

ОСОБЛИВОСТІ РЕАГУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ ПІСЛЯ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ

Наукові праці МАУП, 2009, вип. 1(20), с. 143–146

Досліджено залежність психологічних характеристик особистості від інтенсивності стресового навантаження під час психічної травми при різних механізмах захворювань (псоріатичне захворювання і посттравматичний стресовий розлад), обґрунтовано необхідність психологічної корекції для цих випадків.

Дослідження проведено на 42 пацієнтах (17 чоловіків і 25 жінок), які зазнали психічної травми. Нами виділено у них два різних види захворювання: псоріатичне захворювання і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Психологічну діагностику проводили наступними методами: методика вимірювання ситуативної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна; методика Айзенка ЕРQ; методика визначення стресостійкості і соціальної адаптації Холмса і Раге; методика вимірювання алекситемії по Торонтській алекситемічній шкалі, адаптованій в Інституті ім. В. М. Бехтерева; методика діагностики рівня суб'єктивного контролю Дж. Роттера, адаптація Е. Ф. Бажина, С. А. Голінкіної, А. М. Еткінда; психогеоетричний тест С. Деллінгера; методика визначення нервово-психічної стійкості, ризику дезадаптації у стресі "Прогноз"; методика діагностики ступеня готовності до ризику Шуберта; методика "Головний орган почуттів" [3; 6; 8].

Методом регресійного аналізу було створено три моделі захворювань зв'язку стресового навантаження пацієнта Y із 12-ма дослідженими характеристиками [4].

Загальну модель, без диференціації нозологічних одиниць, групи пацієнтів, які зазнали психічної травми, будемо за формулою

$$Y = -181,035 - 0,07x_1 - 1,783x_2 + 0,375x_3 + 1,295x_4 + 1,917x_5 + 2,767x_6 - 0,434x_7 + 0,63x_8 - 3,706x_9 - 2,329x_{10} + 3,447x_{11} + 0,565x_{12}. \quad (1)$$

У подальшому було виділено групу з псоріатичним захворюванням — 15 пацієнтів (6 жінок

і 9 чоловіків). Із них: 2 жінки з вищою і 4 жінки із середньою освітою; 6 чоловіків з вищою і 3 чоловіка із середньою освітою. Розрахована модель псоріатичного захворювання:

$$Y = -174,042 + 0,845x_1 + 28,223x_2 - 0,51x_3 + 2,975x_4 + 1,624x_5 + 1,128x_6 + 1,46x_7 - 1,586x_8 + 6,532x_9 - 4,791x_{10} - 0,515x_{11} - 4,943x_{12}. \quad (2)$$

Було виділено також групу з ПТСР. У цій групі 19 жінок (14 з вищою освітою, 3 з незакінченою вищою освітою, 2 із середньою освітою) і 8 чоловіків (6 з вищою і 2 із середньою освітою). Розрахована модель цього захворювання:

$$Y = -270,388 - 0,541x_1 - 2,906x_2 - 0,829x_3 + 0,981x_4 + 2,342x_5 + 1,471x_6 + 0,826x_7 + 1,782x_8 - 2,12x_9 + 2,33x_{10} + 5,146x_{11} + 3,722x_{12}. \quad (3)$$

У цих рівняннях невідомі визначають наступні характеристики: x_1 — вік пацієнта; x_2 — витримка; x_3 — нейротизм; x_4 — екстравертованість; x_5 — ситуативна тривожність; x_6 — особистісна тривожність; x_7 — ступінь готовності до ризику; x_8 — активність зорового аналізатора; x_9 — активність слухового аналізатора; x_{10} — активність кінестетичного аналізатора; x_{11} — алекситемія; x_{12} — локус контролю.

Інтенсивність стресового навантаження пацієнта визначає ймовірність та інтенсивність його захворювання. Так, при стресовому навантаженні у 300 балів ймовірність захворювання становить 90 %, при зменшенні стресового навантаження до 150 балів вона зменшується до 50 % [8; 10; 12].

