

Results. Animals, treated with HMS in water, showed a significant increase of HM in blood-forming tissue. Compared to intact animals ($p < 0.001$), Fe revealed 147% higher than normal, Cu – 130.6%, Zn – 59.4%, Mn – 105%, Cr – 134.7% and Pb – 182% higher than normal on the 90th day. The overall amount of HM increased by 137.5% and ranged 1406.98 ± 52.35 mg/g. Application of Vitamin E delayed accumulation of HM in blood-forming tissue. Readaptation period showed lower concentration of pollutants in blood-forming tissue and depended on the corrective supplementation and the period of observation.

Conclusions. Intake of heavy metal salts causes growing accumulation of heavy metals in bone marrow (during the first month). The prolonged experiment revealed increasing accumulation of pollutants, but compensatory mechanisms created favourable conditions to delay the accumulation. During 90 days Fe increased by 147%, Cu – 130.6%, Zn – 59.4%, Mn – 105%, Cr – 134.7% and Pb – 182% ($p < 0.001$). Readaptation gradually normalizes all the above-mentioned changes (removal of heavy metals from the bone marrow), which depends on the duration of the rehabilitation period ($p < 0.05$).

Vitamin E supplementation due to its antagonistic properties toward heavy metals reduces their negative effect, revealed in lower accumulation and faster removal of heavy metals from bone marrow.

Key words: bone marrow, heavy metals, microelementosis.

Рецензент – проф. Костенко В. О.

Стаття надійшла 23.01.2018 року

DOI 10.29254/2077-4214-2018-1-1-142-177-181

УДК 616.89-008:616.895-02:616.8

Скрипніков А. М., Животовська Л. В., Боднар Л. А., Животовська А. І.

ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ДЕЗАДАПТИВНИХ СТАНІВ ПРИ

АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДАХ НЕВРОТИЧНОГО ГЕНЕЗУ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

lzhivotovska@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Стаття є фрагментом науково-дослідної теми «Клініко-психопатологічні дослідження та оптимізація лікувальних і реабілітаційно-профілактичних заходів за умов різних психічних розладів з урахуванням геліометеофакторів та біологічних ритмів» (№ державної реєстрації 0115U000839).

Вступ. Психічне здоров'я та психічне благополуччя є найважливішими складовими високого рівня якості життя, що дають змогу людині вважати своє життя повноцінним та значущим, бути активними і творчими членами суспільства [8]. Сьогоднішній стан українського суспільства характеризується складними суперечливими процесами зміни життєвих цінностей, орієнтирів кожної окремої особистості. Стресові – навантаження різної сили і спрямованості, надмірна інтенсивність потоків різнопланової інформації, зашвидкий темп життя – усе це суттєво впливає на здоров'я індивіда та досить часто стає предрисуючим чинником виникнення психопатологічної симптоматики [1,3].

Аналіз стану захворюваності психічної сфери показує, що основну проблему становлять непсихотичні розлади психіки і поведінки [7]. На сучасному етапі клінічного та експериментального вивчення пограничних розладів встановлено, що в їх патогне-

незі провідне значення належить розладам вищих форм пристосувальної діяльності – психоемоційній та психофізіологічній адаптації, порушенню діяльності адаптивних механізмів, що локалізовані у лімбічній системі мозку та обумовлюють функціональний стан симпатичної, парасимпатичної та нейро-ендокринної системи [17,18]. При цьому саме емоційні розлади стають основними проявами патологічного процесу на всіх етапах його формування, розвитку та перебігу хвороби [10,19].

За даними різних епідеміологічних досліджень, поширеність тривожних розладів у популяції досягає 6,5%, у загально-медичній мережі – до 15%, а протягом життя становить до 25% [4]. Також із літературних джерел відомо, що депресії є основним діагнозом у 5-10% усіх випадків звернення за первинною медичною допомогою, а за наявності соматичної патології супутня клінічна картина депресії фіксується у 12-25% хворих [2]. У зв'язку з вищевикладеним, великого теоретичного та практичного значення набуває вивчення ролі та значення емоційних порушень у ланцюгу формування різних форм пограничних психічних розладів, що дозволить запобігти діагностичним помилкам та розходженням, здійснювати проведення патогенетично спрямованої диференційованої терапії [9].

