

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89 – 008.442:616.853-056.4

Л.О. Герасименко

ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ,
ХАРАКТЕР ОСОБИСТІСНОЇ ТА РЕАКТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ЖІНОК
З ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ СТРЕСОВИМИ РОЗЛАДАМИ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Ключові слова:
посттравматичний
стресовий розлад,
особистісна
тривожність, реактивна
тривожність.

Посттравматичні стресові розлади (ПТСР) є однією з найпоширеніших та найбільш несприятливих за перебігом форм психічних порушень у осіб, які пережили ситуації, що загрожували їхньому життю або життю близьких людей. Проведене комплексне дослідження дає можливість визначити індивідуально-психологічні особливості у жінок з ПТСР, стан їх особистісної та реактивної тривожності, рівень адаптації та дезадаптації. Лікувально-реабілітаційні заходи при ПСТР враховують психотерапію, психологічну корекцію, медикаментозну і немедикаментозну терапію.

На сьогодні в Україні є досить поширені групи людей, які пережили різні екстремальні ситуації. Посттравматичні стресові розлади (ПТСР) є однією з найпоширеніших та найбільш несприятливих за перебігом форм психічних порушень у осіб, які пережили ситуації, що загрожували їхньому життю або життю близьких людей і, відповідно, займають центральне місце серед так званих пограничних психічних розладів [1]. З урахуванням сучасної складної суспільно-політичної ситуації в Україні, а також розвитку екстремальних ситуацій (терористичні акти, складна ситуація на Сході України, аварії у шахтах, промислових зонах) проблема діагностики, лікування та відповідної реабілітації хворих на ПТСР залишається надзвичайно актуальною. Розлади адаптації (РА) належать до досить поширених у популяції, їх виявляють у 5–20% всіх амбулаторних пацієнтів. Розвиток та ускладнення перебігу ПТСР у подальшому може призводити до трансформації його в інші, психічні розлади (депресивні, тривожні, панічні, фобічні), що обумовлює необхідність вивчення особливостей і закономірностей формування ПТСР з метою покращення фармакологічного лікування та методів психотерапевтичного впливу [3, 4].

У сучасному науковому світі проблемам діагностики та відповідної корекції ПТСР, а також можливим негативним наслідкам його перебігу присвячена досить велика кількість публікацій, але роботи, присвячені питанням сімейних, міжособистісних стосунків, психічної та психологічної сфер при ПТСР практично відсутні.

За умов інформованої згоди нами було обстежено 29 осіб жіночої статі, які звертались за консультативною та лікувальною допомогою до клінічної бази кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «УМСА». Більшість обстежених жінок (n=23) перебували у шлюбі. Ці подружжя були обстежені в якості групи порівняння. 6 жінок (20,7%) на момент обстеження були неодружені та не перебували у цивільному шлюбі.

Вік обстежених становив від 23 до 37 років. Подружжя, як правило, входили до однієї вікової групи (різниця складала до 5 років). 65,2% подружжів перебували в першому шлюбі від 2 до 7 років, решта у другому – від 2 до 5 років. 66,6% чоловіків і 48,4% жінок мали вищу й незакінчену вищу освіту. Відповідно 33,4% і 51,6% обстежених – середню та середню спеціальну. 70,8% чоловіків і 54,8% жінок займалися розумовою працею, а 29,2% та 45,2% відповідно займалися фізичною працею. Керівниками підрозділів були 38,5% чоловіків і 32,1% жінок, виконавцями були відповідно 61,5% чоловіків і 67,9% жінок.

До комплексу проведених досліджень входило клінічне обстеження усіх жінок з вивченням соматичного, неврологічного, психічного статусів. Також було проведено психодіагностичне обстеження як самотніх жінок, так і кожного з подружжя.

Враховуючи специфіку клінічних проявів ПТСР та недостатню визначеність індивідуально-психологічних особливостей кожної з обстежених, особлива увага приділялася клініко-психопатологічному методу у вигляді розгорнутого клінічного інтерв'ю з аналізом психічного статусу та психоанамнестичних даних. Психіатричне обстеження чоловіків та жінок проводили за умов інформованої згоди та участі лікаря-психіатра згідно з критеріями психічних та поведінкових розладів МКХ-10 [2].

