

УДК 616.89-008:617.7-001.4

*Ц. Б. Абдрахімова***ПСИХОЛОГІЧНІ АДАПТАЦІЙНІ МЕХАНІЗМИ В ГЕНЕЗІ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ З ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ ТРАВМАТИЧНОГО ГЕНЕЗУ**

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Ключові слова: часткова втрата зору травматичного генезу, непсихотичні психічні розлади, психологічні адаптаційні механізми

Психічна адаптація відображає індивідуально-особистісний рівень психічної регуляції, що включає системну діяльність багатьох психологічних підсистем, активну особистісну функцію, яка забезпечує погодження актуальних потреб індивіда з потребами оточення та динамічними змінами умов життя. Основними психологічними механізмами психічної адаптації вважаються копінг-поведінка та механізми психологічного захисту [1].

Копінг – механізм адаптації, за допомогою якого людина свідомо пристосовується у новій для себе соціальній ролі або ситуації, яка виникає при вторгненні в її життя обставин, що неможливо змінити [2]. Копінг включає: механізм подолання, завдяки якому людина пристосовується до обставин і навчається з ними справлятися; процес дії цього механізму – копінг-стратегії (копінг стилі); результат цього процесу – копінг-поведінка. Проблемно-орієнтований копінг націлений на зміну ситуації, а емоційно-орієнтований копінг направлений на регуляцію емоційного стану, що визваний проблемною ситуацією (точніше, її оцінкою). За ступенем конструктивності копінг-механізми поділяються на: конструктивні (планування рішення, самоконтроль, пошук соціальної підтримки), відносно конструктивні (прийняття відповідальності, позитивна переоцінка) і неконструктивні (конфронтативний копінг, дистанціювання, тікання - уникнення).

Копінг розглядається як патогенетично значуща перемінна і потенційна «мішень» для психопрофілактичних і психокорекційних втручань [3].

В системі психічної адаптації копінг-механізми тісно пов'язані з механізмами психологічного захисту особистості.

Психологічний захист – це несвідомий процес, який регулює рівень емоційного напружен-

ня. Психологічний захист не вирішує протиріччя, а усуває пов'язані з ними переживання, які перешкоджають увімкненню інших механізмів адаптації, що можливо, допоможуть індивіду справитись з ситуацією [3].

МПЗ та механізми копінг-поведінки необхідно розглядати як найважливіші форми адаптаційних процесів та реагування на стресову ситуацію, однією з яких є часткова втрата зору травматичного генезу й адаптація до життя після перенесення травми. Треба зазначити, що втрата зору травматичного генезу (ВЗТГ) призводить до певної перебудови психіки та поведінки людини, яка супроводжується негативними психопатологічними проявами, хоча б частковою утратою рівню функціонування в трудовій, сімейній та соціальній сферах, що обумовлює додатковий обтяжуючий вплив на стан психічного здоров'я людини [4 – 9].

Отже, за рахунок психологічних адаптаційних механізмів (ПАМ) може відбутися послаблення психічного дискомфорту у рамках неусвідомленої діяльності психіки через забезпечення регулятивної системи стабілізації, спрямованої на зменшення тривоги, яка виникає при усвідомленні конфлікту або перешкод самореалізації. У таких випадках ПАМ спрацьовують при виникненні негативних психічно-травмуючих переживань, і визначають поведінку пацієнтів, як таку, що усувала психічний дискомфорт і тривожну напругу. В цілому, ПАМ повинні бути спрямовані на подолання почуття непевності в собі, власної неповноцінності, захисту ціннісної свідомості й підтримки стабільної самооцінки.

Отже, з метою вивчення ПАМ у осіб з частковою ВЗТГ та визначення їх ролі в розвитку НПП у даного контингенту, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології, шляхом випадкового вибору в період після офтальмологічного втручання та виз-

начення об'єму та прогнозу стосовно втрати зору, нами проведено скрінінгове обстеження 600 осіб з частковою втратою зору травматичного генезу. В усіх пацієнтів було зафіксовано прояви гострої стресової реакції.

У термін від місяця до трьох після виписки зі стаціонару, під час проходження МСЕК, було здійснено поглиблене клініко-психопатологічне обстеження пацієнтів, на основі результатів якого було сформовано дві групи дослідження: основна (ОГД) – 200 хворих, в яких після травматичної події, що спричинила часткову втрату зору, діагностовано НПР, та група порівняння (ГП) – 200 осіб, психічний стан яких відповідав «умовній нормі».

Критерієм не включення в дослідження були: відсутність інформованої згоди; наявність в анамнезі психічних та поведінкових розладів або психотичних розладів на час обстеження; наявність виражених соматичних захворювань, перебіг яких може вплинути на психічний стан пацієнта.

Нозологічна структура діагностованих НПР була представлена психічними і поведінковими розладами кластеру F43 – реакція на стрес та адаптаційні розлади, серед яких домінувала змішана тривожно-депресивна реакція F43.22 (97 осіб, 48,5% ОГД), приблизно у третини пацієнтів були встановлені пролонгована депресивна реакція F43.21 (44 особи, 22% ОГД) адаптаційні розлади з переважанням порушення інших емоцій F43.23 (29 осіб, 14,5% ОГД), у 23 (11,5%) хворих виявлений посттравматичний стресовий розлад F43.1, а у 7 (3,5%) пацієнтів – адаптаційний розлад зі змішаним порушенням емоцій та поведінки F43.25.