В зв'язку з відносною вираженістю цих симптомів виникає порушення міжособистісної, соціальної і трудової адаптації. В останні роки афективні порушення невротичного ґенезу та пов'язані з ними психологічна і соціальна дезадаптація відносяться до однієї з актуальних проблем сучасної психіатрії [14]. Дезадаптованість – це стан, що виникає від незадоволення основних потреб в результаті нездатності індивіда відповідати адекватним чином на вимоги, які до нього висуваються та ґрунтуються на очікуваннях, що відповідають його соціальному статусу і місцю в системі міжособистісних відносин. Основу дезадаптованої поведінки становить конфлікт, а під його впливом поступово формується неадекватне реагування на умови та вимоги середовища у формі тих чи інших відхилень у поведінці як реакція на систематично, постійно провокуючі фактори [15]. Істотною роль у збереженні їх значущості відіграє емоційна напруга, яка зростає через невідповідність темпу адаптаціогенезу і тих перетворень, що відбуваються у всіх сферах життєдіяльності людини [5, 13]. Пошук пояснення поведінкових модифікацій, визначення інтегральних чинників впорядкування психологічних трансформацій також неможливо зробити без вивчення адаптаційних можливостей особистості.

Метою дослідження було вивчення патопсихологічних особливостей дезадаптивних станів у пацієнтів з афективними розладами невротичного ґенезу, що дозволить оптимізувати програму психокорекційного впливу та психосоціального супроводу даної когорти пацієнтів.

Об'єкт і методи дослідження. Нами було проведено комплексне обстеження 65 пацієнтів (46 жінок, 19 чоловіків) віком від 21 до 49 років. Згідно МКХ-10 у 29 пацієнтів було діагностовано розлади адаптації (F43.2), у 15 пацієнтів – неврастенію (F48.0), у 12 – змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2), у 9 – іпохондричний розлад (F45.2). Тривалість захворювання на момент дослідження становила від 3 місяців до 2 років.

Клінічна картина пацієнтів з афективними розладами невротичного ґенезу визначалась симптоматикою депресивного, тривожного, астеничного та сомато-вегетативного регістру. Так, в клінічній картині у 53 (81,5%) обстежених були скарги на розлади сну, у 43 (66,1%) – почуття тривоги, у 40 (61,5%) – дратівливість, у 35 (53,8%) – знижений фон настрою, у 31 (47,7%) – зниження уваги, у 29 (44,6%) – підвищену втомлюваність, у 26 (40,0%) – почуття страху, у 24 (36,9%) – зниження рівня інтересів, у 23 (35,4%) – порушення апетиту. У всіх пацієнтів мали місце різного ступеню вираженості сомато-вегетативні розлади, які були представлені різноманітними функціональними порушеннями з боку шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної, дихальної та сечостатевої системи.

Для оцінки стану хворих використовували клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний методи дослідження. Клініко-психопатологічний метод включав вивчення скарг, оцінку психічного і сомато-неврологічного статусу хворих, виокремлення основних психопатологічних синдромів та їх динаміку. Дослідження психо-емоційної

сфери здійснювали з використанням Госпітальної шкали тривоги і депресій HADS [11]. Для ідентифікації типів копінг-стратегій була використана методика діагностики копінг-механізмів Е. Хейма [16], згідно з якою проводилося оцінювання 26 варіантів копінга, розподілених у відповідності з трьома основними сферами психічної діяльності на: когнітивний, емоційний і поведінковий. Діагностику особливостей стану психосоціального функціонування обстежених здійснювали за допомогою методики визначення рівня соціальної фрустрованості Л. І. Вассермана в модифікації В. В. Бойка, рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела, Л. Пепло, М. Фергюсона [12] та адаптованої анкети, що містить характеристику трудових установок (ТУ), міжособистісних відносин (МВ), кола інтересів (КІ) по 4-бальній шкалі (Н. К. Ліпгарт, В. П. Радченко, 1982) [6]. Статистична обробка проводилась з використанням параметричного і непараметричного методів.

