



СЕКЦІЯ 6. МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 616.89-1-085: 615.851

ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ З ОРГАНІЧНИМИ НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Волобуєв В.В., к. мед. н.,
доцент кафедри психології,
член-кореспондент

*Макіївський економіко-гуманітарний інститут
Міжнародної академії наук педагогічної освіти*

Стаття присвячена одній з актуальних і недостатньо вивчених задач медичної психології, психотерапії та психіатрії, а саме: вивчення особистісних особливостей пацієнтів з органічними неспсихотичними психічними розладами. У статті проаналізовано особистісні особливості у пацієнтів з органічними неспсихотичними психічними розладами відповідно до домінуючих шкал за методикою ММРІ. Зроблено висновки, що психокорекційна та психотерапевтична роботи з пацієнтами, що страждають органічними неспсихотичними психічними розладами, потребує диференційованого підходу з урахуванням переважаючих особистісних особливостей. У ході дослідження виявлено переважання шкал «невротичного надконтроля», «песимістичності», «емоційної лабільності», «ригідності», «тривожності» та «індивідуалістичності». Результати проведеного дослідження дозволяють припустити, що більш ефективними методами психотерапевтичної роботи з цим контингентом пацієнтів можуть бути індивідуально-особистісні та аналітично-орієнтовані форми психотерапії.

Ключові слова: *органічні неспсихотичні психічні розлади, особистісні особливості, астеничні, тривожні та депресивні прояви.*

Статья посвящена одной из актуальных и недостаточно изученных задач медицинской психологии, психотерапии и психиатрии, а именно: изучение личностных особенностей пациентов с органическими неспсихотическими психическими расстройствами. В статье проанализированы личностные особенности у пациентов с органическими неспсихотическими психическими расстройствами в соответствии преобладающим шкалам по методике ММРІ. Сделаны выводы, что психокоррекционная и психотерапевтическая работы с пациентами, страдающими органическими неспсихотическими психическими расстройствами, требуют дифференцированного подхода с учетом преобладающих личностных особенностей. В ходе исследования выявлено преобладание шкал «невротический сверхконтроль», «пессимистичность», «эмоциональная лабильность», «ригидность», «тревожность» и «индивидуалистичность». Результаты проведенного исследования позволяют предположить, что более эффективными методами психотерапевтической работы с данным контингентом пациентов могут быть индивидуально-личностные и аналитически-ориентированные формы психотерапии.

Ключевые слова: *органические неспсихотические психические расстройства, личностные особенности, астенические, тревожные и депрессивные проявления.*

Volobuyev V.V. PERSONALITY TRAITS OF PATIENTS WITH ORGANIC NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS

The article is devoted to one of actual and insufficiently studied task of medical psychology, psychotherapy and psychiatry, namely: the study of personality characteristics of patients with organic non-psychotic mental disorders. The article analyzes personal traits especially among patients with organic non-psychotic mental disorders according to prevalue scales according to the MMPI method. Concluding, psychocorrectional and psychotherapeutic work with patients suffering from organic non-psychotic mental disorders, requires a differentiated approach taking into account prevailing personal characteristics. The study revealed the predominance of the scales of the «neurotic under-control», «pessimism», «emotional lability», «rigidity», «anxiety» and «individualism». The results of the study suggest that more effective methods of psychotherapeutic work with this population of patients may be such forms of psychotherapy like individually-personal and analytically-oriented.

Key words: *organic non-psychotic mental disorders, personality traits, asthenic, anxious and depressive symptoms.*

Постановка проблеми. Сучасна медико-психологічна та психотерапевтична практика при наданні допомоги пацієнтам з органічними непсихотичними психічними розладами вимагає комплексу психотерапевтичних заходів, спрямованих на відновлення та активізацію тілесних, психічних і соціальних функцій, навичок і можливостей, а також на вирішення конкретних проблемних ситуацій і глибоких внутрішньоособистісних психологічних конфліктів, з якими хворий не може впоратися самостійно [1; 2; 7].

