

ПЕРСОНОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ ТА СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ У ЖІНОК ІЗ НЕВРОТИЧНИМИ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ РІЗНОГО ПСИХОГЕНЕЗУ (ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ ТА ДРУЖИН ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ–УЧАСНИКІВ АТО)

ПЕРСОНОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ ТА СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ У ЖІНОК ІЗ НЕВРОТИЧНИМИ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ РІЗНОГО ПСИХОГЕНЕЗУ (ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ ТА ДРУЖИН ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ–УЧАСНИКІВ АТО) – Метою роботи було порівняльне вивчення персонологічних властивостей та ставлення до хвороби у жінок із невротичними тривожно-депресивними розладами різного психогенезу (НТДРРП) для обґрунтування диференціації терапевтичних підходів. За допомогою клініко-психопатологічного та психодіагностичного (опитувальник Р. Кеттелла [5] та Методики діагностики типів ставлення до хвороби (ТСХ) [5]) методів на базі КЗ “Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня” було обстежено 200 жінок: 150 осіб із тривожно-депресивними розладами невротичного регістру (з них 78 – вимушено переміщені (ВПЖ) та 72 – дружини військовослужбовців–учасників АТО (ДВС)), 25 хворих із ендогенною депресією (ГП-ЕД) та 25 психічно здорових жінок (ГП-З). Найбільш проблемною особистісною сферою у жінок із невротичними тривожно-депресивними розладами різного психогенезу виявилась комунікативна сфера. Серед домінуючих персонологічних особливостей у них були безкомпромісність, імпульсивність та песимізм, невпевненість у собі; вони характеризувалися нетерплячістю, відкладенням рішень складних питань, легковажністю, ненадійністю, сором’язливістю і нерішучістю, були залежні від інших. Також їм властиве дезадаптивне ставлення до власного захворювання. Неадаптивні комбінації персонологічних рис та дезадаптивне ставлення до захворювання ставали предиктором розвитку в них тривожно-депресивних розладів. Виявлені персонологічні властивості й особливості ставлення до хвороби не мають генезоспецифічності та можуть розглядатися як загальні мішені медико-психологічного втручання, характерні для даного контингенту, незалежно від факторів психотравматизації. Отримані дані ми поклали в основу при розробці комплексної диференційованої системи спеціалізованої медичної допомоги жінкам із невротичними тривожно-депресивними розладами різного психогенезу.

ПЕРСОНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН С НЕВРОТИЧЕСКИМИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ РАЗНОГО ПСИХОГЕНЕЗА (ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ И ЖЕН ВОЕННОСЛУЖАЩИХ–УЧАСТНИКОВ АТО) – Целью работы было сравнительное изучение персонологических свойств и отношения к болезни у женщин с невротическими тревожно-депрессивными расстройствами различного психогенеза для обоснования дифференциации терапевтических подходов. С помощью клинико-психопатологического и психодиагностического (опросник Р. Кеттелла [5] и Методики диагностики типов отношения к болезни [5]) методов на базе КУ “Львовская областная клиническая психиатрическая больница” было обследовано 200 женщин: 150 человек из тревожно-депрессивными расстройствами невротического регистра (из них 78 – вынужденно перемещенные (ВПЖ) и 72 – жены военнослужащих–участников АТО (ЖВС)), 25 больных эндогенной депрессией (ГП-ЭД) и 25 психически здоровых женщин (ГП-З). Наиболее проблемной персонологической сферой у женщин с невротическими тревожно-депрессивными расстройствами различного психогенеза выявилась коммуникативная сфера. Среди доминирующих персонологических особенностей у них преобладали бескомпромиссность, импульсивность и пессимизм, неуверенность в себе; они характеризовались нетерпением, отсроченностью решений сложных

вопросов, легкомыслием, ненадежностью, застенчивостью и нерешительностью, были зависимы от других. Также им было свойственно дезадаптивные отношение к собственному заболеванию. Неадаптивные комбинации персонологических черт и дезадаптивное отношение к заболеванию становились предиктором развития у них тревожно-депрессивных расстройств. Выявленные персонологические качества и особенности отношения к болезни являются генезонеспецифичными и могут рассматриваться как общие мишени медико-психологических вмешательств, характерных для данного контингента, независимо от факторов психотравматизации. Полученные данные были положены нами в основу при разработке комплексной дифференцированной системы специализированной медицинской помощи женщинам с невротическими тревожно-депрессивными расстройствами различного психогенеза.