За ступенем вираженості розглянуто три варіанти порушень психосоціальної адаптації – невиражена дезадаптація (відносна адаптація), помірно виражена та виражена дезадаптація. При цьому невиражена дезадаптація (I рівень) характеризувалась прагненням пацієнтів зберегти соціальні позиції, незначним зниженням кола інтересів до попередніх захоплень та спроможності розв'язувати внутрішні сімейні та виробничі проблеми. При помірно вираженій дезадаптації (II рівень) відмічалось зниження трудової активності з пошуком полегшених умов роботи, відсутність потреби до попередніх захоплень, спілкування, погіршення сімейних стосунків. Для вираженої дезадаптації (III рівень) були характерні значне зниження професійного статусу та кола інтересів, руйнування сімейних зв'язків, порушення взаємовідносин з іншими людьми.

Всі пацієнти за рівнем психосоціальної дезадаптації були розподілені на три групи, репрезентативних за віком та статтю: в першу групу включено 22 особи з невираженою дезадаптацією, у яких середні показники соціальних факторів були наступними: ТУ – 1,86, МВ – 1,68, КІ – 1,95 балів; в другу – 23 особи з помірно вираженою дезадаптацією з середніми показниками ТУ – 2,52, МВ – 2,35, КІ – 2,78 балів; в третю – 20 осіб з вираженою дезадаптацією, у яких ТУ склали 3,15, МВ – 3,25, КІ – 3,4 балів.

Результати дослідження та їх обговорення. За аналізом результатів оцінки психічного стану обстежених із використанням шкали HADS встановлено, що серед пацієнтів 1 групи у 8 осіб мали місце субклінічні (8-10 балів) прояви депресії і тривоги за шкалою HADS, у 14 – клінічні прояви тривоги, а депресивні – на межі клінічної/субклінічної вираженості; у пацієнтів 2 групи депресивні прояви були на клінічному рівні, а тривожні – на межі клінічної/субклінічної вираженості; у пацієнтів 3 групи відмічались клінічні (>11 балів) прояви тривоги і депресії. Серед симптомів депресивного кола достовірно нижче у осіб 1 групи порівняно з пацієнтами 3 групи було відчуття ангедонії (середній показник $1,55 \pm 0,17$ та $2,15 \pm 0,15$ балів відповідно, $p=0,01$) та зниження активності ($1,41 \pm 0,20$ та $2,25 \pm 0,15$, $p=0,006$). Середні значення в обстежених 2 групи були менше, ніж 3

групи, але не досягали статистичної значущості. Із симптомів тривоги достовірно нижче ($p=0,01$) у осіб 1 групи порівняно з пацієнтами 3 групи було постійне відчуття напруженості ($1,68\pm 0,20$ та $2,35\pm 0,17$ балів відповідно) та неспокійні думки ($1,23\pm 0,18$ та $1,9\pm 0,20$). В обстежених 2 групи кількісні середні значення були менше, ніж у пацієнтів 3 групи, достовірно нижче були скарги на неспокійні думки ($1,35\pm 0,17$ та $1,9\pm 0,20$, $p=0,04$).

В процесі діагностики копінг-механізмів подолання конфліктних ситуацій було виявлено, що у обстежених 1 групи переважали відносно адаптивні моделі копінг-поведінки за емоційним типом в поєднанні з відносно адаптивними та адаптивними поведінковими і когнітивними копінг-механізмами. Із поведінкових переважали такі адаптивні копінг-стратегії як «звернення» ($27,3\pm 9,49\%$) та відносно адаптивні – «компенсація» ($36,4\pm 10,26\%$), із когнітивних адаптивних моделей – «проблемний аналіз» ($27,3\pm 9,49\%$), відносно адаптивних – «відносність» ($18,2\pm 8,22\%$), емоційних – відносно адаптивний варіант «пасивна кооперація» ($22,7\pm 8,93\%$).

Ідентифікацію індивідуальних копінг-стратегій в клінічних групах показано в таблиці.

Пацієнти 2 групи демонстрували вибір відносно адаптивних та неадаптивних когнітивних і емоційних стратегій в поєднанні з відносно адаптивними поведінковими копінг-механізмами. При цьому переважали відносно адаптивна поведінкова стратегія – «компенсація» ($26,1\pm 9,16\%$), неадаптивний варіант когнітивної стратегії – «розгубленість» ($21,7\pm 8,6\%$) та відносно адаптивний – «відносність» ($17,4\pm 7,9\%$), відносно адаптивна емоційна копінг-стратегія – «пасивна кооперація» ($30,4\pm 9,59\%$) та неадаптивна – «самозвинування» ($17,4\pm 7,9\%$).

