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

За результатами дослідження ми можемо зробити висновок 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 ПСТР 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. Критерій якості життя в психіатричній практиці : монографія / Н. О. Марута, Т. В. Панько. – Харків : РВФ АРСІС, ЛТД, 2004. – 240 с.*
4. *Олифирович Н. И. Семейные кризисы: феноменология, диагностика, психологическая помощь / Н. И. Олифирович, 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 ПСТР 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 міфепристону та мізопростолу, а в групу порівняння (ГП) – 66 жінок, яким переривання вагітності проводили так званим «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 інтраамніальних 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, жахливі сни, відсутність апетиту, порушення біологічного ритму, безпричинний плач, різкі зміни настрою – все це характерно для жінок після аборту. Часто у них починаються психосоматичні розлади одночасно з мігренню, болями в нижній частині живота тощо [5].

Метою дослідження була порівняльна оцінка емоційно-вольової сфери жінок після переривання вагітності різними способами у другому триместрі вагітності.

Матеріали та методи дослідження

Нами проведена оцінка емоційно-вольової сфери 156 вагітних в терміни 14–23 тижні вагітності з мертвим плодом або вродженими вадами розвитку, які вимагають переривання вагітності. Обстежені жінки залежно від методу переривання вагітності були поділені на 2 групи. В основну групу (ОГ) увійшли 90 жінок, яким переривання вагітності виконували препаратами міфепристону та мізопростолу, а в групу порівняння (ГП) – 66 жінок, яким переривання вагітності проводили так званим «традиційним методом»: інтраамніональним введенням 20% розчину хлориду натрію. Тестування проводили у два етапи. Перший етап проводився у жінок до переривання вагітності. На цьому етапі виконували тестування за методикою Спілбергера – Ханіна та за тестом Айзенка (тільки за шкалами нейротизму та психотизму). На другому етапі дослідження проводили на 2–3 добу після проведеного аборту. Жінки проходили тестування за шкалою депресії та адаптації Т.Г. Балашової.

Результати та їх обговорення

У день надходження в стаціонар у всіх жінок була проведена оцінка психологічного статусу.

Визначення рівнів особистісної та ситуативної тривожності проводилось за методикою Спілбергера-Ханіна [2]. Тестування проводилось з використанням двох бланків: одного для визначення особистісної тривожності, другий – для ситуативної тривожності (табл. 1, 2).

Таблиця 1. Розподіл за рівнем особистісної тривожності

Рівень тривожності	ОГ, n = 90		ПГ, n = 66	
	n	%±m	n	%±m
Високий	40	44,44±5,24	41	62,12±5,97
Середній	30	33,33±4,97	18	27,27±5,48
Низький	20	22,22±4,38	7	10,61±3,79

Таблиця 2. Розподіл за рівнем ситуативної тривожності

Рівень тривожності	ОГ, n = 90		ПГ, n = 66	
	n	%±m	n	%±m
Високий	39	43,33±5,22	40	60,61±6,01
Середній	35	38,89±5,14	21	31,82±5,73
Низький	16	17,78±4,03	5	7,58±3,26

Результати опитування показали, що в опитаних жінок рівень як особистісної, так і реактивної тривожності майже однаковий. Особистісна тривожність характеризує схильність сприймати ситуації як загрозливі, реагувати на них станом тривоги. Ситуативна тривожність обумовлена впливом стресу, такого як втрата дитини.

Наступною методикою, за якою тестували жінок, був опитувальник Айзенка [1]. Для дослідження використовували скорочений варіант, тільки для визначення рівнів нейротизму та психотизму. Опитувальник призначений для вивчення індивідуально-психологічних рис особистості з метою діагностики ступеня вираженості властивостей, що висуваються в якості істотних компонентів особистості: нейротизму та психотизму.

