % хворих на РС мають когнітивні розлади різного ступеня вираженості (Т. М. Алексєєва, А. М. Бойко, Е. І. Гусєв, 2002; Л. Ф. Шестопалова, 2002, 2009). Гант О. Є. було показано, що порушення когнітивних функцій є невід'ємною складовою частиною клінічної картини РС та розроблено психологічні критерії їх діагностики [3]. Відмічаються також характерні закономірності порушень когнітивних функцій в залежності від стадії захворювання, типу перебігу та клінічної активності хвороби [3, 7, 8].

У ході досліджень особистості хворих на РС були виявлені такі особистісні риси як стеничність, демонстративність, ригідність, дратівливість, а також підвищена тривожність (що значною мірою має конституційну зумовленість), депресивність, апатичність, емоційна лабільність [1, 4]. Також відмічається значне зниження адаптаційного потенціалу особистості хворих на РС та неадекватність структури «внутрішньої картини хвороби» [6].

Проте на цей час досить мало вивченими залишаються особливості порушень особистості хворих на РС у різних вікових та гендерних групах, специфіка ставлення до хвороби, соціального функціонування, якості життя тощо.

Метою даного дослідження було вивчення особливостей порушень особистості, специфіки особистісного реагування на захворювання та якості життя хворих з рецидивуючим типом (РТ) перебігу РС з урахуванням гендерних та вікових відмінностей.

Дослідження проводилося на базі ДУ «ІНПН АМНУ». Було обстежено 39 хворих на РС (РТ) (30 жінок та 9 чоловіків) віком від 20 до 54 років. Тривалість захворювання в середньому складала $6,5 \pm 4,3$ років. На момент обстеження 26 (66 %) пацієнтів перебували у стадії клінічної ремісії, 13 (34 %) хворих — у стані рецидиву захворювання. 5 (13 %) пацієнтів мали групу інвалідності, 34 (87 %) хворих працювали.

Психодіагностичний метод дослідження був реалізований за допомогою таких методик: опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R) Л. Р. Дерогатіс (L. R. Derogatis et al., 1975), що дозволяє оцінити актуальний психологічний статус хворих, особливості порушень особистості та емоційної сфери; опитувальник «Тип ставлення до хвороби» (О. Е. Лічко, Л. Й. Вассерман, Б. В. Іовлев, 1987), спрямований на виявлення особливостей особистісного реагування на захворювання; метод оцінки інтегративного показника якості життя (J. Mezzich, 1999) спрямований на вивчення і оцінку якості життя, ефективності соціального функціонування. Статистичне оброблення даних здійснювали за допомогою методу встановлення вірогідності відмінностей за *t*-критерієм Стьюдента та кореляційного аналізу (коефіцієнт кореляції *r*-Спірмена).

За результатами дослідження особливостей порушень особистості та емоційної сфери у хворих на РС (РТ) за допомогою методики (SCL-90-R) Л. Р. Дерогатіс (табл. 1) видно, що в цілому для хворих на РС (РТ) характерні такі особистісні зміни як ригідність, інертність, труднощі у прийнятті рішень (шкала «Обсесивно-компульсивні розлади» — $1,02 \pm 0,59$), також значно виражена схильність до фіксації переживань на проявах тілесних дисфункцій, іпохондризації (шкала «Соматизація» — $0,97 \pm 0,55$).

У групі жінок молодого віку досить виражені ригідність, інертність (шкала «Обсесивно-компульсивні розлади» — $1,03 \pm 0,64$), схильність до соматизації тривоги (шкала «Соматизація» — $0,87 \pm 0,49$) та між-особистісної сензитивності, відчуття своєї неповноцінності, неадекватності, порівняно з оточуючими (шкала «Міжособистісна сензитивність» — $0,87 \pm 0,64$). Також для них характерний високий рівень тривоги (шкала «Тривожність» — $0,80 \pm 0,58$) та депресії (шкала «Депресія» — $0,83 \pm 0,54$).

У групі жінок зрілого віку значною мірою виражені іпохондричні риси, схильність до соматизації тривоги (шкала «Соматизація» — $1,32 \pm 0,67$), інертність, ригідність (шкала «Обсесивно-компульсивні розлади» — $1,04 \pm 0,56$).