Для порівняння ефектів їх впливу використаємо коефіцієнти еластичності:

$$K_i = b_i (X_i \text{ середнє} / Y \text{ середнє}), \quad (4)$$

де: X_i середнє – сума значень X_i у досліджуваному діапазоні, розділена на кількість пацієнтів у вибірці – 15, для загального масиву – 42; Y середнє – аналогічно для результуючої функції, у нашому випадку це величина стресового навантаження; b_i – коефіцієнт регресії для вибраної функції X_i із рівнянь (1)–(3). Коефіцієнти еластичності для трьох моделей наведено в таблиці.

З аналізу отриманих результатів можна зробити наступні висновки.

Пацієнти з псоріазом реагували на психічну травму за механізмом біологічного стресу. В результаті неадекватної адаптативної поведінки в момент загострення захворювання вони перебували у третій стадії стресу – стадії виснаження, яка з часом викликала погіршення захворювання. Їх вирізняли підвищення рівня нервово-психічної стійкості, витримки, ступінь готовності до ризику, сміливість, епізоди в минулому вони відчували як наявні. Інтенсивне, довготривале психічне напруження викликали два конфліктуючих процеси на поверхні шкіряного покриву: погіршення кровообігу (як результат – поблідіння шкіри) і підвищення швидкості росту клітин епітелію у 8 разів. Клітини поверхні шкіряного покриву відновлюються в середньому за 35 діб, тоді як в зоні псоріатичного дерматозу – цей процес триває лише близько 4 діб [7].

У пацієнтів із відстроченою реакцією на стрес, з посттравматичним стресовим розладом названі вище процеси були практично відсутні, проте значно підвищувався рівень алекситемії.

Об'єднує ці групи пацієнтів, як і тих, що зазнали психічної травми, підвищення рівня ситуатив-

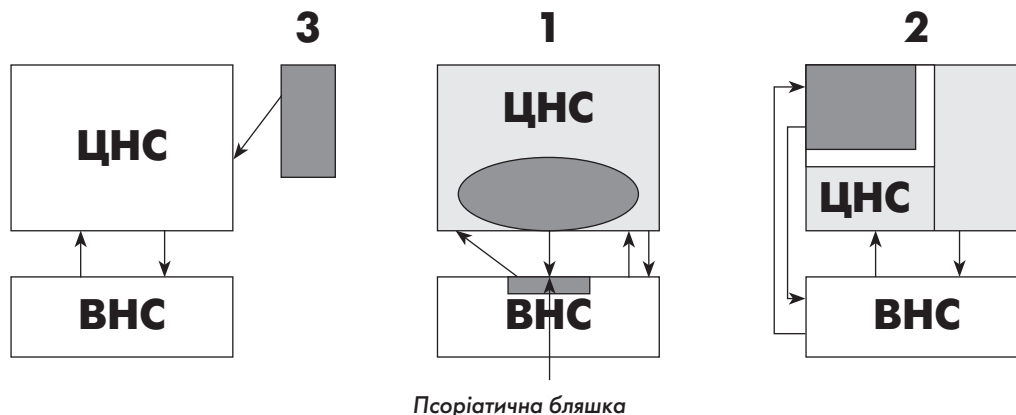
ної та особистісної тривоги, причому ситуативної більшою мірою.

У пацієнтів із ПТСР згадка про психічну травму ізолюється в капсульовані Его-стани [11]. Механізм розвитку психічного захворювання йде шляхом розвитку диссоціативно тотожних станів. Біль в пам'яті відключається від сприйняття, але з'являється відчуття неможливості описати свій психічний стан, він заблокований закапсульованим Его-станом, при цьому доступ до ізолюваного сомато-сенсорного елемента здійснюється здебільше через тіло. Збільшення активності кінестетичного і зорового аналізатора активізує згадку про психічну травму і погіршує психічний стан (при псоріазі їх активізація, навпаки, зменшує інтенсивність захворювання) (рисунок).