Теоретичною основою нашого дослідження є ідеї таких науковців, як: Ю.А. Александровський, С.І. Табачников, С.В. Тітєвський, Б.Д. Карвасарський, В.Н. Краснов.

Серед зарубіжних дослідників, в першу чергу, варто зупинитися на працях з питань надання психологічної та психотерапевтичної допомоги названій категорії хворих: G.O. Gabbard, E.R. Kandel тощо.

У своїх роботах автори аналізують основні проблеми надання медико-психологічної та психотерапевтичної допомоги, у т.ч. пацієнтам з органічними непсихотичними психічними розладами, а також особливості формування у них психічної патології в динаміці (Ю.А. Александровський, С.І. Табачников, С.В. Тітєвський, Б.Д. Карвасарський, В.Н. Краснов). У зарубіжній літературі сучасні дослідники фокусують свою увагу на глибоких та індивідуально орієнтованих психокорекційних та психотерапевтичних техніках при виникненні непсихотичних психічних розладів унаслідок дисфункції головного мозку у пацієнтів різного віку, особливо з превалюванням у клінічній картині симптомів тривоги та депресії (G.O. Gabbard, E.R. Kandel).

Спеціальні дослідження (С.І. Табачников, С.В. Тітєвський, G.O. Gabbard, E.R. Kandel) доводять, що значне покращення психічного стану названої категорії хворих може відбуватися завдяки диференційованому специфічному психотерапевтичному впливу саме на тривожну та депресивну симптоматику.

Використання психотерапевтичних методів у практиці з пацієнтами, непсихотичні психічні захворювання яких викликані дисфункцією головного мозку, пов'язане з відходом останнім часом від дефіцитарної моделі таких розладів. При дефіцитарній моделі дослідники наголошували на загальному зниженні інтелектуально-мнестичних та емоційних можливостей. Але зараз такі розлади розглядаються як складні клінічні одиниці, перебіг яких багатofакторно обумовлений особистістю пацієнта, його психологічною історією, травматичною дією повсякденних стресових факторів і тривож-

но-депресивною орієнтацією на майбутнє. При цьому особливості особистості відіграють одну з найважливіших ролей при проведенні психотерапевтичних заходів.

Поведінка пацієнтів з органічними непсихотичними психічними розладами визначається не стільки об'єктивними моментами ситуації, скільки формою і характером їх суб'єктивного сприйняття. Ці особливості впливають як на вираженість, так і на тривалість симптомів органічної непсихотичної психічної патології.

Дослідження пацієнтів з ушкодженням головного мозку надали докази існування ще більш складних несвідомих процесів, прояви яких можуть бути діагностовані при дослідженні особистісних особливостей хворих. Сучасні дослідження свідчать, що навіть пацієнти з наявністю ушкодження первинної зорової кори мозку здатні робити точні рухи в напрямку об'єкта, який, за їх словами, вони не бачать. Інші дослідження свідчать про те, що, в той час як сліпі суб'єкти свідомо проявляють неможливість виявити і розглянути мобільні скрині з прорізами, вони, тим не менше, досягають успіху в тому, щоб опустити в них поштову листівку. Отже, несвідоме зорове сприйняття може впоратися не тільки з основними одновимірними зображеннями, але і з тривимірними характеристиками, такими, як форма, орієнтація, розмір і т. д. [8].