Таблиця 1

Результати дослідження особливостей порушень особистості та емоційної сфери хворих на РС (РТ) в залежності від віку та статі за допомогою методики SCL-90-R Derogatis (у балах)

| Шкали | Хворі | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| | Жінки, віком 20—35 років n = 20 | Жінки, віком 41—54 років n = 10 | Чоловіки, віком 20—35 років n = 9 | Загальна група n = 39 |
| Соматизація (SOM) | 0,87 ± 0,49 | 1,32 ± 0,67* | 0,76 ± 0,42 | 0,97 ± 0,55 |
| Обсесивно-компульсивні розлади (O-C) | 1,03 ± 0,64 | 1,04 ± 0,56 | 0,98 ± 0,57 | 1,02 ± 0,59 |
| Міжособистісна сензитивність (INT) | 0,87 ± 0,64 | 0,65 ± 0,49* | 0,70 ± 0,45 | 0,78 ± 0,57 |
| Депресія (DEP) | 0,83 ± 0,54 | 0,79 ± 0,49 | 0,60 ± 0,42" | 0,78 ± 0,50 |
| Тривожність (ANX) | 0,80 ± 0,58 | 0,73 ± 0,42 | 0,80 ± 0,56 | 0,78 ± 0,53 |
| Ворожість (HOS) | 0,69 ± 0,53 | 0,57 ± 0,35 | 0,65 ± 0,59 | 0,68 ± 0,51 |
| Фобічна тривожність (PHOB) | 0,29 ± 0,51 | 0,45 ± 0,60 | 0,20 ± 0,27 | 0,37 ± 0,49 |
| Паранояльні симптоми (PAR) | 0,62 ± 0,69 | 0,59 ± 0,58 | 0,62 ± 0,53 | 0,64 ± 0,62 |
| Психотизм (PSY) | 0,37 ± 0,43 | 0,27 ± 0,31 | 0,42 ± 0,57 | 0,36 ± 0,43 |

Примітка. * — достовірність відмінностей за критерієм t-Стьюдента $p \leq 0,05$ між групами жінок, хворих на РС (РТ), різних вікових категорій; " — достовірність відмінностей за критерієм t-Стьюдента $p \leq 0,05$ між групами жінок та чоловіків хворих на РС (РТ) віком 20—35 років

Структура порушень особистості в групах жінок різної вікової категорії в цілому має схожий характер, проте спостерігаються певні особливості. Жінки зрілого віку більше схильні до іпохондризації, фіксації уваги на фізичному стані порівняно з молодими (показники за шкалою «Соматизація» — $1,32 \pm 0,67$ та $0,87 \pm 0,49$ відповідно, $p \leq 0,05$). Відчуття своєї неповноцінності, неадекватності, порівняно з оточуючими, більш гостро переживають жінки молодого віку, ніж зрілого (показники за шкалою «Міжособистісна сензитивність» — $0,87 \pm 0,64$ та $0,65 \pm 0,49$ відповідно, $p \leq 0,05$).

У групі чоловіків молодого віку домінуючими є такі риси особистості як ригідність, інертність, труднощі у прийнятті рішень (шкала «Обсесивно-компульсивні розлади» — $0,98 \pm 0,57$), значно виражена тривожність

(шкала «Тривожність» — $0,80 \pm 0,56$), схильність до соматизації тривоги, іпохондризації (шкала «Соматизація» — $0,76 \pm 0,42$), міжособистісна сензитивність (шкала INT — $0,70 \pm 0,45$).

Структура порушень особистості в групі жінок та чоловіків молодого віку має дещо різний характер. Проте достовірні відмінності проявляються лише у рівні вираженості депресивних симптомів: жінки значно більше схильні до депресивних переживань, порівняно з чоловіками (показники за шкалою «Депресія» — $0,83 \pm 0,54$ та $0,60 \pm 0,42$ відповідно, $p \leq 0,05$).

Результати дослідження специфіки особистісного реагування на захворювання в групі хворих на РС (РТ) за допомогою методики «Тип ставлення до хвороби» наведено в таблиці 2.