Всім ПП було проведено комплексне обстеження. Клінічне дослідження включало аналіз анамнезу і вивчення соматичного статусу.

У роботі використано психодіагностичний комплекс методів для вивчення: 1) *адаптації / дезадаптації* (опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R), адаптований Н.В. Тарабриною зі співавт., 2001;

2) *типів ставлення до хвороби* (методика визначення переважаючого типу ставлення до хвороби за Л.Й. Вассерманом зі співавт., 2005);

3) *особистісних особливостей* (стандартизований багатofакторний метод дослідження особистості (СБМДО) Л.М. Собчк, 2003);

4) методу Ч.Д. Спілберґера – Ю.Л. Ханіна, з метою вивчення стану особистісної та реактивної тривожності.

Для статистичної обробки даних клінічних, психодіагностичних та соціологічних досліджень використовували такі методи: описової статистики (визначення середньоарифметичних значень і середньоарифметичних відхилень за кожним із кількісних показників $M \pm SD$, частоти для якісних параметрів), математичної статистики за таблицями відсотків та помилок, критерій U Вількоксона – Манна – Уїтні та t-критерій Стьюдента з достовірною імовірністю $p < 0,05$ – для обробки результатів психодіагностичних досліджень.

Визначення типів ставлення до хвороби, особистісних особливостей, емоційної сфери та протективних стратегій особистості, «Я-концепції», особливостей шлюбних стосунків дало змогу встановити, що найчастіше (69,56%) у дезадаптованих жінок мав місце змішаний тип ставлення до хвороби. Серед чистих типів (32,31%) домінував сенситивний тип (21,73%); що стосується змішаних типів ставлення до хвороби, то в 50% випадків сенситивне ставлення входило до складу цих типів. Отже, домінуючим типом ставлення до хвороби у дезадаптованих жінок був сенситивний тип, якому притаманна інтерпсихічна спрямованість особистісного реагування на хворобу. Тривожний тип ставлення до хвороби, що відображає інтрапсихічну спрямованість, спостерігали у 17,24% жінок.

У адаптованих жінок спостерігали типи адекватного ставлення до стресу, серед яких домінували гіперсоціальний і гармонійний. Також було досліджено аспект внутрішньої картини хвороби, що класифікується як інтелектуальний рівень ВКХ. Результати свідчили про занурення дезадаптованих жінок у процес хвороби, намагання визначити власну концепцію хвороби при домінуванні ірраціональних стереотипних настанов.

Адаптовані жінки відрізнялись складністю у виділенні патогенезу хворобливого стану, мали складності в описі власних проблем, що свідчило про когнітивну неоформленість концепції хворобливого стану. Найбільшу загрозу наслідків стресової ситуації вбачали у тимчасовій втраті працездатності, рецидиві стресу і як наслідок, загостренню хворобливого стану.

Завдання визначення особистісних особливостей фактично було пов'язано з тим, що останні є переддиспозицією даного стану, який розгортається під впливом стресової ситуації та може слугувати «слабким ґрунтом», котрий спричиняє розвиток дезадаптивного стану, або, навпаки, створювати основу успішної адаптації за складних умов. У групі дезадаптованих жінок виділено п'ять варіантів типологічно схожих особистісних профілів, в групі адаптованих жінок – три варіанти профілів (таблиця).

