

УДК 659.894.23

ЗАЛЕЖНІСТЬ МІЖ ЧАСТОТОЮ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ ОСОБИСТОСТІ ТА ТИПОЛОГІЧНИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ОСОБИСТОСТІ

Ю. О МЕДВІН, доктор наук в галузі медичної психології, професор

Анотація.

Розглянуто дисоціативні розлади особистості, розлади адаптації та особистісні розлади, а також досліджено взаємозв'язок між ними за допомогою кореляційного аналізу.

Аннотація.

Рассмотрены диссоциативные расстройства, расстройства адаптации и расстройства личности, также исследованы взаимосвязи между ними с помощью корреляционного анализа.

Abstract.

Considered dissociative personality disorder, disorder of adaptation and personality disorders, and investigated the relationship between them using correlation analysis.

Постановка проблеми. До патологічних порушень поведінки акцентуації характеру призводять людину лише в певних ситуаціях. Розлади ж психіки особистості з віком не проходять і завжди призводять до значного погіршення якості життя. Розлади особистості — досить часта патологія, вони зустрічаю частіше у чоловіків приблизно у 5% населення, тому питання, пов'язані з психологічним здоров'ям особистості є актуальними сьогодні.

У сучасній психології психологічне здоров'я та особистісна зрілість трактуються переважно як тотожні поняття. Основні критерії психологічного здоров'я, сформульовані й описані К. Роджерсом, А. Маслоу й А. Еллісом, є надзвичайно близькими за змістом поняттями. Психологічне здоров'я визначає можливість адаптації до реальних мінливих умов та антиципацію можливих наслідків та змін у поєднанні з самореалізацією і саморозвитком власної ідентичності. Психологічне здоров'я можна розглядати як вияв та критерії внутрішньої свободи, яка містить водночас її граничні обмеження як “свободи для” на противагу “свободі від”.

Розлади психіки особистості – стійкі виразні аномалії особистості, що проявляються дисгармонійністю характеру створюючи проблеми для соціальної адаптації індивіда. Психопатії відносяться до непрогресивних

захворювань, але протягом життя їм властива деяка динаміка. Потрібно проводити межу головним чином між психопатіями та типологічними характеристиками особистості [2].

П.Б.Ганнушкін виділив чіткі критерії діагностики психопатій (тріада Ганнушкіна), які не втратили своєї актуальності і зараз: стійкість психопатичних проявів - сталість ознак розладу особистості, неможливість їх “зникнення” з плином часу; їх тотальність - охоплення патологічними проявами характеру всієї структури особистості; соціальна дезадаптація особистості - складність, а часом і повна неможливість існування такої особи у даному середовищі.

Ще у першій половині XIX сторіччя характерологічні аномалії описувались у працях J. Prichard (1853) як «моральне божевілля», E. Esquirol (1838) як «інстинктивна монomanія» та U. Trelat (1846) як люцидне божевілля. Особливий напрямок вивчення цієї патології визначився після трактату В. Morel (1857) про «фізичне, психічне та моральне виродження», який оцінював будь-який психічний розлад як прояв спадкового виродження. Остаточне виділення даної патології з аморфного поняття дегенеративних психозів ві дбулось завдяки працям W. Griesinger (1866), та H. Maudsley (1868) [5].

Теоретичні основи. У розуміння особистості входить індивідуальний спосіб мислення, думки, поведінки та реагування на навколишній у даної людини. Коли це «психологічне визначення» відображає доцільний баланс між сталістю і адаптивної гнучкістю, то ми говоримо про риси характеру. Про розладах ж особистості ми говоримо в тих випадках, коли ця особа постійно використовує певні, одні й ті ж механізми реагування на ситуації повсякденного життя абсолютно неадекватним, погано адаптованим, стереотипним способом.

В даний час виділяють декілька видів розладів психіки особистості, але найчастіше вони носять змішаний характер з перевагою тих чи інших рис. Шизоїдний розлад особистості характеризується різко згладженим

емоційним фоном. Ніщо не викликає у них великого інтересу, ні особисте життя, ні робота, ні придбання тих чи інших знань і навичок. Немає бажання і щось робити [1].

При параноїдному розладі психіки особистості людина відрізняється підвищеною підозрілістю і недовірою до всіх оточуючих людей. Така людина нікому не довіряє, не прощає образ, постійно всім незадоволений, злобний і агресивний, але здатний приховувати свої почуття до пори до часу.

Для obsесивно-компульсивного розладу особистості характерні схильність до сумнівів і обережності. Вони не в змозі виконувати якусь роботу, тому, що нескінченне копання в деталях і доведення їх до досконалості просто не дозволяють закінчити цю роботу.

Тривожний розлад особистості відрізняється тим, що людина твердо переконаний у своїй непривабливості і нездатність що-небудь робити. Це змушує його постійно уникати контактів з людьми. Вони дуже переживають з цього приводу, але не можуть перенести якої критики або глузування на свою адресу.