Таблиця 2

Результати дослідження особистісного реагування на захворювання в групі хворих на РС (РТ) в залежності від віку та статі за допомогою методики «Тип ставлення до хвороби» (в балах)

| Тип ставлення до хвороби | Хворі | | | |
|--------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| | Жінки, віком 20—35 років n = 20 | Жінки, віком 41—54 років n = 10 | Чоловіки, віком 20—35 років n = 9 | Загальна група n = 39 |
| Гармонійний | 24,33 ± 21,0 | 35,11 ± 22,87* | 19,87 ± 21,39 | 25,94 ± 21,64 |
| Ергопатичний | 22,57 ± 12,40 | 31,44 ± 13,71* | 15,62 ± 17,88" | 23,21 ± 14,61 |
| Анозогнозичний | 11,95 ± 13,20 | 2,88 ± 8,66* | 15,62 ± 24,80 | 10,57 ± 15,74 |
| Тривожний | 8,33 ± 8,67 | 9,33 ± 8,13 | 7,75 ± 7,97 | 8,44 ± 8,20 |
| Іпохондричний | 6,52 ± 5,10 | 9,00 ± 4,74 | 7,87 ± 9,06 | 7,39 ± 5,96 |
| Неврастенічний | 6,23 ± 6,44 | 7,44 ± 5,45 | 8,97 ± 12,24" | 7,07 ± 7,64 |
| Меланхолічний | 1,85 ± 3,95 | 3,11 ± 3,17 | 2,37 ± 5,01 | 2,26 ± 3,95 |
| Апатичний | 1,23 ± 3,25 | 1,44 ± 1,01 | 1,75 ± 4,20 | 1,39 ± 3,05 |
| Сенситивний | 14,33 ± 7,64 | 20,55 ± 14,14* | 14,75 ± 8,71 | 15,89 ± 9,80 |
| Егоцентричний | 4,47 ± 3,51 | 8,85 ± 5,98* | 6,25 ± 4,43 | 5,81 ± 4,58 |
| Паранояльний | 3,66 ± 3,00 | 5,00 ± 4,79 | 5,37 ± 6,56 | 4,34 ± 4,31 |
| Дисфоричний | 3,12 ± 4,22 | 2,12 ± 3,49 | 6,87 ± 9,78" | 3,60 ± 5,71 |

Примітка. * — достовірність відмінностей за критерієм t-Стьюдента $p \leq 0,05$ між групами жінок, хворих на РС (РТ), різних вікових категорій

" — достовірність відмінностей за критерієм t-Стьюдента $p \leq 0,05$ між групами жінок та чоловіків хворих на РС (РТ) віком 20—35 років

Отримані дані (див. табл. 2) вказують на те, що у хворих на РС (РТ) в основному присутня адекватна оцінка своєї хвороби (гармонійний тип — $25,94 \pm 21,64$) і реалізуються відповідні до неї паттерни поведінки. Разом з тим для даної групи хворих значною мірою притаманний ергопатичний ($23,21 \pm 14,61$) тип ставлення до хвороби, тобто надцінне та надмірно відповідальне ставлення до робочої діяльності, що може відображати відповідні захисні механізми особистості. Поняття «робоча діяльність» у даному випадку може стосуватися не лише офіційної трудової зайнятості, але й усіх видів діяльності, що оцінюються пацієнтами як «праця» (домогосподарство, різноманітні «хоббі», неофіційна та епізодична трудова діяльність, допомога близьким тощо).

У групі жінок молодого віку найбільш вираженими є ергопатичний ($31,44 \pm 13,71$) та гармонійний ($24,33 \pm 21,0$) типи реагування на захворювання.

Для жінок зрілого віку значною мірою характерні гармонійний ($35,11 \pm 22,87$) та ергопатичний ($23,21 \pm 14,61$) типи ставлення до хвороби. Разом з тим досить сильно виражені переживання пацієнтів відносно того, яким чином хвороба вплине на ставлення до них оточуючих (сензитивний тип — $20,55 \pm 14,14$). Подібна форма ставлення до захворювання значною мірою може бути зумовлена преморбідними властивостями особистості, та сприяє її дезадаптації, порушенню соціального функціонування.

Порівнюючи групи жінок різних вікових категорій можна сказати, що у жінок зрілого віку, на відміну від молодих значно більше виражені риси адекватного ставлення до свого захворювання (гармонійний тип — $35,11 \pm 22,87$ та $24,33 \pm 21,0$ відповідно, $p \leq 0,05$), частіше спостерігається ергопатичний ($31,44 \pm 13,71$ та $22,57 \pm 12,40$ відповідно, $p \leq 0,05$), сензитивний ($20,55 \pm 14,14$ та $14,33 \pm 7,64$ відповідно, $p \leq 0,05$) та егоцентричний ($8,85 \pm 5,98$ та $4,47 \pm 3,51$ відповідно, $p \leq 0,05$) типи ставлення до хвороби. Жінки молодого віку більш схильні до анозогнозичного виду реагування на захворювання, ніж жінки зрілого віку ($11,95 \pm 13,20$ та $2,88 \pm 8,66$ відповідно, $p \leq 0,05$).