Дослідження анатомії і фізіології головного мозку підтверджують той факт, що витіснені психотравмуючі події знаходяться в різних ділянках і при дисфункції головного мозку можуть з'являтися у пам'яті як під час сну, так і в період неспання. Крім того, дослідження показали, що робоча пам'ять, яку зазвичай розглядають як передумову усвідомленого знання, є, швидше, не єдиним механізмом, а розподіленою функцією, локалізованою в різних областях фронтальної та передфронтальної кори. Згідно з останніми дослідженнями, зберігання поточних намірів у мозкових структурах, які анатомічно відокремлені від пов'язаних з ними і використовуваних у цей момент операційних програм дій, є не чим іншим, як невральною основою несвідомого досягнення мети та інших форм ненавмисної поведінки. Іншими словами, програми дій могли б функціонувати без свідомого контролю і незалежно від нього. Фактом є те, що пацієнти з односторонніми або двосторонніми ушкодженнями лобової кори не можуть стримувати схоплювання або використання об'єктів, що відображаються в їх перцепційних областях. Це спостереження підтверджує думку про те, що свідомі наміри не є необхідними для пра-



вильності як виконання складних дій, так і управління ними. Очевидно, лікарі-психотерапевти і практичні психологи повинні поставитися з більшим інтересом до таких багатообіцяючих відомостей, навіть, якщо ендогенне формування несвідомих намірів не є наріжним каменем психоаналітичної психотерапії. Все ж, відкриваючи двері для несвідомо встановлених цілей, нейропсихологія і нейропсихотерапія роблять ще більш очевидною причину заяви Фрейдом про те, що «Его» не є господарем у своєму власному домі [8].

Згідно з поглядами дослідників в області психотерапії і медичної психології, симптоми і особистість пацієнта визначають стратегію психотерапевтичного впливу, а також вибір застосованих психотерапевтичних методів і прийомів [2; 3; 4; 7]. Однією з вузлових проблем при цьому є розмежування преморбідних особливостей пацієнтів і їх характеристик, привнесених захворюванням. Інша важлива задача дослідження особистості хворого полягає у визначенні участі психологічного компонента в генезі різних форм органічної непсихотичної психічної патології – від великого кола хвороб, у етіопатогенезі яких психологічному чиннику належить вирішальна роль, до захворювань, у яких психічний фактор проявляється як реакція особистості на хворобу, що приводить до зміни психологічного функціонування індивіда у зв'язку з дисфункцією головного мозку.

Для вивчення особливостей особистості у пацієнтів з органічними непсихотичними психічними розладами активно використовується Міннесотський багатопрофільний особистісний тест MMPI (S.R. Hathaway, J. Mc. Kinly в адаптації Ф.Б. Березина, М.П. Мірошникова, 1976) [6].

Аналіз останніх досліджень та публікацій. У сучасних дослідженнях значно зросла увага до надання комплексної психологічної, психіатричної та психотерапевтичної допомоги пацієнтам з органічними непсихотичними психічними розладами, що найчастіше супроводжуються симптомами тривоги та депресії, у т.ч. хворим з вираженим когнітивно-мнестичним дефектом. Ця допомога повинна бути спрямованою як на усунення психопатологічної симптоматики, у т.ч. на особистісному рівні, так і на підтримку повсякденного життя хворих [1, 2, 7, 8].

У той же час дослідження органічних непсихотичних психічних розладів у пацієнтів різного віку залишають невирішеною низку питань стосовно діагностики і надання диференційованої психотерапевтичної та психологічної допомоги особам, які потребують стаціонарного лікування.

Постановка завдання. На основі викладеного матеріалу можна сформулювати завдання дослідження, яке полягає у вивченні особистісних особливостей пацієнтів з органічними непсихотичними психічними розладами.

Виклад основного матеріалу дослідження. Пацієнти з наявністю органічного непсихотичного психічного розладу відповідно до критеріїв МКБ-10 (N=925) були відібрані для вивчення особистісних особливостей. Лікування проводилося згідно з клінічними протоколами і стандартами надання медико-психологічної та психотерапевтичної допомоги. Інструментами первинної оцінки результату був Міннесотський багатопрофільний особистісний тест MMPI (S.R. Hathaway, J. Mc. Kinly в адаптації Ф.Б. Березина, М.П. Мірошникова, 1976) [6].