Коефіцієнти еластичності K_8 і K_{10} (див. таблицю) при псоріазі мають значення відповідно $-0,067$, $-0,125$, а при ПТСР – $+0,066$ і $+0,073$. При псоріазі від'ємний зв'язок, активізація аналізаторів викликає згасання збудження, при ПТСР додатний зв'язок, активізація аналізаторів підсилює збудження, активізує згадку про психічну травму. Тому для зменшення психічної болі при ПТСР пацієнти роблять спробу знищити фактор зв'язку, який підсилює біль, своє тіло, здійснюють суїцид. При псоріатичному захворюванні пацієнт сприймає себе як цілісну психічно-соматичну систему і спроби суїциду практично відсутні. Пацієнти з псоріатичним захворюванням у нашій моделі відрізняються від таких з ПТСР набагато більше вираженими вольовими характеристиками. Позначимо комплексну вольову характеристику – рішучість (V_p) як добуток базальних

Співвідношення коефіцієнтів еластичності для різних моделей психічного стану

K_i	Функція	Загальна модель	ПТСР	Псоріаз
K_1	Вік пацієнта	-0,011	-0,084	0,132
K_2	Витримка	-0,039	-0,050	0,843
K_3	Нейротизм	0,023	-0,053	-0,031
K_4	Екстравертованість	0,062	0,049	0,129
K_5	Ситуативна тривожність	0,371	0,439	0,332
K_6	Особистісна тривожність	0,607	0,328	0,240
K_7	Ступінь готовності до ризику	-0,028	-0,020	0,200
K_8	Активність зорового аналізатора	0,024	0,066	-0,067
K_9	Активність слухового аналізатора	-0,149	-0,086	0,261
K_{10}	Активність кінестетичного аналізатора	0,029	0,073	-0,125
K_{11}	Алекситемія	0,867	1,258	-0,136
K_{12}	Локус контролю	0,014	0,085	-0,134



Псоріатична бляшка

Гіпотетичні механізми розвитку псоріатичного захворювання (1), ПТСР (2), після сильної психічної травми (3): ЦНС — центральна нервова система; ВНС — вегетативна нервова система

вольових характеристик — витримки і сміливості [1; 5] (коефіцієнти еластичності K_2 і K_7):

$$V_p = K_2 \cdot K_7. \quad (5)$$

Із таблиці бачимо, що для псоріатичного захворювання величина рішучості, розрахунковий коефіцієнт еластичності, приймає значення:

$$V_{p_{\text{псоріаз}}} = 0,843 \cdot 0,2 = 0,1686. \quad (6)$$

Для ПТСР ця величина приймає значення:

$$V_{p_{\text{ПТСР}}} = 0,05 \cdot 0,02 = 0,001. \quad (7)$$

Суттєвим тут є те, що величина вольової компоненти для ПТСР у 160 разів менш значуща, ніж для псоріатичного захворювання. Це можна пояснити розщепленням психіки на Его-стани, які незалежні один від одного при ПТСР [7], на відміну від цілісної психіки при псоріазі, що в єдиному комплексі спрямована на нейтралізацію зовнішньої (минулої та уявної) загрози.

Водночас при ПТСР величина алекситемії $K_{11} = 1,258$, а при псоріазі у 9 разів менше ($-0,136$). Знак перед значенням коефіцієнта еластичності алекситемії означає, що при ПТСР зростання цього параметра свідчить про погіршення стану, а для псоріазу — про покращання стану. Це можна пояснити тим, що при ПТСР зростання алекситемії свідчить про збільшення розщеплення психіки, збільшення кількості Его-станів, а при псоріазі — про зменшення вразливості нервової системи, подразливості, про зменшення виявів дерматозу, про відновлення цілісності шкірного покриву.

Таким чином, для нейтралізації психічного напруження при ПТСР необхідно згадати і зафіксувати у свідомості момент психічного комфорту і, спираючись на нього, проходити процес декапсуляції. Для захисту від сильних впливів психічної травми під час психокорекції використовуємо ди-

соціацію (вихід із тіла і спостереження за собою з боку, як за тим, що відчуває психічне напруження під час отримання психічної травми). При декапсуляції, згадуючи біль, використовуємо тілесно зафіксований стан психічного комфорту і проходимо багато циклів по колу, поки згадка про психічну травму не буде відкрита, тоді біль буде інтегрований у психічний досвід особистості [9]. При псоріазі інтегрований у психічному стані біль, який сприймається як наявний, тут і тепер, під час сеансу психокорекції витісняємо в минуле, фіксуємо його в низці життєвих епізодів як момент, який вже назавжди втратив актуальність.