В 3 групі домінували неадаптивні поведінкові, когнітивні та емоційні копінг-механізми. Серед поведінкових мали місце такі неадаптивні копінг-стратегії як «відступ» ($40,0\pm 10,95\%$) та «активне уникнення» – ($30,0\pm 10,25\%$), серед когнітивних – «розгубленість» ($30,0\pm 10,25\%$) та «ігнорування» ($25,0\pm 9,68\%$), емоційних – «пригнічення емоцій» ($25,0\pm 9,68\%$) та «самозвинування» ($20,0\pm 8,94\%$).

Аналіз отриманих результатів показав, що в 3 групі пацієнтів порівняно з 1 групою достовірно переважали неадаптивні копінг-стратегії: поведінкові – в $70,0\pm 10,25\%$ та $9,1\pm 6,13\%$ відповідно, $\chi^2=16,481$, $p<0,01$, когнітивні – в $65,0\pm 10,67\%$ та $18,2\pm 8,22\%$, $\chi^2=9,531$, $p<0,01$, емоційні – в $60,0\pm 10,95\%$ та $27,3\pm 9,49\%$, $\chi^2=4,582$, $p<0,05$. Також в 3 групі не відмічалось адаптивних варіантів копінг-поведінки, які мали місце в 1 групі: поведінкові – в $40,9\pm 10,48\%$, $\chi^2=10,413$, $p<0,01$, когнітивні – в $45,4\pm 10,62\%$, $\chi^2=11,932$, $p<0,01$, емоційні – в $31,8\pm 9,93\%$,

$\chi^2=7,636$, $p<0,01$. Достовірних відмінностей відносно адаптивних моделей копінг-поведінки при порівнянні досліджуваних груп не виявлено, хоча вони частіше зустрічалися в 1 та 2 групі.

При вивченні рівня соціальної фрустрованості було встановлено, що в 1 групі в $31,8\pm 9,93\%$ випадках відмічався невизначений ($2,0$ - $2,4$ бали) рівень, в $40,9\pm 10,48\%$ – помірний ($2,5$ - $2,9$ бали), в $27,3\pm 9,49\%$ – підвищений ($3,0$ - $3,4$ бали). Серед досліджуваних 2 групи у $8,7\pm 5,88\%$ пацієнтів був невизначений, у

Таблиця.

Індивідуальні копінг-стратегії у пацієнтів з афективними розладами невротичного ґенезу

Копінг-стратегії		1 група, n=22	2 група, n=23	3 група, n=20
		абс. %±m	абс. %±m	абс. %±m
поведінкові	неадаптивні	2 9,1±6,13	4 18,2±8,22	14 70,0±10,25%
	відносно адаптивні	11 50,0±10,66	8 36,4±10,26	6 30,0±10,25%
	адаптивні	9 40,9±10,48	10 45,4±10,62	-
когнітивні	неадаптивні	4 18,2±8,22%	9 39,1±10,18%	13 65,0±10,67%
	відносно адаптивні	8 36,4±10,26%	8 34,8±9,93%	7 35,0±10,67%
	адаптивні	10 45,4±10,62%	6 26,1±9,16%	-
емоційні	неадаптивні	6 27,3±9,49%	8 34,8±9,93%	12 60,0±10,95%
	відносно адаптивні	9 40,9±10,48	11 47,8±10,42%	8 40,0±10,95%
	адаптивні	7 31,8±9,93%	4 17,4±7,9%	-

$30,4\pm 9,59\%$ – помірний, у $34,8\pm 9,93\%$ – підвищений, у $26,1\pm 9,16\%$ – дуже високий рівень ($3,5$ - $4,0$ бали), в 3 групі у $10,0\pm 6,71\%$ пацієнтів мав місце помірний, у $40,0\pm 10,95\%$ – підвищений, у $50,0\pm 11,18\%$ – дуже високий рівень. При цьому достовірно частіше дуже високий рівень соціальної фрустрованості зустрічався в 3 групі пацієнтів порівняно з 1 групою ($\chi^2=11,165$, $p<0,01$), невизначений рівень – в 1 групі ($\chi^2=11,165$, $p<0,01$) і помірний рівень – в 1 групі ($\chi^2=11,165$, $p<0,01$) та 2 групі ($\chi^2=11,165$, $p<0,01$) порівняно з 3 групою.