Дослідження виконувалося на базі стаціонарних психоневрологічних відділень. Критерії включення визначалися віком випробуваних від 23 до 65 років, наявністю первинного діагнозу органічного непсихотичного психічного розладу. Відбір досліджуваних проводився випадковим методом з усіх госпіталізованих в стаціонар пацієнтів цієї категорії. Середній вік досліджуваної групи хворих (N=925) склав 52,5 роки (стандартне відхилення (SD) = 9,5). З досліджуваних жінки становили 39% і 71% – чоловіки. У всіх досліджуваних відзначалася наявність непсихотичного психічного розладу органічного походження (F06.3, F06.4, F06.5, F06.6, F06.7, F06.8, F07.0 згідно з МКБ-10).

У дослідженні аналізувалися особистісні особливості пацієнтів з органічними непсихотичними психічними розладами, що характеризуються переважанням 1-ї, 2-ї, 3-ї, 6-ї, 7-ї і 8-ї шкал методики MMPI, названих таким чином: 1-а шкала – «невротичний надконтроль», 2-а – «песимістичність», 3-я – «емоційна лабільність», 6-а – «ригідність», 7-а – «тривожність» і 8-а – «індивідуалістичність» [6].

Високі показники шкали №1 свідчать про надлишкову емоційну напруженість, ускладнену адаптацію, підвищену зосередженість на відхиленнях від норми, у т.ч. і в плані міжособистісних відносин. При цьому посилюється така особистісна риса, як догматизм; у міжособистісних контактах сильніше проявляються обережність, дидактичність, повчальність тону [6].

Аналізуючи підвищений рівень 2-ї шкали (шкали песимістичності), ми стикаємося з переважанням пасивної особистісної позиції. Для осіб цього типу властиві такі особливості: високий рівень усвідомлення наявних проблем через призму неза-

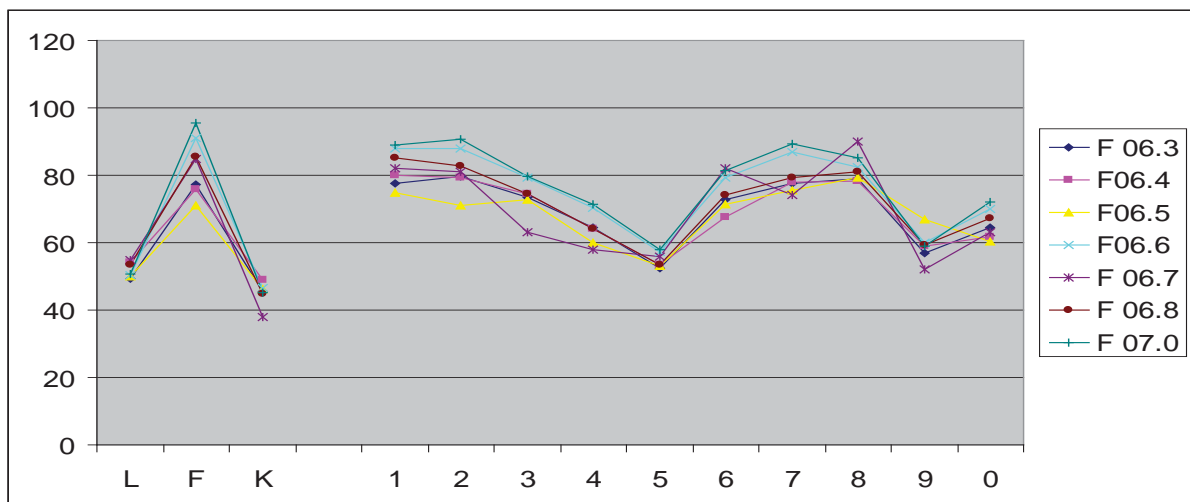
доволеності і песимістичної оцінки своїх перспектив, схильність до роздумів, інертність у прийнятті рішень, виражена глибина переживань, аналітичний склад розуму, скептицизм, самокритичність, деяка невпевненість у собі, в своїх можливостях. Саме наявність аналітичної схильності у цих пацієнтів може допомогти психотерапевту підібрати психотерапевтичну методику, засновану на аналізі результатів і їх опрацюванні за допомогою фахівця в умовах створеного психотерапевтичного альянсу. Підйом профілю по 2-й шкалі виявляє в обстежуваного не тільки знижений настрій у зв'язку з негативними переживаннями, але й певні особистісні риси: схильність до гострого переживання невдач, до хвилювань, до підвищеного почуття провини з самокритичним ставленням до своїх недоліків і невпевненістю в собі.