PERSONOLOGIC PROPERTIES AND ATTITUDE TO ILLNESS IN WOMEN WITH NEUROTIC ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDER OF DIFFERENT GENESIS FORCED MIGRANTS AND WIVES OF SERVICEMEN PARTICIPATING IN ATO) – The purpose of the study was a comparative analysis of personologic properties and attitude to illness in women with neurotic anxiety and depressive disorders of different genesis to justify differentiation therapeutic approaches. With clinical psychopathological and psychodiagnostic methods based on "Lviv Regional Clinical Psychiatric Hospital" examined 200 women, 150 people with anxiety and depressive disorders neurotic case (of which 78 – internally displaced and 72 – the wives of army officers participating in ATO), 25 patients with endogenous depression and 25 mentally healthy women. The most problematic personal sphere of women with neurotic anxiety and depressive disorders of various psychogenesis appeared communicative sphere. Among the dominant personalogical features they dominated uncompromising, impulsive and pessimism, self-doubt; they are characterized by impatience, deposition solutions to complex issues, thoughtlessness, unreliability, shyness and indecision, were dependent on others. They also characteristic maladaptive attitudes towards their own disease. Non-adaptive combination of personological properties and maladaptive attitudes to disease are predictors of getting them anxious and depressive disorders. Identified personologic properties and characteristics of attitude to the disease have no genesis specificity, and can be considered as common targets of medical and psychological interventions of this group, regardless of psychotrauma factors. These data formed the basis by us in the development of complex differentiated system of specialized medical care for women with neurotic anxiety and depressive disorders of various psychogenesis.

Ключові слова: невротичні тривожно-депресивні розлади; психогенез; жінки; персонологічні властивості; ставлення до хвороби.

Ключевые слова: невротические тревожно-депрессивные расстройства; психогенез; женщины; персонологические качества; отношение к болезни.

Key words: neurotic anxiety-depressive disorder, psychogenesis, women, personologic properties, attitude to disease.

ВСТУП Сучасний період розвитку України характеризується значною кількістю деструктивно-дестабілізуючих та соціальнозумовлених стресогенних чинників, наслідком чого є значне підвищення довготривалого стресово-

го навантаження, в умовах якого живе населення. Це породжує низку негативних порушень у стані здоров'я нації, серед яких одним із найбільш значущим є зростання кількості дезадаптивних психічних станів, що виникає як несприятливий механізм компенсації нервово-психічної напруги та варіант хронізації різноманітних постстресових розладів [1].

Поміж загального контингенту населення України, в суспільстві існують особливо уразливі до дії психосоціальних стрес-факторів контингенти, серед яких особливе місце займають родичі учасників бойових дій та внутрішньо переміщені особи, більшість яких становлять жінки.

Між тим, на сьогодні доведено, що у виникненні, розвитку і перебігу розладів психічної сфери велику роль відіграють гендерні особливості. Відомо, що у жінок клінічні прояви та прогноз психічних розладів інші, ніж у чоловіків, тому в клінічній практиці отримали визнання диференційовані підходи до їх терапії з урахуванням гендерного фактора. Однак усі попередні дослідження були присвячені вивченню гендерних особливостей психічних розладів, які виникали у мирний час і були зумовлені чинниками психотравматизації, притаманними для мирного життя [2–4]. На жаль, ці розробки не можуть бути

прямо імплементовані для роботи з хворими, в яких виникнення психічних і поведінкових розладів зумовлено ситуаційними чинниками, патогномонічними для теперішньої ситуації.