Встановлено зв'язки між рисами особистості та дезадаптивними симптомами різних регістрів, що дозволило стверджувати про наявність певних характеристик, які є одними з чинників, що обумовлюють появу дезадаптивних станів у жінок з ПТСР, зокрема симптоми соматизації пов'язані з такими особистісними характеристиками, як спонтанність та емоційна незрілість. Переддиспозиційною основою депресивної симптоматики виявились песимістичні та сенситивно-тривожні риси, надмірний контроль

Таблиця. Варіанти особистісних профілів адаптованих /дезадаптованих жінок

Коди профілю	Назва профілю	%
Група 1 (n=23)		
'132786409 FKL	«Невротичний»	30,44
34'87162 FKL	«Збудливий»	26,06
1384'7621/5 FKL	«Істеричний»	21,73
7218'63409/5 FKL	«Тривожно-депресивний»	13,04
2'4781360/5 FKL	«Пасивно-страждальний»	8,69
Група 2 (n=6)		
'1568 KFL	«Гіперсоціальний»	50,07
65'83214 KFL	«Афективно-ригідний»	16,66
945'6873120 KFL	«Гіпертимний»	-
48'917623 KFL	«Стенічний»	-
/9837265014 KFL	«Гармонійний»	33,33
'0876312 KFL	«Інтровертивний»	-

та виразна індивідуальність. На появу симптоматики між-особистісної сенситивності впливали песимістичність, гіпостенічні риси, риси невпевненості та інтровертованості. Передумовою виникнення фобічної тривожності є риси надмірного контролю ситуації та песимістичність.

Виявлено розбіжності між стійкими емоційними рисами, а саме: здивуванням, відразою, які більш властиві дезадаптованим жінкам, та провиною, що більше притаманно адаптованим жінкам. У актуальному емоційному профілі дезадаптованих жінок наявне підвищення практично всіх негативних емоцій, серед яких домінував сором через неприйняття та неможливість подолати стресову ситуацію. Досить актуальними є емоційні сфери адаптованих жінок, які характеризувались «придушенням» негативних стенічних емоцій. Алекситимічний симптомокомплекс більш властивий адаптованим жінкам ($\varphi=2,25$, $p \leq 0,01$).

За допомогою t-критерію Стьюдента була встановлена різниця між групами за рівнем виразності механізмів психологічного захисту. Регресія ($t=6,37$, $p=0,000$) відзначена, як найчастіше застосовуваний механізм психологічного захисту у дезадаптованих жінок. У адаптованих жінок найбільш вираженими механізмами захисту були заперечення ($t=7,04$, $p=0,000$), реактивне утворення ($t=3,57$, $p=0,001$), інтелектуалізація ($t=6,04$, $p=0,000$) та заміщення ($t=6,04$, $p=0,000$). Ступінь напруження захисту виявився вищим у адаптованих жінок ($t=2,20$, $p=0,032$).

Важливу роль у процесі психічної адаптації відіграють рівень тривожності на поточний момент (реактивна тривожність) й особистісна тривожність (стала характеристика). З метою вивчення стану особистісної та реактивної тривожності в усіх обстежених застосовано методу Ч.Д. Спілберґера – Ю.Л. Ханіна.

Встановлено, що серед жінок з ПТСР переважали особи з середнім рівнем ситуативної і особистісної тривожності. Серед незаміжніх жінок кількість осіб із низьким рівнем тривожності ($p < 0,01$) була вірогідно меншою.

При аналізі результатів об'єктивного дослідження психопатологічної симптоматики встановлено дисоціацію між самооцінкою своїх проявів і реальним станом в основній групі обстежених. Серед жінок високий рівень РТ встановлений лише у (12,5±3,3)%, клінічно значимим

тривожний стан був у 31,2% осіб, 62,3% відчували лише симптоми тривоги.

За результатами дослідження ми можемо зробити висновки про те, що жінки з ПТСР наявні психопатологічні порушення не схильні вважати проявами тривожного розладу, а трактують їх переважно як депресивні чи загальносоматичні прояви.

Проведене комплексне дослідження дає можливість визначити індивідуально-психологічні особливості у жінок з ПТСР, стан їх особистісної та реактивної тривожності, рівень адаптації та дезадаптації. Лікувально-реабілітаційні заходи при ПТСР включають психотерапію, психологічну корекцію, медикаментозну і немедикаментозну терапію. При проведенні фармакотерапії ми обов'язково враховували особливості перебігу ПТСР, особистісні і фізіологічні характеристики хворого. Особливу увагу надавали застосуванню антидепресантів, селективним інгібіторам

зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС). Зокрема застосовували золофт, велафаксор, лексапро, флуоксетин, що визначені як препарати, які можна ефективно застосовувати в амбулаторних умовах. Серед методів психотерапевтичного впливу перевагу надавали груповим. З метою удосконалення лікувально-реабілітаційного процесу та підвищення якості медико-психологічної допомоги залучали до лікування хворих на ПТСР медичного психолога.