У групі чоловіків домінуючими є гармонійний ($19,87 \pm 21,39$), ергопатичний ($15,62 \pm 17,88$), анозогнозичний ($15,62 \pm 24,80$) та сензитивний ($14,75 \pm 8,71$) види ставлення до захворювання.

Відмінності між групами жінок та чоловіків проявляються у тому, що жінкам більшою мірою притаманний ергопатичний тип ставлення до хвороби, ніж чоловікам ($22,57 \pm 12,40$ та $15,62 \pm 17,88$ відповідно, $p \leq 0,05$). Чоловіки, порівняно з жінками, більш схильні проявляти дисфоричні ($6,87 \pm 9,78$ та $3,12 \pm 4,22$ відповідно, $p \leq 0,05$) та неврастенічні ($8,97 \pm 12,24$ та $6,23 \pm 6,44$ відповідно, $p \leq 0,05$) риси емоційного реагування на захворювання. Можна сказати, що у чоловіків більше, ніж у жінок, виражені дезадаптивні форми реагування на хворобу, що можуть призводити до різноманітних особистісних змін у зв'язку з захворюванням.

Результати дослідження якості життя, ефективності соціального функціонування хворих на РС (РТ) за допомогою методу оцінки інтегративного показника якості життя (J. Mezzich, 1999) подано в таблиці 3.

За отриманими даними видно, що в загальній групі досліджуваних суб'єктивна оцінка якості життя за всіма шкалами в цілому знаходиться вище середнього. При цьому хворі на РС (РТ) найменше задоволені своїм фізичним ($6,18 \pm 1,88$) та психологічним ($6,84 \pm 2,36$) станом, найбільше — рівнем самообслуговування та незалежності в діях ($8,52 \pm 1,60$), якістю міжособистісної взаємодії ($8,52 \pm 1,58$) та соціально-емоційної підтримки ($8,28 \pm 1,72$). Слід відмітити, що дуже високі суб'єктивні оцінки якості життя в даній групі хворих можуть вказувати на певне зниження критики до свого стану та дію психологічних захисних механізмів.

Жінки молодого віку найменше задоволені своїм фізичним станом ($6,33 \pm 2,00$), найбільше — рівнем працездатності ($8,09 \pm 2,21$), самообслуговування та незалежності в діях, якістю міжособистісної взаємодії ($8,71 \pm 1,41$), соціально-емоційної підтримки ($8,52 \pm 1,74$) та духовної реалізації ($8,42 \pm 1,50$).

Таблиця 3

Результати дослідження якості життя у хворих на РС (РТ) в залежності від віку та статі (в балах)

| Показник якості життя | Хворі | | | |
|--|---|---|---|---------------------------------|
| | Жінки, віком 20—35 років <i>n</i> = 20 | Жінки, віком 41—54 років <i>n</i> = 10 | Чоловіки, віком 20—35 років <i>n</i> = 9 | Загальна група <i>n</i> = 39 |
| Фізичне благополуччя | $6,33 \pm 2,00$ | $5,66 \pm 1,93$ | $6,37 \pm 1,59$ | $6,18 \pm 1,88$ |
| Психологічне благополуччя | $7,52 \pm 2,24$ | $5,22 \pm 2,58^*$ | $6,87 \pm 1,64$ | $6,84 \pm 2,36$ |
| Самообслуговування і незалежність в діях | $8,71 \pm 1,41$ | $8,00 \pm 2,17$ | $8,62 \pm 1,40$ | $8,52 \pm 1,60$ |
| Працездатність | $8,09 \pm 2,21$ | $7,44 \pm 2,29$ | $8,00 \pm 2,32$ | $7,92 \pm 2,21$ |
| Міжособистісна взаємодія | $8,47 \pm 1,74$ | $8,77 \pm 0,83$ | $8,37 \pm 1,92$ | $8,52 \pm 1,58$ |
| Соціально-емоційна підтримка | $8,52 \pm 1,74$ | $7,88 \pm 1,76$ | $8,12 \pm 1,72$ | $8,28 \pm 1,72$ |
| Службова підтримка | $7,80 \pm 1,88$ | $7,55 \pm 2,24$ | $7,00 \pm 1,85$ | $7,57 \pm 1,94$ |
| Особистісна реалізація | $7,90 \pm 2,11$ | $7,33 \pm 2,29$ | $7,75 \pm 2,18$ | $7,73 \pm 2,12$ |
| Духовна реалізація | $8,42 \pm 1,50$ | $6,26 \pm 2,91^*$ | $6,12 \pm 2,53''$ | $7,52 \pm 2,31$ |
| Загальне сприйняття якості життя | $7,80 \pm 1,91$ | $7,11 \pm 1,76$ | $7,50 \pm 1,51$ | $7,57 \pm 1,78$ |