Метою роботи було порівняльне вивчення персонологічних властивостей та ставлення до хвороби у жінок із невротичними тривожно-депресивними розладами різного психогенезу (НТДРРП) для обґрунтування диференціації терапевтичних підходів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ За допомогою клініко-психопатологічного та психодіагностичного (опитувальник Р. Кеттелла [5]) та Методики діагностики типів ставлення до хвороби (ТСХ) [5]) методів на базі КЗ "Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня" було обстежено 200 жінок: 150 осіб із тривожно-депресивними розладами невротичного регістру (з них 78 – вимушено переміщені (ВПЖ) та 72 – дружини військовослужбовців–учасників АТО (ДВС)), 25 хворих із ендегенною депресією (ГП-ЕД) та 25 психічно здорових жінок (ГП-З).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Результати, отримані при вивченні персонологічних властивостей обстежених, відображено у таблицях 1, 2. Треба зазначити, що згідно з методикою, аналізувалися

Таблиця 1. Структура персонологічних рис у вимушено переміщених жінок і дружин військовослужбовців

Фактор	ВПЖ			ДВС		
	сер. стел	%	±m	сер. стел	%	±m
1A	3,4	3,3	1,8	3,5	3,4	1,8
2B	5,6	5,5	2,3	5,8	5,7	2,3
3C	3,3	3,2	1,8	3,3	3,2	1,8
4E	4,5	4,4	2,1	4,5	4,4	2,0
5F	6,7	6,6	2,5	6,5	6,3	2,4
6G	6,5	6,4	2,4	6,5	6,3	2,4
7H	3,6	3,5	1,8	3,8	3,7	1,9
8I	7,8	7,7	2,7	7,8	7,6	2,7
9L	7,6	7,5	2,6	7,8	7,6	2,7
10M	4,6	4,5	2,1	4,6	4,5	2,1
11N	6,2	6,1	2,4	6,2	6,0	2,4
12O	8,9	8,8	2,8	8,9	8,7	2,8
13Q1	4,5	4,4	2,1	4,6	4,5	2,1
14Q2	7,6	7,5	2,6	7,9	7,7	2,7
15Q3	3,4	3,3	1,8	3,4	3,3	1,8
16Q4	8,9	8,8	2,8	8,9	8,7	2,8
17MD	8,6	8,5	2,8	8,6	8,4	2,8
(-) Персонологічні риси (+)						
замкнутість	1A			комунікабельність		
конкретне мислення	2B			абстрактне мислення		
емоційна нестійкість	3C			емоційна стійкість		
покірність	4E			домінування		
розважливість	5F			безтурботність		
низька нормативність (безпринциповість)	6G			висока нормативність (сила власного "Я")		
боязкість	7H			сміливість		
жорстокість	8I			чутливість		
довірливість	9L			підозрілість		
практичність	10M			непрактичність		
прямолінійність	11N			проникливість		
спокій	12O			тривожність		
консерватизм	13Q1			радикалізм		
конформізм	14Q2			нонконформізм		
низький самоконтроль (сугестивність)	15Q3			високий самоконтроль (самостійність)		
розслабленість	16Q4			напруження		
низька (адекватна) самооцінка	17MD			висока (неадекватна) самооцінка		

Таблиця 2. Структура персонологічних рис у жінок із ендogenous депресією та психічно здорових

Фактор	ГП-ЕД			ГП-З		
	сер. стен	%	±m	сер. стен	%	±m
1A	3,8	3,6	1,9	5,8	5,0	2,2
2B	5,9	5,6	2,3	8,8	7,7	2,7
3C	3,9	3,7	1,9	7,7	6,7	2,5
4E	4,9	4,7	2,1	7,6	6,6	2,5
5F	6,7	6,4	2,4	8,8	7,7	2,7
6G	6,9	6,6	2,5	8,8	7,7	2,7
7H	4,1	3,9	1,9	7,6	6,6	2,5
8I	8,0	7,6	2,7	5,6	4,9	2,2
9L	7,9	7,5	2,6	4,7	4,1	2,0
10M	4,5	4,3	2,0	5,8	5,0	2,2
11N	6,1	5,8	2,3	7,8	6,8	2,5
12O	8,8	8,4	2,8	5,5	4,8	2,1
13Q1	4,5	4,3	2,0	8,2	7,1	2,6
14Q2	7,7	7,3	2,6	5,6	4,9	2,2
15Q3	3,8	3,6	1,9	7,8	6,8	2,5
16Q4	8,6	8,2	2,7	4,3	3,7	1,9
17MD	8,7	8,3	2,8	4,5	3,9	1,9
(-) Феноменологічні риси (+)						
замкнутість	1A			комунікабельність		
конкретне мислення	2B			абстрактне мислення		
емоційна нестійкість	3C			емоційна стійкість		
покірність	4E			домінування		
розважливність	5F			безтурботність		
низька нормативність (безпринциповість)	6G			висока нормативність (сила власного "Я")		
боязкість	7H			смівливість		
жорстокість	8I			чутливість		
довірливість	9L			підозрілість		
практичність	10M			непрактичність		
прямолинійність	11N			проникливість		
спокій	12O			тривожність		
консерватизм	13Q1			радикалізм		
конформізм	14Q2			нонконформізм		
низький самоконтроль (сугестивність)	15Q3			високий самоконтроль (самостійність)		
розслабленість	16Q4			напруження		
низька (адекватна) самооцінка	17MD			висока (неадекватна) самооцінка		