Таблиця 3. Розподіл жінок за рівнем нейротизму

Рівень тривожності	ОГ, n = 90		ПГ, n = 66	
	n	%±m	n	%±m
Високий	26	28,89±4,78	28	60,61±6,01*
Середній	43	47,78±5,27	32	48,48±6,15
Низький	21	23,33±4,46	6	6,67±3,07

*Примітка. * – різниця достовірна (p<0,05).*

Вагітним з високим нейротизмом властиві надчутливі реакції, напруженість, тривожність, незадоволеність собою і навколишнім світом. Цей показник спостерігався у 60,6% жінок з ГП та у 28,8% з ОГ. Такий високий відсоток рівня нейротизму у жінок з порівняльної групи можна пояснити переживаннями з приводу інформації про застосування методів та можливі ускладнення.

Таблиця 4. Розподіл жінок за рівнем нейротизму

Рівень тривожності	ОГ, n = 90		ПГ, n = 66	
	n	%±m	n	%±m
Високий	12	13,33±3,58	28	60,61±6,01*
Середній	45	50,00±5,27	31	46,97±6,14
Низький	33	36,67±5,08	7	10,61±3,79

*Примітка. * – різниця достовірна (p<0,05).*

Високі оцінки за шкалою психотизму мають схильні до девіантної поведінки, неадекватності емоційних реакцій, високої конфліктності. Високий рівень психотизму був притаманний більше жінкам з порівняльної групи.

Другий етап дослідження проходив на 2–3 добу після перенесеного жінками аборту. Жінки проходили тестування за шкалою депресії та адаптації Т.Г. Балашової [4]. Опитувальник розроблений для диференційної діагностики депресивних станів і станів, близьких до депресії, для скринінг-діагностики при масових дослідженнях і з метою попередньої, долікарської діагностики. Отримані результати наведені у таблиці 5.

Таблиця 5. Розподіл жінок за шкалою депресії

Рівень тривожності	ОГ, n = 90		ПГ, n = 66	
	n	%±m	n	%±m
Без депресії	45	50,00±5,27	24	36,36±5,92
Легка депресія	36	40,00±5,16	37	56,06±6,11
Субдепресивний стан	9	10,00±3,16	4	6,06±2,94
Істинна депресія	-	-	1	1,51±1,50

За шкалою «депресії» у 50% жінок в ОГ депресії не виявлено; у 39,6% і 53,2% пацієнток було виявлено стан легкої депресії ситуативного чи невротичного генезу. Після переривання вагітності шляхом амніоцентезу у 4 було діагностовано субдепресивний стан і ще в однієї – справжній депресивний стан (табл. 5).

У кожної шостої вагітної діагностовано постабортний синдром. Він проявлявся у вигляді реактивної депресії, яка перебігала у формі емоційно-афективного шоку. Ця реакція спостерігалася через 2–5 днів після переривання вагітності у особистостей інфантильних, з істероїдним рисами характеру. У пацієнток з'являлися сльозливість,

наростання соматичних скарг, іпохондричний настрій, потреба підвищеної уваги до себе.

Висновки

Перед перериванням вагітності пацієнткам всіх груп був притаманний високий ступінь тривожності, однак ступінь нейротизму і психотизму був вищим у жінок, яким передбачалося і було проведено застосування інтраамніальних інфузій гіпертонічного розчину. Після переривання вагітності психологічний стан жінок основної групи був значно кращим, ніж у групі порівняння. Про це свідчила відсутність депресивних станів, які спостерігаються після інтраамніальних інфузій.