Дослідження рівня суб'єктивного відчуття самотності показало, що у пацієнтів 3 групи переважав високий рівень (40 - 60 балів) – $65,0\pm 10,67\%$ в порівнянні з 1 групою – $27,3\pm 9,49\%$, ($\chi^2=6,019$, $p<0,05$) та 2 групою – $34,8\pm 9,93\%$, ($\chi^2=3,909$, $p<0,05$); низький рівень самотності був достовірно вище у пацієнтів 1 групи порівняно з 3 групою – $45,4\pm 10,62\%$ та $10,0\pm 6,71\%$ відповідно ($\chi^2=6,453$, $p<0,05$).

Таким чином, пацієнти з афективними розладами невротичного ґенезу з вираженою психосоціальною дезадаптацією продемонстрували більшу

вираженість психопатологічних проявів з провідним тривожним та депресивним компонентом, неадаптивні поведінкові, когнітивні та емоційні копінг-стратегії подолання конфліктних ситуацій, дуже високий рівень соціальної фрустрованості та високий рівень суб'єктивного відчуття самотності і соціальної ізоляваності, що зумовлюють неспроможність до саморегуляції, негативне світосприйняття та нездатність успішно долати стресові ситуації.

Висновки. Таким чином, в результаті проведеного дослідження виокремлено основні патопсихологічні чинники формування дезадаптивних станів у

пацієнтів з невротичними розладами, що є мішенями для психотерапевтичної корекції та психологічної підтримки, диференційованої в залежності від рівня психосоціальної дезадаптації.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним напрямком досліджень є оптимізація програм психокорекційного впливу та психосоціального супроводу пацієнтів з невротичними розладами, що відкриває нові перспективи в напрямку напруження та підтримки їх адаптаційного ресурсу, покращення показників їх соціальної активності та якості життя.

Література

1. Belov VG, Parfenov YuA. Psikhologiya krizisnykh situatsiy: ucheb. posob. SPb: Nevskiy institut upravleniya i dizayna; 2010. 175 s. [in Russian].
2. Burchinskiy SG. Fitoterapiya depressivnykh rasstroystv v obshchemeditsinskoy praktike. Zdorov'ya Ukraïni. 2006;4(137):42-3. [in Russian].
3. Karson R, Batcher DzhN, Mineka S. Anormal'naya psikhologiya [per. s angl. I. Malkova, A. Smirnova]. 11e izd. SPb: Piter; 2004. 1167 s. [in Russian].
4. Korostiy VÍ. Nadannya medichnoï dopomogi patsiËntam íz trivozhno-fobíchnimi rozladami. Zdorov'ya Ukraïni. 2013;6(307):28-31. [in Ukrainian].
5. Lesovaya YeV. Sostoyaniye nespetsificheskikh adaptatsionnykh reaktsiy organizma u patsiyentov s nevrasteniyey. Medichna psikhologiya. 2013;8(4):57-61. [in Russian].
6. Lippart NK, Radchenko VP. Tipy techeniya zatyazhnykh form nevrasteniï i istericheskogo nevroza v zavisimosti ot ikh pochvy. V: Materialy nauch.-prakt. konf. Psikhogennyye (reaktivnyye) zabolovaniya na izmenennoy pochve; 1982; Voronezh. Voronezh; 1982; 3. s. 27-30. [in Russian].
7. Markova MV, Kozira PV. Posttressoví dezadaptivní stani na tli sotsial'nikh zmín: analiz problemi. Medichna psikhologiya. 2015;10(1):8-13. [in Ukrainian].
8. Maruta NO. Stan psikhíchnogo zdorov'ya naselennya ta psikhíatrichnoï dopomogi v Ukraïni. «NeyroNews: psikhonevrologiya ta neyropsikhíatriya». 2010;5(24):61-4. [in Ukrainian].
9. Maruta NA, Kalenskaya GYu, Cherednyakova YeS. Psikhofiziologicheskoye osobennosti bol'nykh s nevrasticheskimi rasstroystvami. Medichna psikhologiya. 2013;8(2):57-60. [in Russian].
10. Mikhaylov BV, Yakovtsova TE. Sovremennoye sostoyaniye problemy depressivnykh rasstroystv. Problemi medichnoï nauki ta osviti. 2006;2:65-9. [in Russian].
11. Podkorytov VS, Chayka YuYu. Depressii. Sovremennaya terapiya. Khar'kov: Tornado; 2003. 349 s. [in Russian].
12. Raygorodskiy DYa, redaktor. Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metodiki i testy: ucheb. posob. Samara: Bakhrakh-M; 2001. 672 s. [in Russian].
13. Prokhorov AO. Samoregulyatsiya psikhicheskikh sostoyaniy: fenomenologiya, mekhanizmy, zakonomernosti. M: PERSE; 2005. 352 s. [in Russian].
14. Skripnikov AM, Gerasimenko LO, Ísakov RÍ. Prognostichne znachennya viznachennya tipív psikhosotsial'noï dezadaptatsii u zhínok z nevrasticheskimi rozladami. Svit meditsini ta biológii. 2015;2(50):97-100. [in Ukrainian].
15. Briere J, Hodges M, Godbout N. Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: a structural equation model. J. Traum. Stress. 2010;23:767-74.
16. Heim E. Coping-based intervention strategies. Patient Education and Counseling. 1995;26:145-51.
17. Hölzel BK, Carmody J, Evans KC, Hoge EA, Dusek JA, Morgan L, et al. Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala. Soc. Cogn. Affect. Neurosci. 2010 Mar;5(1):11-7.
18. McEwen BS, Gray JD, Nasca C. Recognizing resilience: Learning from the effects of stress on the brain. Neurobiol. Stress. 2015 Jan;1:1-11.
19. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Masello J, Phillips MR, et al. No health without mental health. Lancet. 2007;370:859-77.

ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ДЕЗАДАПТИВНИХ СТАНІВ ПРИ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДАХ НЕВРОТИЧНОГО ГЕНЕЗУ

**Скрипніков А. М., Животовська Л. В., Боднар Л. А.,
Животовська А. І.**

Резюме. Проведено комплексне обстеження 65 пацієнтів з афективними розладами невротичного ґенезу. Отримані результати дозволили визначити клінічні та патопсихологічні особливості формування вираженої психосоціальної дезадаптації, що виражалось в переважанні проявів тривоги та депресії, високого рівня соціальної фрустрованості та суб'єктивного відчуття самотності, використанні неадаптивних копінг-механізмів подолання конфліктних ситуацій. Виокремлені патопсихологічні чинники формування дезадаптивних станів є мішенями для психотерапевтичної корекції та психологічної підтримки, диференційованої в залежності від рівня психосоціальної дезадаптації.

Ключові слова: афективні розлади невротичного ґенезу, психопатологічна характеристика, психосоціальна дезадаптація.

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ НЕВРОТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Скрипников А. Н., Животовская Л. В., Боднар Л. А.,
Животовская А. И.

Резюме. Проведено комплексное обследование 65 пациентов с аффективными расстройствами невротического генеза. Полученные результаты позволили выделить клинические и патопсихологические особенности формирования выраженной психосоциальной дезадаптации, которые выражались в преобладании проявлений тревоги и депрессии, высокого уровня социальной фрустрированности и субъективного ощущения одиночества, использовании неадаптивных копинг-механизмов преодоления конфликтных ситуаций. Выделенные патопсихологические факторы формирования дезадаптивных состояний являются мишенями для психотерапевтической коррекции и психологической поддержки, дифференцированной в зависимости от уровня психосоциальной дезадаптации.

Ключевые слова: аффективные расстройства невротического генеза, патопсихологическая характеристика, психосоциальная дезадаптация.

PATHOPSYCHOLOGICAL FACTORS OF DISADAPTIVE STATES IN AFFECTIVE DISORDERS OF NEUROTIC GENESIS

Skrypnikov A. M., Zhyvotovska L. V., Bodnar L. A.,
Zhyvotovska A. I.

Abstract. Currently, affective disorders of neurotic genesis and associated psychological and social disadaptation are among the topical problems of present-day psychiatry.

The aim of the research was to study the pathopsychological features of disadaptive states in patients with affective disorders of neurotic genesis.