максимальні показники профілю – найбільш низькі й найбільш високі значення факторів у профілі, особливо ті показники, що у "–" полюсі знаходяться в межах 1–3 стенив, а в "+" – 8–10 стенив. Усі фактори включали якісну й кількісну оцінку з наданням характеристики міжособистісних відносин жінки.

Отже, загальними персонологічними властивостями жінок (ВПЖ та ДВС), як предикторами розвитку тривожно-депресивних розладів, були такі характеристики (за блоками факторів):

1. Блок комунікативних факторів:

A (замкнутість) – прояви холодності, скептичності.

H (смівливість) – крайній ступінь нерішучості.

L (відношення до людей) – виражена схильність до замкнутості, зайвої замисленості, підвищена роздратованість.

E (підпорядкованість–домінування) – м'якість, поступливість, залежність, ласкавість, м'якосердя, часто дають волю почуттям, легко впадають у сум'яття, високий ступінь конформності.

N (динамічність) – невпевненість та незадоволеність в собі.

Q2 (залежність від групи) – виражена конформність.

2. Блок емоційно-вольових факторів:

C (емоційна стійкість) і G (ступінь соціальної організованості й нормативності) – низькі показники.

O (ступінь тривожності) – залежність від настрою та дуже високий рівень боягузтва, погані передчуття.

Q3 – високий ступінь внутрішніх напружень, наявність внутрішньо-особистісного конфлікту, підпорядкованість власним пристрастям, спонтанність у поведінці.

Q4 – недостатній рівень розвитку самоконтролю та дисциплінованості, невиконання соціальних вимог, слабкий контроль власних емоцій, байдужість до репутації.

3. Інтелектуальний блок:

V (загальний рівень інтелекту) – не виявлено зниження.

M (рівень розвитку уяви) – висока вірогідність істеричних рис.

Q1 (консерватизм, радикалізм) – відсутність прагнення до підтримки встановлених понять, норм, принципів, традицій, сумнів у нових ідеях, заперечення необхідності змін, скептицизм.

Треба зазначити, що у жінок із ГП-ЕД у цілому виявлені особливості відповідали групам ВПЖ та ДВС (табл. 2). Проте у них усі показники за суттю та змістом характери-

зували ендогенний процес. Тобто їх прояв при патофизиологічному експерименті не відображала наявність впливу стресогенності з усією палітрою формування та перебігу стресу за фазами. На відміну від інших, у жінок ГП-3 виявлені персоніологічні особливості були протилежними, порівняно з ВПЖ, ДВС та ГП-ЕД (табл. 2).

1. Блок комунікативних факторів:

А (відкритість, замкнутість) – у жінок ГП-3 не виявлено холодності, замкнутості, скептичності; виявлена достатня гнучкість у відносинах із людьми.

Н (сміливість) – невиражність рис авантюризму та нерішучості.

Л (відношення до людей) – не виявлено виражених ознак замкнутості та роздратованості.

Е (ступінь домінування – підпорядкованості) виявив, що жінки ГП-3 у більшості не були ані авторитарні, ані поступливі; демонстрували незалежність і вміння контролювати власні почуття.

Н (динамічність) характеризував жінок ГП-3 як впевнених та задоволених.