Підвищення профілю шкали емоційної лабільності свідчить про нестійкість емоцій і конфліктне поєднання різноспрямованих тенденцій: високий рівень домагань поєднується з потребою в причетності до інтересів групи, егоїстичність – з альтруїстичними деклараціями, агресивність – із прагненням подобатися оточуючим. Захисні механізми є проявом як витіснення зі свідомості тієї негативної інформації, яка є конфліктогенною або завдає шкоди реперименту особистості, суб'єктивному образу власного «Я», так і завдяки трансформації психологічної тривоги у функціональні порушення. Ці механізми, доповнюючи один одного, створюють ґрунт для психосоматичних розладів, тобто фізичних захворювань, що розвиваються в тісному зв'язку з негативними емоційними переживаннями.

Для осіб з підвищеним профілем за шкалою ригідності властиві такі два типи захисних механізмів, тобто механізмів для зняття внутрішнього напруження при неможливості реалізувати нагальну потребу: раціоналізація зі знеціненням об'єкта фрустрованої потреби або усвідомлення за зовнішньо обвинувальним типом, коли постраждалі дають волю своєму гніву, виявляючи його в тому чи іншому вигляді, що часто спостерігається в клінічній картині у обстежених. Такий тип реагування пов'язаний із захисним механізмом на кшталт «проекції»: «Его» пацієнта приписує оточуючим підозрілість і ворожість, які властиві йому самому, і карає за це, у першу чергу, близьких родичів.

Підвищення профілю за шкалою тривожності, як правило, виявляє переважання пасивно-страждальної позиції, невпевненість у собі і в стабільності ситуації, високу чутливість і підвладність впливам середовища, підвищену чутливість до небезпеки. У таких пацієнтів переважає мотивація уникнення неуспіху, сензитивність, установка на конгруентні стосунки з оточуючими, залежність від думки більшості. Їх захисний механізм – обмежувальна поведінка і ритуальні (нав'язливі) дії, що трансформуються в повсякденному житті в марновірство, ревну релігійність, відданість інтересам клану (сім'ї, референтної групи).

Підвищення 8-ї шкали (індивідуальності) виявляє відокремлено-споглядальну особистісну позицію пацієнтів, аналітичний склад мислення; схильність до роздумів превалює у них над почуттями та дійовою активністю. Це дозволяє припустити більш сприятливий ефект лікування з застосуванням аналітично орієнтованих видів



Діаграма 1. Усереднені особистісні профілі пацієнтів з органічними непсихотичними психічними розладами в розрізі нозологій за даними тесту MMPI



психотерапії. Особам цього типу властива імперативна потреба у свободі суб'єктивного вибору у прийнятті рішень при відсутності для цього тимчасових обмежень. Брак терпимості в оточуючих і відсутність у психотерапевта диференційованого індивідуально-особистісного підходу можуть спровокувати внутрішню (а іноді і зовнішню) негативну афективну реакцію, яка не дасть можливості сформуватися робочим психотерапевтичним відносинам.