Список використаної літератури

1. Исаков Р. И. Состояние семейной адаптации при неврастении у женщин / Р. И. Исаков, Л. О. Герасименко // Медицинская психология. – 2011. – №1 – С. 12–15.
2. Марута Н. А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах / Н. А. Марута. – Харьков: РИФ «Арсис ЛТД», 2000. – 159 с.
3. Марута Н. О. Критерий качества жизни в психиатрической практике: монография / Н. О. Марута, Т. В. Панько. – Харьков: РВФ АРСИС, ЛТД, 2004. – 240 с.
4. Олифирова Н. И. Семейные кризисы: феноменология, диагностика, психологическая помощь / Н. И. Олифирова, Т. А. Зинкевич-Куземкина, Т. Ф. Велента. – М.: Обнинск, 2005. – 132 с.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ХАРАКТЕР ЛИЧНОСТНОЙ И РЕАКТИВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У ЖЕНЩИН С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Л.О. Герасименко

Посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) являются одними из наиболее распространенных и неблагоприятных психических нарушений у лиц, переживших ситуации, угрожавшие их жизни или жизни близких людей. Проведенное комплексное исследование дает возможность определить индивидуально-психологические особенности у женщин с ПТСР, состояние личностной и реактивной тревожности, уровень адаптации и дезадаптации у женщин с ПТСР. Лечебно-реабилитационные мероприятия при ПТСР учитывают психотерапию, психологическую коррекцию, медикаментозную и немедикаментозную терапию.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, личностная тревожность, реактивная тревожность.

INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS, THE NATURE OF PERSONAL AND REACTIVE ANXIETY IN WOMEN WITH POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER L. Gerasimenko

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is one of the most common and unfavorable progress forms of mental disorders in survivors of a situation that threatened their lives, or the lives of close people. Comprehensive analysis enables us to determine the individual & psychological characteristics in women with PTSD, the condition of personal and reactive anxiety, level of adaptation and disadaptation in women with PTSD. Treatment and rehabilitation activities at PSTR consider psychotherapy, psychological correction, medication and no medication therapy.

Key words: post-traumatic stress disorder, personal anxiety, reactive anxiety.

УДК 616.895–03:619

Л.Р. Нікогосян

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ АБОРТ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Ключові слова:

вагітність, аборт, депресія, тривожність, нейротизм, психотизм.

У статті наведена порівняльна оцінка емоційно-вольової сфери жінок після переривання вагітності різними способами у другому триместрі. В основну групу (ОГ) увійшли 90 жінок, яким переривання вагітності виконували препаратами міфепрестону та мізопростолу, а в групу порівняння (ГП) – 66 жінок, яким переривання вагітності проводили так званім «традиційним методом»: інтраамніональним введенням 20% розчину хлориду натрію. У ході дослідження виявлено, що після переривання вагітності психологічний стан жінок основної групи був значно кращим, ніж у групі порівняння. Про це свідчила відсутність депресивних станів, які спостерігалися після інтраамніональних інфузій.

Актуальність теми. Офіційно щороку в Україні проводять 250 тисяч абортів. Спектр різних психологічних ускладнень, викликаних абортною травмою, дуже широкий: від незначних психологічних розладів до серйозних психічних порушень. Спочатку після переривання вагітності у жінок спрацьовують психологічні захисні механізми, які тимчасово пом'якшують їх травму [3].

Однак коли захисна система зазнає краху, жінки починають страждати. Безсоння, жадливі сни, відсутність апетиту, порушення біологічного ритму, безпричинний плач, різкі зміни настрою – все це характерно для жінок після абортів. Часто у них починаються психосоматичні розлади одночасно з мігренню, болями в нижній частині живота тощо [5].