Q2 (залежність від групи) – не встановлено конформних рис (орієнтація на соціальне схвалення, залежність від чужої думки).

2. Блок емоційно-вольових факторів:

С (емоційна стійкість) і G (ступінь соціальної “нормованості” й організованості) – жінки мали показники більше середнього рівня.

О (ступінь тривожності) виявив не високий рівень залежності від настрою та середній рівень авантюризму.

Q3 – виявлено відсутність високого ступеня внутрішніх напружень, внутрішньоособистісного конфлікту, керованість власною поведінкою.

Q4 – у жінок ГП-3 встановлено остатній рівень розвитку самоконтролю та дисциплінованості.

3. Інтелектуальний блок:

В (загальний рівень інтелекту) – в жінок ГП-3 не виявлено значного зниження його рівня.

М (рівень розвитку уяви) – не встановлено ризику наявності істеричних або демонстративних аномалій.

Q1 (сприйнятливості до нового, радикалізм) виявив наявність середнього ступеня консерватизму в жінок ГП-3, бажання прагнення до підтримки встановлених понять, норм, принципів, традицій, нових ідей.

За результатами проведеного дослідження виявлено динаміку соціальної та психологічної дезадаптації у жінок в групах. У цілому можна зазначити, що у жінок, вимушено переміщених, спостерігалась найбільша кількість відхилень від усереднених показників (стенів) факторів особистості. Так, за фактором А, у більшості жінок (85,0 %) встановлено замкнутий, скептичний, безкомпромісний характер. За фактором В – наявність у жінок труднощів у навчанні, в умінні аналізувати й узагальнювати. За фактором F – дезадаптація спостерігалась внаслідок песимізму, імпульсивності та безтурботності – 82,0 %. За фактором N жінкам були властива відкритість, спонтанність у поведінці, відсутність самоаналізу, невпевненість у собі – 75,0 %, в 90,0 % жінок діагностовано комунікативні проблеми. За фактором G – до дезадаптивних рис віднесено: недбалість, легковажність, ненадійність, непостійність. Жінки іноді створювали перешкоди та труднощі оточуючим – 72,0 %. За фактором H визначено авантюризм, реактивність, а також сором'язливість та нерішучість – 73,0 %. За фактором I – дезадаптивними рисами є іпохондричність, боязкість, підвищена мрійливість, непрактичність, що проявлялося у цинічності, скептицизмі та самовпевненості. За фактором M виявлено заглиблення у себе та безпомічність, конфліктність, істеричні риси. Відповідно, у групі факторів Q виявлено: фактор Q1 – радикалізм, скептицизм, схильність до ек-

периментів – 70,0 %. Фактор Q2 – самостійність, незалежність у поглядах. Фактор Q3 – недостатній самоконтроль, недотримання правил, спонтанність у поведінці. Фактор Q4 – встановлено збудженість, схвильованість, нетерплячість. Комунікативні проблеми мали 60,0 % жінок. Таким чином, у вимушено переміщених жінок встановлені певні персоніологічні риси, які зумовлюють розвиток тривожно-депресивних розладів. У жінок ГП-3 типологічні особливості характеризувалися здатністю до адаптивності – 90,0 %, а саме, терпимість, незалежність від інших, практичність. У жінок не виявлено цинічності, самовпевненості.

За аналізом отриманих даних, результатом стала визначена диференціація проблемних персоніологічних сфер у жінок. Так, у жінок (ВПЖ та ДВС) найбільш ураженою виявилась комунікативна сфера, у жінок ГП-ЕД – емоційно-вольова. Серед домінуючих особистісних особливостей у жінок (ВПЖ та ДВС) виявлено безкомпромісність (фактор А); труднощі узагальнення (фактор В); імпульсивність та песимізм (фактор F); спонтанність, невпевненість у собі (фактор N). Вони характеризувалися нетерплячістю, відкладенням рішень складних питань (фактор С). У жінок виявлено такі риси: легковажність, ненадійність (фактор G); сором'язливість, нерішучість (фактор H). Жінкам притаманні залежність від інших, іпохондричність, боязкість (фактор I), конфліктність у колективі (фактор M). У жінок ГП-3 типологічні особливості особистості характеризували здатність до адаптивності, а саме, терпимість, незалежність від суджень інших, практичність. Жінки характеризувалися відсутністю цинічності, скептицизму та самовпевненості.