Істеричні розлади психіки особистості проявляються дуже високою емоційністю, демонстративністю почуттів і поведінки. Такі люди люблять театральні жести, дуже схильні до навіювань і схильні до чужого впливу. Вони не в змозі що-небудь робити, якщо навколо немає глядачів [3].

При антисоціальному розладі особистості людина відрізняється антигромадською поведінкою. Такі люди нездатні вчитися на своїх помилках і щось планувати, вони брехливі й дуже агресивні. Пасивно-агресивний розлад особистості — це похмурі злобні, заздрісні люди, зі схильністю до перебільшення своїх неприємностей. Не в змозі займатися чим-небудь через постійні конфлікти, образ і пасивного опору будь-якої діяльності.

Таблиця 1.

Залежність між частотою розладів психіки особистості та
типологічними характеристиками особистості

Факторіальні показники	Види диссоціативних розладів			
	Амнезія	Фуга	Розлади особистості	Сума балів по 3 розладах
	Коефіцієнт кореляції Пірсона			
Параноїд	0,112841	0,160949*	0,051445	0,157781*
Шизоїд	0,019907	-0,004128	0,080669	0,044519
Шизотипічний	0,024851	0,039193	0,115212	0,075858
Антисоціальний	0,139420	0,177915*	0,035159	0,177097*
Прикордонний	0,045900	0,037503	0,068091	0,020739
Нарцисичний	0,221751*	0,179255*	-0,021033	0,217728*
Збігаючий	0,254749*	0,272811*	0,048199	0,300396*
Залежний	0,012120	0,035737	0,043257	0,037549
Обсесивно-компульсивний	0,057512	0,0228263	-0,101931	0,013396

Таблиця 1.

Залежність між частотою розладів психіки особистості та типологічними характеристиками особистості (Продовження 1)

Пасивно-агресивний	0,009159	0,029579	-0,005115	0,014721
Депресивний	0,073201	0,030346	0,073770	0,093283
Садо-мазохістичний	0,112842	0,174714*	0,066464	0,168114*
Садистський	0,064275	0,076472	-0,026447	0,063434
Сума	0,212577*	0,215811*	0,041650	0,247032*
	Розлади адаптації з елементами:			
	тривожності	подавленого настрою	тривожності і подавленого настрою	
Параноїд	0,059461	0,185739	0,173958*	
Шизоїд	0,054968	0,050508	0,064959	
Шизотипічний	0,033531	0,056617	-0,032593	
Антисоціальний	0,144739	0,081879	0,001256	
Прикордонний	0,079712	0,181224*	-0,055889	
Нарцисичний	0,188448*	0,037565	-0,036529	
Збігаючий	0,144607	-0,031615	0,007764	
Залежний	0,078347	0,097310	0,070324	
Обсесивно-компульсивний	0,243849*	-0,200988*	-0,035304	
Пасивно-агресивний	0,018979	-0,026090	-0,094249	
Депресивний	-0,071872	0,161357*	0,185670*	
Садо-мазохістичний	0,075672	0,002933	0,102711	
Садистський	0,036802	0,121180	-0,081223	
Сума	0,207167*	0,081879	0,079145	
Факторіальні показники	Розлади адаптації з елементами:			

	порушення поведінки	порушеннями емоцій	за сумою балів по 5 видах порушень
Параноїд	0,125987	0,110591	0,525925*
Шизоїд	0,128750	0,149943	0,327709*
Шизотипічний	-0,059554	-0,021820	0,017267
Антисоціальний	0,360457*	0,257578*	0,594778*
Прикордонний	-0,070554	-0,010263	0,172025*
Нарцисичний	0,207064*	0,067236	0,349402*
Збігаючий	0,209844*	0,155631	0,333823*
Залежний	-0,037064	0,013826	0,219493*
Обсесивно-компульсивний	0,218524*	0,024459	0,139057
Пасивно-агресивний	0,327455*	0,375954	0,351838*
Депресивний	-0,155897*	-0,012683	0,147521
Садо-мазохістичний	0,032869	0,080123	0,317847*
Садистський	0,448198*	0,309564	0,422118*
Сума	0,234893*	0,207827	0,654797*

У даній статті розглядаються дисоціативні розлади, розлади адаптації та особистісні види розладів. Загальні ознаки, притаманні дисоціативним або конверсійним розладам, полягають у частковій або повній втраті хворими нормальної інтеграції між пам'яттю на минуле, усвідомленням своєї ідентичності та безпосередніх відчуттів, а також – над контролем рухів тіла. При дисоціативних розладах цей свідомий і елективний контроль може бути порушеним до такої міри, що їх клінічні прояви можуть змінюватися від доби до доби і навіть від години до години. Ступінь утрати функції, що знаходиться під свідомим контролем, як правило, важко оцінити. Вважається, що дисоціативні (конверсійні) розлади є психогенними за походженням [4].

Залежно від клінічних проявів дисоціативних розладів, виділяють Дисоніативну амнезію (F44.0), Дисоціативну фугу (F44.1), Дисоціативний ступор (F44.2), Стан трансу та оволодіння (F44.3), Дисоціативні розлади рухів і відчуттів (F44.4-F44.7), Інші дисоціативні (конверсійні) розлади (F44.8), в тому числі синдром Ганзера (F44.8) та інші.