The comprehensive examination of 65 patients (46 women and 19 men) aged from 21 to 49 years was carried out. According to ICD-10, 29 patients were diagnosed with adaptation disorders (F43.2), 15 patients presented with neurasthenia (F48.0), 12 patients – with mixed anxiety and depressive disorder (F41.2) and 9 patients – with hypochondriacal disorder (F45.2). Clinical-psychopathological, psychodiagnostic and statistical methods of investigation were used to assess the patients' condition. According to the level of psychosocial disadaptation, three clinical groups representative of age and sex were formed: 1 group included 22 patients with insignificant disadaptation, 2 group included 23 patients with moderate disadaptation, and 3 group included 20 patients with severe disadaptation.

The analysis based on the data of mental state assessment of patients using HADS scale has found that among the symptoms of the depressive circle, namely, feeling of anhedonia (1.55 ± 0.17 and 2.15 ± 0.15 points, respectively, $p = 0.01$) and decreased activity (1.41 ± 0.20 and 2.25 ± 0.15 , $p = 0.006$) were significantly lower in patients of 1 group compared to 3 one. Among the symptoms of anxiety, reliably lower ($p = 0.01$) were complaints of constant tension feeling (1.68 ± 0.20 and 2.35 ± 0.17 points, respectively) and restless thoughts (1.23 ± 0.18 and 1.9 ± 0.20) in 1 group of patients compared to 3 group, complaints of restless thoughts (1.35 ± 0.17 and 1.9 ± 0.20 , $p = 0.04$) were presented by examined patients of 2 group in comparison with group 3.

While diagnosing coping mechanisms for conflict situations management, it was determined that non-adaptive coping strategies significantly prevailed in 3 group of patients in comparison with 1 group: behavioral – in $70.0 \pm 10.25\%$ and $9.1 \pm 6.13\%$, respectively, $\chi^2 = 16.481$, $p < 0.01$, cognitive – in $65.0 \pm 10.67\%$ and $18.2 \pm 8.22\%$, $\chi^2 = 9.531$, $p < 0.01$, emotional – in $60.0 \pm 10.95\%$ and $27.3 \pm 9.49\%$, $\chi^2 = 4.582$, $p < 0.05$. However, examined patients of 3 group did not present with adaptive variants of coping behavior, which significantly prevailed in 1 group: behavioral – in $40.9 \pm 10.48\%$ of cases, $\chi^2 = 10.413$, $p < 0.01$, cognitive – in $45.4 \pm 10.62\%$, $\chi^2 = 11.932$, $p < 0.01$, emotional – in $31.8 \pm 9.93\%$, $\chi^2 = 7.636$, $p < 0.01$. Significant differences in the adaptive models of coping behavior were not determined when comparing the examined groups, although they were more common in groups 1 and 2.

When investigating the level of social frustration, it was determined that significantly higher rates were found in 3 group of patients compared to group 1 ($\chi^2 = 11.165$, $p < 0.01$), indeterminate level – in group 1 ($\chi^2 = 11.165$, $p < 0.01$) and moderate level – in 1 ($\chi^2 = 11.165$, $p < 0.01$) and 2 group ($\chi^2 = 11.165$, $p < 0.01$) in comparison with 3 group. The study regarding the level of subjective loneliness feelings revealed that in patients of 3 group, the high level prevailed – $65.0 \pm 10.67\%$ compared to group 1 – $27.3 \pm 9.49\%$, ($\chi^2 = 6.019$, $p < 0.05$) and 2 group – $34.8 \pm 9.93\%$, ($\chi^2 = 3.909$, $p < 0.05$); the low level of loneliness was significantly higher in patients of 1 group than in group 3 – $45.4 \pm 10.62\%$ and $10.0 \pm 6.71\%$, respectively ($\chi^2 = 6.453$, $p < 0.05$).

Thus, the main pathopsychological factors of disadaptive states formation in patients with neurotic disorders have been identified in research, which were the targets for psychotherapeutic correction and psychological support, differentiated depending on the level of psychosocial disadaptation.

Key words: affective disorders of neurotic genesis, psychopathological characteristics, psychosocial disadaptation.

Рецензент – проф. Литвиненко Н. В.

Стаття надійшла 22.01.2018 року