Наступним етапом дослідження стало визначення типу ставлення до хвороби. За О. Р. Лурія: “...внутрішня картина хвороби – те, що відчуває і зазнає хворий, уся маса його відчуттів, а не лише хворобливих. Його загальне самопочуття, самоспостереження, його уявлення про свою хворобу, все те, що пов'язано для хворого з його візитом до лікаря...” [6]. Тобто дане поняття включає знання про хворобу, яка усвідомлюється особистістю, а також розуміння ролі та впливу хвороби на соціальне функціонування, емоційні й поведінкові реакції, пов'язані з хворобою, можливості адаптивної чи дезадаптивної поведінки хворого сьогодні чи в майбутньому. Результати поділу обстежених ВПЖ, ДВС, ГП-ЕД за структурою ТСХ відображено у таблиці 3.

З даних таблиці 3 видно, що у цілому серед досліджених ВПЖ переважали тривожний – 20,5 %, сенситивний – 19,2 %, анозогнозичний – 16,7 %, ергопатичний – 17,9 % ТСХ ($p \leq 0,001$). Серед ДВС ТСХ розподілилися більш рівномірно. Так, тривожний і гармонійний типи були притаманні по 12,5 % обстежених відповідно; апатичний та іпохондричний – по 11,1 %; егоцентричний – 9,7 %; неврастенічний і сенситивний – по 8,3 % жінок ($p \leq 0,001$). Треба зазначити, що відмінними для жінок із пасивними проявами ставлення до процесу лікування є наявність тривожного типу реагування, який характеризується інтрапсихічною спрямованістю, а для жінок із негативними проявами ставлення до процесу лікування – анозогнозичного.

У цілому відношення до власного захворювання є важливою характеристикою самосвідомості жінок і має суттєвий вплив на клінічні прояви, перебіг і прогноз ТДР ($p \leq 0,001$). У жінок із НТДРРП відношення до хвороби проявлялося зміною у поведінці ($p \leq 0,001$), взаємовідносинах з родиною ($p \leq 0,001$), а також виступало повторним психотравмувальним чинником, посилюючи дезадаптацію ($p \leq 0,001$). За результатами статистичного аналізу встановлено вірогідний взаємозв'язок між наявністю негармонійного типу відношення до ТДР та негативним

Таблиця 3. Поділ вимушено переміщених жінок, дружин військовослужбовців, з ендогенною депресією, практично здорових жінок за структурою ТСХ

ТСХ	ВПЖ (n=78)			ДВС (n=72)			ГП-ЕД (n=25)		
	N	%	± m	N	%	± m	N	%	± m
Сенситивний	15	19,2	3,9	6	8,3	2,8	2	8,0	2,7
Тривожний	16	20,5	4,0	9	12,5	3,3	2	8,0	2,7
Іпохондричний	3	3,8	1,9	8	11,1	3,1	4	16,0	3,7
Меланхолійний	2	2,6	1,6	6	8,3	2,8	3	12,0	3,2
Апатичний	3	3,8	1,9	8	11,1	3,1	2	8,0	2,7
Неврастенічний	3	3,8	1,9	6	8,3	2,8	4	16,0	3,7
Егоцентричний	2	2,6	1,6	7	9,7	3,0	3	12,0	3,2
Паранояльний	2	2,6	1,6	3	4,2	2,0	5	20,0	4,0
Анозогнозичний	13	16,7	3,7	4	5,6	2,3	—	—	—
Дисфоричний	2	2,6	1,6	3	4,2	2,0	—	—	—
Ергопатичний	14	17,9	3,8	3	4,2	2,0	—	—	—
Гармонічний	3	3,8	1,9	9	12,5	3,3	—	—	—

перебігом ТДР, труднощами у сімейному та суспільному житті, самореалізації особистості, розвитком внутрішніх конфліктів ($p \leq 0,05$).