Примітка. * — достовірність відмінностей за критерієм *t*-Стюдента $p \leq 0,05$ між групами жінок, хворих на РС (РТ), різних вікових категорій

'' — достовірність відмінностей за критерієм *t*-Стюдента $p \leq 0,05$ між групами жінок та чоловіків хворих на РС (РТ) віком 20—35 років

Жінки зрілого віку найменше задоволені своїм фізичним ($5,66 \pm 1,93$) та психологічним ($5,22 \pm 2,58$) станом, найбільше — якістю міжособистісної взаємодії ($8,77 \pm 0,83$), рівнем самообслуговування та незалежності в діях ($8,00 \pm 2,17$).

Відмінності суб'єктивної оцінки якості життя в групах жінок різної вікової категорії полягають у тому, що жінки молодого віку значно більше задоволені своїм психологічним станом ($7,52 \pm 2,24$ та $5,22 \pm 2,58$ відповідно, $p \leq 0,05$) та рівнем духовної реалізації ($8,42 \pm 1,50$ та $6,26 \pm 2,91$ відповідно, $p \leq 0,05$), ніж жінки зрілого віку.

Чоловіки молодого віку найменше задоволені своїм фізичним ($6,37 \pm 1,59$), психологічним ($6,87 \pm 1,64$) станом та рівнем духовної реалізації ($6,12 \pm 2,53$), найбільше — рівнем самообслуговування і незалежності в діях ($8,62 \pm 1,40$), рівнем працездатності ($8,00 \pm 2,32$), якістю міжособистісної взаємодії ($8,37 \pm 1,92$) та соціально-емоційної підтримки ($8,12 \pm 1,72$).

Ієрархічна структура показників якості життя в групах жінок та чоловіків має дещо різний характер, проте достовірні відмінності спостерігаються лише за параметром «Духовна реалізація» ($8,42 \pm 1,50$ та $6,12 \pm 2,53$ відповідно, $p \leq 0,05$), тобто жінки значно більше задоволені якістю своєї духовної реалізації, ніж чоловіки.

Також в групі хворих на РС (РТ) відмічається взаємозв'язок показників якості життя з особливостями особистісного реагування на захворювання. Так, збільшення вираженості рис анозогнозичного та зменшення рис тривожного типу ставлення до хвороби пов'язується з підвищенням суб'єктивної оцінки фізичного ($r = 0,46$ та $r = -0,52$ відповідно, $p \leq 0,01$) та психологічного ($r = 0,39$ ($p \leq 0,05$) та $r = -0,49$ ($p \leq 0,01$) відповідно) благополуччя, рівня самообслуговування та незалежності в діях ($r = 0,33$ ($p \leq 0,05$) та $r = -0,44$ ($p \leq 0,01$) відповідно), працездатності ($r = 0,32$ та $r = -0,31$ відповідно, $p \leq 0,05$), міжособистісної взаємодії ($r = 0,58$ та $r = -0,58$ відповідно, $p \leq 0,01$), соціально-емоційної підтримки ($r = 0,32$ та $r = -0,35$ відповідно, $p \leq 0,05$), особистісної реалізації ($r = 0,33$ та $r = -0,36$ відповідно, $p \leq 0,05$) та загального сприйняття якості життя в цілому ($r = 0,37$ ($p \leq 0,05$) та $r = -0,49$ ($p \leq 0,01$) відповідно). Зменшення прояву рис іпохондричного типу ставлення до хвороби поєднується з підвищенням суб'єктивної оцінки фізичного благополуччя ($r = -0,42$, $p \leq 0,01$), рівня самообслуговування та незалежності в діях ($r = -0,46$, $p \leq 0,01$), міжособистісної взаємодії ($r = -0,35$, $p \leq 0,05$), особистісної реалізації ($r = -0,32$, $p \leq 0,05$) та загального сприйняття якості життя ($r = -0,42$, $p \leq 0,01$). Низький рівень вираженості неврастенічного та дисфоричного типів реагування на хворобу діагностується разом з підвищенням суб'єктивної оцінки фізичного ($r = -0,38$ ($p \leq 0,05$) та $r = -0,44$, ($p \leq 0,01$) відповідно) і психологічного ($r = -0,35$ та $r = -0,35$, $p \leq 0,05$) благополуччя. Зниження прояву рис меланхолічного типу ставлення до хвороби пов'язується з підвищенням суб'єктивної оцінки фізичного ($r = -0,33$, $p \leq 0,05$) та психологічного ($r = -0,44$, $p \leq 0,01$) благополуччя, рівня самообслуговування та незалежності в діях ($r = -0,36$, $p \leq 0,05$), міжособистісної взаємодії ($r = -0,37$ відповідно, $p \leq 0,05$), соціально-емоційної підтримки ($r = -0,34$, $p \leq 0,05$), особистісної ($r = -0,43$, $p \leq 0,01$) та духовної ($r = -0,34$, $p \leq 0,05$) реалізації, загального сприйняття якості життя