Список використаної літератури

1. *Личностный опросник EPI (методика Г. Айзенка) // Альманах психологических тестов. – М., 1995. – С. 217–224. 4*
2. *Миронова Е. Е. Сборник психологических тестов. / Е. Е. Миронова. – Часть I : Пособие. – 2005. – 155 с. (С. 16–18). 3*
3. *Онищук Е. Ю. Влияние прерывания беременности на психологическое состояние женщины / Е. Ю. Онищук // Перинатальная психология и психология родительства. – 2006. – №3. – С. 43–50. 1*
4. *Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога : учеб. пособие: В 2 кн. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. – Кн. 1. : Система работы психолога с детьми разного возраста. – 384 с. 5*
5. *Юсупова А. М. Психологические особенности и репродуктивное поведение женщин, прерывающих беременность искусственным абортом / А. М. Юсупова, В. А. Фуре, И. М. Волков // Профилактика заболеваний и укрепление здоров'я. – 2000. – №1. 2*

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ АБОРТ

Л.Р. Никогосян

В статье приведена сравнительная оценка эмоционально-волевой сферы женщин после прерывания беременности различными способами во втором триместре. В основную группу вошли 90 женщин, которым прерывание беременности выполняли препаратами мифепристона и мизопростола, а в группу сравнения – 66 женщин, которым прерывание беременности проводили так называемым «традиционным методом»: интраамниональным введением 20% раствора хлорида натрия. В ходе исследования выявлено, что после прерывания беременности психологическое состояние женщин основной группы было значительно лучше, чем в группе сравнения. Об этом свидетельствовало отсутствие депрессивных состояний, которые наблюдаются после интраамниальных инфузий.

Ключевые слова: беременность, аборт, депрессия, тревожность, нейротизм, психотизм.

FEATURES OF EMOTIAL AND VOLITIONAL WOMEN WHO HAD AN ABORTION

L. Nykogosyan

The article presents a comparative evaluation of the emotional-volitional women after abortion in various ways during the second trimester. The group included 90 women who performed abortion drugs mifepristone and misoprostol, and in the comparison group included 66 women undergoing abortion conducted so-called "traditional method": intraamnionalnym introduction of a 20% solution of sodium chloride. The study revealed that after abortion psychological state of women the main group was significantly better than in the comparison group. This was evidenced by the absence of depressive states, which are observed after intra-amniotic infusion.

Key words: pregnancy, abortion, depression, anxiety, neuroticism, psychoticism.

УДК 616.89:612.014

І.О. Франкова

ПСИХОСОЦІАЛЬНА МОДЕЛЬ РОЗВИТКУ ГОСТРОЇ СОЦІАЛЬНОЇ САМОІЗОЛЯЦІЇ В УМОВАХ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: соціальна ізоляція, гостра соціальна самоізоляція, психосоціальна модель розвитку.

Стаття присвячена розгляду нової дефініції – гострої соціальної самоізоляції. Дефініція розглянута в контексті психосоціальної моделі розвитку. Проаналізовано вплив біопсихосоціальних факторів та інших можливих причини виникнення даного феномена, зв'язок гострої соціальної самоізоляції з реалізацією віктимної поведінки. Також у статті звернуто увагу на клініко-психологічні особливості психічної сфери пацієнтів з гострою самоізоляцією на вибірці пацієнтів.

Поняття самітник і затворник існує в багатьох культурах з незапам'ятних часів. Але явище соціальної ізоляції стає все більш розповсюдженним саме в умовах глобальної інформаційної комунікації, що стрімко набирає обороти саме зараз. Спілкування через мережу Інтернет та за допомогою стільникових телефонів з мультифункціями скорочують потребу у особистісному контакті, що призводить до загострення соціальної ізоляції (будь-якого походження), та створює проблеми взаємодії між людьми. Все більше послуг та сервісів для споживачів стають віртуальними, а шанс зустрітися з незнайомцем в черзі прагне до нуля. Залежність від технологій, і як наслідок, формування численних нехимических аддикций є значною та актуальною проблемою в сучасному суспільстві [3].

В останні роки феномен гострої соціальної самоізоляції, вперше виявлений в Японії, отримав особливий інтерес дослідників та громадськості в усьому світі. Одне з складових соціальної ізоляції – феномен гостої соціальної самоізоляції (hikikomori) був визначений як явище,