Жінкам із сенситивним типом відношення до хвороби була характерна надмірна схвильованість щодо можливого неприємного сприйняття їх оточуючими. Жінок хвилювало, що люди дистанціюються та уникають їх, іноді вони відчували страх бути тягарем для родини ($p \leq 0,001$). Жінкам із тривожним типом були властиві тривожні переживання щодо медико-соціальних наслідків ТДР та можливих ускладнень функціонування. У них настрій характеризувався як емоційно пригнічений унаслідок тривожно-депресивного стану ($p \leq 0,001$). Жінки із анозогнозичним типом відношення до хвороби не вважали можливі наслідки ТДР катастрофічними ($p \leq 0,001$).

У цілому дослідження показало, що жінкам із НТДРРП притаманні неадаптивні ТСХ з відсутністю генезоспецифічності. Існує два основних напрямки, за якими формуються ТСХ у жінок із НТДРРП:

1. Жінки з досить високою вірогідністю змін особистісних рис у процесі перебігу ТДР із формуванням гармонічного, ергопатичного або анозогнозичного ТСХ, яким був властивий вузький вибір засобів компенсації внутрішнього дискомфорту й високою заперечливістю негативної діяльності ($p \leq 0,001$).

2. Жінки із вираженими преморбідними особистісними особливостями й стійкими афективними реакціями. Низька фрустраційна толерантність викликала нездатність захисних механізмів, що проявлялося внутрішнім дискомфортом та перенапруженням захисних систем. У таких жінок тип відношення до ТДР кваліфікувався як дезадаптивне ставлення із регресивним видом захисного реагування.

За типами особистісної реакції на ТДР, жінок із НТДРРП можна характеризувати таким чином:

1. Реакція "руйнування" – жінки поводитися неадекватно, необережно, ігноруючи вказівки фахівців, не міняли звичайний спосіб життя.

2. Реакція "не усвідомлення" – іноді дана реакція виконувала роль психологічного захисту.

3. Реакція "упереджень" – жінки демонстрували тенденційність, підозрілість, недовірливість, конфліктність.

4. Реакція "паніки" – під впливом страху й афекту здійснювали помилкові, непослідовні дії.

ВИСНОВКИ Жінкам із НТДРРП притаманні неадаптивні комбінації персонологічних рис та дезадаптивне ставлення до захворювання, що ставало предиктором розвитку в них ТРД. Крім того, виявлено, що персонологічні властивості й розподіл ТСХ у жінок із різним психогенезом ТРД не мають генезоспецифічності та можуть розглядатися як загальні мішені медико-психологічного втручання, характерні для даного контингенту, незалежно від виду факторів психотравматизації.

Перспективною подальших досліджень даної тематики є ідентифікація патогенетичних механізмів розвитку ТРД у жінок із різними фабулоспецифічними факторами психотравматизації та створення на цій основі системи заходів медико-психологічної допомоги даному контингенту хворих.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Галонов К. Д. До проблеми патологічного взаємозв'язку посттравматичних стресових розладів та алкогольної залежності / К. Д. Галонов // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 3 (84). – С. 120–121.
2. Юр'єва Н. М. Гендероспецифічна дезадаптація соціального функціонування у жінок, хворих на параноїдну шизофренію (аналіз феномену та особливості терапії і психосоціальної реабілітації) / Н. М. Юр'єва // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22. – № 2 (79). – С. 139–146.
3. Маркова М. В. Психотерапія в комплексному лікуванні жінок, хворих на параноїдну шизофренію, при різних моделях родинної взаємодії: обґрунтування, загальні підходи, специфічні особливості / М. В. Маркова, К. А. Косенко // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, вип. 3 (80) – С. 69–73.
4. Марута Н. А. Восстановление социального функционирования – основная цель терапии депрессии / Н. А. Марута // Нейроновс. – 2013. – № 8 (53). – С. 16–20.
5. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология : учебник для вузов. – 4-е изд. / Б. Д. Карвасарский. – Питер, 2011. – 864 с.
6. Абдрахімова Ц. Б. Тип ставлення до хвороби в генезі не-психотичних психічних розладів у осіб з частковою втратою зору травматичного генезу / Ц. Б. Абдрахімова // Психічне здоров'я. – 2013. – № 2 (39). – С. 93–98.

Отримано 19.10.16