Література

1. Бех І. Д. Від волі до особистості. — К., 1995.
2. Бодров В. А. Психологический стресс. — М., 1995.
3. Горбатов Д. С. Практикум по психологическому исследованию: Учеб. пособие. — Самара: Издат. дом "Бахрах-М", 2006. — 272 с.
4. Єріна А. М., Захожай В. Б., Єрін Д. Л. Методология научных исследований: Навч. посіб. — К.: Центр навч. літ., 2004. — 212 с.
5. Загальна психологія: Навч. посіб. /О. Скрипченко, Л. Волинська та ін. — К.: Просвіта, 2005. — 464 с.
6. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология: Учебник. — СПб.: Питер, 2006. — 960 с.
7. Маринина Г. Н., Маринин В. С. Лечение псориаза (2004). — <http://www.magnipsor.com/content.htm>
8. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: Учеб. пособие / Ред.-сост. Д. Я. Райгородский. — Самара: Издат. дом "Бахрах-М", 2002. — 672 с.
9. Руженков В. А. Основы клинической гипнотерапии: Учебник. — Ростов н/Д: Феникс, 2005. — 316 с.

10. Сандомирский М. Е. Защита от стресса. Физиологически-ориентированный подход к решению психологических проблем (метод РЕТРИ). — М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2001. — 336 с.

11. Соловьева С. Л. Психология экстремальных состояний. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003. — 128 с.

12. Юрьева Л. Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. — Киев: Сфера, 2002. — 314 с.

Проведено диференційований аналіз поведінки пацієнтів після психічної травми. Поведінку пацієнтів після психічної травми можна подати як дві характерні моделі: 1) посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — згадка про психічну травму ізолюється в капсульованій Его-стані, для цього випадку характерне значне зростання алекситемії: в 9 разів вище, ніж при псоріатичному захворюванні; 2) псоріатичне захворювання — згадка про психічну травму доступна до сприймання, для утримання психічної рівноваги у таких пацієнтів потрібний підвищений рівень витримки і ступеня готовності до ризику. Пацієнти цієї групи відрізняються значним зростанням рішучості, порівняно з пацієнтами з ПТСР рівень цієї волевої компоненти зростає в понад 100 разів. При психокорекції пацієнтів з ПТСР рекомендується проводити процес декапсуляції — інтегрування психічної травми в життєвий досвід. При псоріазі інтегрований у психічному стані біль витісняємо в минуле як епізод з втраченою актуальністю і тепер, і в майбутньому.

Проведен дифференцированный анализ поведения пациентов после психической травмы. Поведение пациентов после психической травмы можно разложить на две характерные модели: 1) посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — воспоминание о психической травме изолируется в капсулированном Эго-состоянии, для этого случая характерно существенное увеличение алекситемии: в 9 раз выше, чем у пациентов с псоріатическим заболеванием; 2) псоріатическое заболевание — воспоминание о психической травме доступно к восприятию, для удерживания психического равновесия у таких пациентов необходим повышенный уровень выдержки и степени готовности к риску. Пациенты этой группы отличаются существенным возрастанием решительности, по сравнению с пациентами с ПТСР уровень этой волевой компоненты возрастает у них более чем в 100 раз. Для психокоррекции пациентов с ПТСР целесообразно проводить процесс декапсуляции — интегрирование психической травмы в жизненный опыт. При псоріазе интегрированную в психическом состоянии боль вытесняем в прошлое как эпизод с потерянной актуальностью и сейчас, и в будущем.

This article tents to accomplish an analysis for differentiation the actions of patients who were mentally injured. There are two different models of acting that patients lead to under the influence of a psychic trauma that happened. The first one is Post-traumatic stress disorder (PTSD) that causes the process of a periodical blocking the information about the psychic trauma within the capsulated state of Ego. This model is characterized by the significant increase of an Alexithymia's level (the level is nine times higher in comparing with its effect for patients who develop Psoriasis). The second model is Psoriasis, which refers to a state of mind open for memories about the trauma. For that reason the higher degree of patients' durability and willingness for risk is in need to provide the psychical equilibrium. Patients of this group are distinguished by the highly increased resoluteness — this will's component is more that 100 times higher than is for the PTSD-patients. The psychical correction for the patients that develop PTSD is based on the process of de-capsulation, i. e. integrating the psychical trauma into the life experience. The technique for reducing Psoriasis refers to a mental constructing of pain and eliminating it away to the past as an episode of unimportance both for now and the future.

Надійшла 16 січня 2009 р.