($r = -0,53$, $p \leq 0,01$). Зменшення вираженості апатичного типу ставлення до хвороби проявляється у поєднанні з підвищенням суб'єктивної оцінки фізичного ($r = -0,33$, $p \leq 0,05$) та психологічного ($r = -0,60$, $p \leq 0,01$) благополуччя, міжособистісної взаємодії ($r = -0,33$ відповідно, $p \leq 0,05$), соціально-емоційної підтримки ($r = -0,33$, $p \leq 0,05$) та загального сприйняття якості життя ($r = -0,48$, $p \leq 0,01$). Підвищення суб'єктивної оцінки фізичного благополуччя ($r = -0,33$, $p \leq 0,05$), міжособистісної взаємодії ($r = -0,35$ відповідно, $p \leq 0,05$), соціально-емоційної підтримки ($r = -0,33$, $p \leq 0,05$), духовної реалізації ($r = -0,35$ відповідно, $p \leq 0,05$) та загального сприйняття якості життя в цілому ($r = -0,36$, $p \leq 0,05$) пов'язується зі зниженням вираженості рис сенситивного типу ставлення до хвороби.

Таким чином, порушення особистості та емоційної сфери в групі хворих з рецидивуючим типом перебігу розсіяного склерозу проявляються у вигляді значної вираженості ригідності, інертності; схильності до іпохондризації у поєднанні з тенденцією до соматизації тривоги. Відмічаються особливості цих порушень в залежності від вікових та гендерних характеристик. У жінок зрілого віку більше виражений рівень соматизації тривоги, фобічної тривожності і значно менше — рівень міжособистісної сензитивності порівняно з молодими жінками. Також жінки значно більше схильні до депресії, ніж чоловіки.

Характерні особливості особистісного реагування на захворювання пацієнтів з РС (РТ) проявляються у значній вираженості гармонійного та ергопатичного варіантів реагування на захворювання. Жінки зрілого віку більш адекватно ставляться до хвороби, ніж молоді жінки. Також їм значно більше притаманні ергопатичний, сензитивний та егоцентричний типи реагування на хворобу. Натомість молоді жінки більшою мірою проявляють анозогнозичний вид ставлення до захворювання. Чоловіки більше схильні до дисфоричних та неврастенічних реакцій на хворобу порівняно з жінками. Для жінок більш характерний ергопатичний тип ставлення до захворювання, ніж для чоловіків.

Для хворих на РС (РТ) в цілому характерний досить високий рівень суб'єктивного сприйняття якості життя. Найменше ці пацієнти задоволені своїм фізичним та психологічним станом, найбільше — рівнем самообслуговування і незалежності в діях, якістю міжособистісної взаємодії та соціально-емоційної підтримки. При цьому високий суб'єктивний оцінки якості життя в даній групі хворих можуть вказувати на певне зниження критики до свого стану та дію психологічних захисних механізмів. Жінки молодого віку значно більше задоволені своїм психологічним станом та рівнем духовної реалізації, ніж жінки зрілого віку. Також жінки значно більше задоволені якістю своєї духовної реалізації, порівняно з чоловіками. Відмічається зв'язок суб'єктивної оцінки якості життя з особливостями особистісного ставлення до хвороби. Вираженість рис анозогнозичного (ейфоричного) типу ставлення до хвороби та зменшення прояву типів реагування на захворювання, що мають інтра- та інтеропсихічну спрямованість (тривожного, іпохондричного, неврастенічного, меланхолічного, апатичного, сенситивного), поєднується з підвищенням суб'єктивної оцінки практично всіх параметрів якості життя хворих на РС.