Отримані результати дозволяють краще зрозуміти особистісні особливості пацієнтів з органічними психічними розладами і їх вплив на процеси психологічної корекції і психотерапії, однак необхідними є подальші дослідження з метою вдосконалення та підвищення ефективності психотерапевтичної роботи з цією категорією пацієнтів.

Висновки з проведеного дослідження. З наведеного вище можна зробити такі висновки:

1) здійснення психокорекційної і психотерапевтичної роботи з пацієнтами, що страждають органічними неспсихотичними психічними розладами, потребує диференційованого підходу з урахуванням переважаючих особистісних особливостей;

2) у ході дослідження виявлено превалювання шкал невротичного надконтролю, песимістичності, емоційної лабільності, ригідності, тривожності та індивідуалістичності.

3) результати проведеного дослідження дозволяють припустити, що більш ефективними методами психотерапевтичної роботи із зазначеним контингентом пацієнтів можуть бути індивідуально-особистісні та аналітично орієнтовані форми психотерапії.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Александровский Ю.А. О некоторых проблемах и особенностях современной пограничной психиатрии / Ю.А. Александровский, С.И. Табачников // *Арх. психиатрии*. – 2003. – Т. 9, № 2 (33). – С. 4–7.
2. Організація психотерапевтичної допомоги в системі реабілітації хворих та інвалідів з психічними

й поведінковими розладами, кризовими станами і потерпілих в результаті техногенних аварій і катастроф в умовах реформування охорони здоров'я / Бєро М.П., Волобуєв В.В. [та ін.] : метод. рек., затв. МОЗ України від 12.04.2012. – Донецьк, 2012. – С. 84.

3. Волобуєв В.В., Тітєвський С.В. Патент №84941. «Спосіб лікування пов'язаних зі стресом неспсихотичних психічних розладів з превалюванням тривожних проявів» / В.В. Волобуєв, С.В. Тітєвський // Зареєстровано в Державному реєстрі патентів України на корисні моделі 11 листопада 2013 р. (21). – Номер заявки: u 2013 03952; (22). – Дата подання заявки: 01.04.2013; (24). – Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 11.11.2013; (46). – Дата публікації відомостей про видачу патенту та номер бюлетеня: Бюл. №21, 2013 р.; (73). – Власник: Донецький національний медичний університет ім. М. Горького; (54). – Назва корисної моделі: «Спосіб лікування пов'язаних зі стресом неспсихотичних психічних розладів з превалюванням тривожних проявів».

4. Волобуєв В.В. Патент №84942. «Спосіб лікування неспсихотичних психічних розладів із превалюванням депресивних проявів у постраждалих унаслідок техногенних аварій та катастроф» / В.В. Волобуєв // Зареєстровано в Державному реєстрі патентів України на корисні моделі 11 листопада 2013 р. (21). – Номер заявки: u 2013 03953; (22). – Дата подання заявки: 01.04.2013; (24). – Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 11.11.2013; (46). – Дата публікації відомостей про видачу патенту та номер бюлетеня: Бюл. № 21, 2013 р.; (73). – Власник: Донецький національний медичний університет ім.М.Горького; (54). – Назва корисної моделі: «Спосіб лікування неспсихотичних психічних розладів із превалюванням депресивних проявів у постраждалих унаслідок техногенних аварій та катастроф».

5. Карманное руководство к МКБ-10: классификация психических и поведенческих расстройств с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями. – К.: Сфера, 2000. – 464 с.

6. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика / Д.Я. Райгородский. – Самара, 2001. – 668 с.

7. Психотерапия: учеб. для студентов мед. вузов / [В.А. Абабков и др.] ; под ред. Б.Д. Карвасарского. – 2-е изд., перераб. и доп. – Санкт-Петербург : Питер, 2002. – 672 с

8. Gabbard G.O. Major modalities: psychoanalytic/ psychodynamic / G.O. Gabbard // *Oxford Textbook of Psychotherapy*. – Oxford-New York : Oxford University Press, 2008. – P. 3–13.