При всіх дисоціативних розладах, стан повинен відповідати двом загальним діагностичним критеріям:

G1. Існуючий у хворого стан не може бути пояснений яким-небудь соматичним захворюванням, що супроводжується характерними для цього розладу симптомами.

G2. Спостерігається переконливий зв'язок у часі між виникненням дисоціативного розладу і дією стресогенних подій, розвитком важких проблем або незадоволених потреб.

Розлади адаптації. Це стани суб'єктивного дистресу й емоційного розладу, що зазвичай перешкоджають соціальному функціонуванню і продуктивності й виникають в період адаптації до значної зміни в житті або внаслідок стресової життєвої події (включаючи наявність або можливість серйозної фізичної хвороби). Стресовий чинник може вражати інтегральність мікросоціальних зв'язків хворого, а також – більш широку систему соціальної підтримки і соціальних цінностей (міграція, становище біженця). Більш важливу, ніж при інших розладах – роль у ризику виникнення і формування проявів адаптаційних розладів підвищено відіграє індивідуальна схильність до них або вразливість. Індивідуум може відчувати схильність до драматичного поведіння і спалахів агресивності, але вони зустрічаються рідко. Однак додатково, особливо в підлітків, можуть відзначатися розлади поведінки (наприклад, агресивна або дисоціальна поведінка) [6].

Розлади адаптації діагностуються при відповідності стану таким критеріям:

А. Спостерігався ідентифікований психосоціальний стрес, що не досягав надзвичайного або катастрофального розмаху, після перенесення якого хворобливі симптоми з'явилися протягом місяця.

Б. Окремі симптоми цих розладів (за винятком маячних і галюцинаторних), відповідають критеріям афективних (F30-F39), невротичних, стресових і соматоформних (F40-F48) розладів і порушень поведінки та емоцій дитячого та підліткового віку (F90-F98). Симптоми можуть варіювати за структурою і питомою вагою [8].

Люди з особистісними типами розладу не здатні в достатній мірі контролювати свої емоції і схильні до раптових спалахів невгамовного гніву. Такі спалахи не завжди обмежуються словами, часто супроводжуючись фізичним насильством, що призводить інколи до тяжких травм. Головними ознаками цього розладу особистості вважаються: схильність до драматизації, жага нового, прагнення переживати сильні емоції, а також егоцентричний підхід до міжособистих взаємин.

За даними таблиці 1 можна дослідити залежність між частотою розладів психіки особистості та типологічними характеристиками особистості. Аналіз дослідження проводився за даними, отриманими методом математично-статистичної обробки за формулою Пірсона. Підраховувались значення кореляційної залежності між дисоціативними розладами, розладами адаптації та типологічними розладами особистості [7].

Кореляційний аналіз – метод дослідження взаємозалежності ознак у генеральній сукупності, які є випадковими величинами з нормальним характером розподілу. Основними вимогами до застосування кореляційного аналізу є достатня кількість спостережень. Кореляційна залежність між розладами психіки та диссоціативними розладами коливається в межах від 0,004 до 0,27, що свідчить про те, що зв'язок між цими показниками дуже слабкий або зовсім відсутній.

Аналізуючи кореляцію між розладами психіки та розладами адаптації, можна відмітити, що тут залежність коливається в тих самих межах, що і в попередньому випадку, найбільше значення коефіцієнта кореляції у залежності між obsесивно-компульсивними розладами та розладами адаптації з елементами тривожності – 24%. Це свідчить, що зв'язок дуже слабкий.

Залежність між розладами психіки та типологічними розладами особистості – від 0,01 до 0,59. Можна відмітити, що значення коефіцієнта кореляції 0,59 свідчить про значний кореляційний зв'язок.

Література:

1. Гончаров Г. А. Суггестия: теория и практика / Гончаров Геннадий Аркадьевич. – М. : «КСП», 2005. – С. 121-124.
2. Зозуля Т.В. В«Основы соціальної і клінічної психіатрії». – М: Москва, 2001. – С. 124-126.
3. Карвасарський Б. Д. Психотерапевтична енциклопедія. - С.-Пб.: Пітер, 2001. – С. 146-153.
4. Началджян А. А. Социально-психологическая адаптация личности.– Ереван: АН Арм. ССР, 2003. – С.126-128.
5. Поляков Г. Ю. История валидизации гипно-коррекционных методов в работе психолога / Г. Ю. Поляков // Молодой ученый. – 2011. – № 9. – С. 186 – 189.
6. Тукаев Р. Д. Гипноз. Механизмы и методы клинической гипнотерапии / Рашит Джаудатович Тукаев. – М. : 000 «Медицинское информационное агентство», 2006. – С.101-103.
7. Davey Smith G., Egger M., Phillips A. Meta-analysis: principles and procedures // BMJ. — 2007. – p.142-144.
8. Cook D.J., Mulrow C.D., Haynes K.B. Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions // Ibid. – 2009. – p.95-97.