Список літератури

1. Алексеева, Т. Г. Спектр нейропсихологических изменений при рассеянном склерозе [Текст] / Т. Г. Алексеева, А. Н. Бойко, Е. И. Гусев // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2000. — № 11. — С. 15—20.

2. Волошин, П. В. Аналіз розповсюдженості захворюваності на розсіяний склероз в Україні за даними офіційної статистичної звітності [Текст] / [П. В. Волошин, Н. П. Волошина, Л. І. Д'яченко, І. Л. Левченко] // Український вісник психоневрології. — 2005. — Том 13, вип. 2 (43). — С. 5—11.

3. Гант, О. Є. Особливості порушень когнітивних функцій у хворих на розсіяний склероз: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.04 «Медицина психологія» [Текст] / О. Є. Гант. — Харків, 2009. — 20 с.

4. Заславский, Л. Г. О значении личностной тревожности в заболеваемости рассеянным склерозом [Текст] / Л. Г. Заславский //

Материалы конф. Рассеянный склероз: основы здоровья. — СПб.: Лики России, 1999. — С. 11—14.

5. Коркина, М. В. Психические нарушения при рассеянном склерозе [Текст] / М. В. Коркина, Ю. С. Мартынов, Г. Ф. Малков. — М.: Изд-во УДН, 1986.

6. Резникова, Т. Н. Психологическое исследование больных рассеянным склерозом [Текст] / [Т. Н. Резникова, И. Ю. Терентьева, Н. А. Селиверстова, Ю. Г. Хоменко] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2007. — № 7. — С. 36—42.

7. Шестопалова, Л. Ф. Когнитивные нарушения у больных рассеянным склерозом [Текст] / Л. Ф. Шестопалова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2002. — № 1 (9). — С. 50—53.

8. Шестопалова, Л. Ф. Особенности нарушений когнитивных функций у больных с различными типами течения рассеянного склероза [Текст] / Л. Ф. Шестопалова, Е. Е. Гант // Медицинская психология. — 2009. — Т. 4, № 1. — С. 3—6.

Надійшла до редакції. 12.01.10 р.

И. К. Гапонов, О. А. Бородавко

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины» (г. Харьков)

Гендерные и возрастные особенности нарушений личности у больных рассеянным склерозом

Проведено исследование особенностей нарушений личности у больных с рецидивирующим типом течения рассеянного склероза в зависимости от возрастных и гендерных характеристик. Показано, что нарушения личности и эмоциональной сферы у данной категории больных проявляются в виде выраженной ригидности, инертности, склонности к ипохондризации. Особенности личностного реагирования на заболевание заключаются в значительной выраженности гармоничного и эргопатического типов отношения к болезни. Для больных рассеянным склерозом, в целом, характерен достаточно высокий уровень субъективного восприятия качества жизни, что может быть связано со снижением критики к своему состоянию, а также с функционированием психологических защитных механизмов.

Ключевые слова: рассеянный склероз, личностные нарушения, гендерные и возрастные особенности.

I. K. Gaponov, O. A. Borodavko

State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine" (Kharkiv)

Gender and age peculiarities of personality impairment in patients with multiple sclerosis

Research of peculiarities of personality impairment at patients with relapsed current type a multiple sclerosis depending on age and gender characteristics is conducted. It is shown that impairments of the person and emotional sphere at the given category of patients are shown in the form of expressed rigidity, inertness, propensities to hypochondria. Peculiarities of personal reaction to disease consist in considerable expressiveness harmonious and ergopatical types of the relation to illness. In general, for sick of a multiple sclerosis there's a high level of subjective perception of a life quality that can reflect certain decrease in criticism to the condition, influence of psychological protective mechanisms as a whole is characteristic.

Keywords: multiple sclerosis, personality impairment, gender and age peculiarities.