Вивчення МПЗ проводили за допомогою методики визначення механізмів психологічного захисту «Індекс життєвого стилю» Р. Плутчека – Х. Келлермана в адаптації Л.І. Вассермана, О. Ф. Єришева, С. Б. Клубової [10, 11], яка дозволяє виявити психологічні захисні механізми особистості у ситуаціях фрустрації. Даний опитувальник дозволяє визначити вираженість 8 видів захисних механізмів: витіснення, регресія, заміщення, заперечення, проекція, компенсація, гіперкомпенсація, раціоналізація. У основі методики лежить теорія, згідно якої існує взаємозв'язок між МПЗ та різними афективними станами (емоціями) і клініко-діагностичними критеріями (розлади особистості). Створено модель, куди входять 4 пари біполярних емоцій (страх – гнів, веселість – сум, прийняття – відраза, надія – подив), які, як очікується, пов'язані з окремими

захисними механізмами, залежними, своєю чергою, від деяких особистісних чорт. Останні, за відомого ступеня їх вираженості, зізнаються авторами опитувальника як найважливіші в генезі відповідних НПР.

Особливості копінгу досліджували з використанням методики психологічної діагностики копінг-поведінки Е. Хейма [12], яка дозволяє досліджувати 26 ситуаційно-специфічних варіантів копінгу, класифікованих відповідно до трьох основних сфер психічної діяльності як когнітивний, емоційний і поведінковий копінг-механізми.

Адаптивними (продуктивними) варіантами копінг-поведінки серед когнітивних копінг-стратегій є «проблемний аналіз», «установка власної цінності», «збереження самовладання» – форми поведінки, спрямовані на аналіз виниклих труднощів і можливих шляхів виходу з них, підвищення самооцінки і самоконтролю, більш глибоке усвідомлення власної цінності як особистості, наявності віри в власні ресурси в подоланні важких ситуацій; серед емоційних копінг-стратегій: «протест», «оптимізм» – емоційний стан з активним обуренням і протестом по відношенню до труднощів і впевненістю в наявності виходу в будь-який, навіть найскладнішої, ситуації; серед поведінкових копінг-стратегій: «співпраця», «звернення», «альтруїзм», під якими розуміється така поведінка особистості, при якій вона набирає співпрацю зі значимими (більш досвідченими) людьми, шукає підтримки у найближчому соціальному оточенні або сама пропонує її близьким у подоланні труднощів.

Неадаптивними (непродуктивними) варіантами копінг-поведінки серед когнітивних копінг-стратегій визначені: «смиренність», «розгубленість», «дисимуляція», «ігнорування» – пасивні форми поведінки з відмовою від подолання труднощів через невір'я в свої сили та інтелектуальні ресурси, з умисною недооцінкою неприємностей; серед емоційних копінг-стратегій: «придушення емоцій», «покірність», «самознищення», «агресивність» – варіанти поведінки, які характеризуються пригніченим емоційним станом, безнадійністю, покірністю, переживанням злості і покладанням провини на себе і інших; серед поведінкових копінг-стратегій: «активне уникнення», «відступ» – поведінка, що передбачає уникнення думок про неприємності, пасивність, самотність, ізоляція, прагнення піти від активних інтерперсональних контактів, відмова від вирішення проблем.

Відносно адаптивними (відносно продуктивними) варіантами копінг-поведінки, конструктивність яких залежить від значимості і вираженості ситуації подолання, автором визначені наступні: серед когнітивних копінг-стратегій – «відносність», «додача сенсу», «релігійність», тобто форми поведінки, спрямовані на оцінку труднощів у порівнянні з іншими, надання особливого сенсу їх подолання, віра в Бога і стійкість у вірі при зіткненні зі складними проблемами; серед емоційних копінг-стратегій – «емоційна розрядка», «пасивна кооперація», - поведінка, спрямована або на зняття напруги, емоційне відреагування, або на передачу відповідальності за розв'язання труднощів іншим особам; серед поведінкових копінг-стратегій – «компенсація», «відволікання», «конструктивна активність», тобто поведінка, що характеризується прагненням до тимчасового відходу від вирішення проблем за допомогою алкоголю, лікарських засобів, занурення в улюблену справу, подорожі, виконання своїх заповітних бажань.

Результати дослідження розподілу усереднених показників різних МПЗ представлено в табл. 1, з якої видно, що у пацієнтів ОГД та ГП спостерігалися різні МПЗ, які були пов'язані із адаптацією в умовах перенесеної ВЗТГ. Усі пацієнти ОГД виявили напруженість МПЗ, що свідчило про наявність актуальної психотравмуючої ситуації ($p \leq 0,001$). Виявлено, що для

хворих ОГД були характерні підвищення показників «заперечення» ($p < 0,001$), «регресії» ($p \leq 0,05$) й «проекції» ($p < 0,001$) існуючих проблем, що свідчило про недостатнє усвідомлення й виключенні зі свідомості подій та фактів, які приносили психологічний біль при їхньому визнанні. У свою чергу, у хворих ГП встановлено високі значення «компенсації» ($p \leq 0,001$), сполучених із «інтелектуалізацією» ($p \leq 0,001$), що свідчило про усвідомлення психотравмуючої ситуації. Хворі ОГД були схильні до надмірного контролю емоцій й імпульсів, виявляли залежність від раціональної інтерпретації ситуації, що призводило до «захисту» себе при психологічному конфлікті шляхом зниження значущості чинників його виникнення ($p \leq 0,05$). Треба зазначити, що встановлена вираженість показників за вищезгаданими шкалами у осіб ОГД свідчила про неефективність їх МПЗ у період після часткової втрати зору, а саме, про використання так званої «блокадно-стримуючої поведінки», спрямованої на зниження напруги внаслідок емоційного реагування та умов зовнішнього середовища, які призвели до дезадаптації. За результатами дослідження встановлено, що у хворих ОГД чинником психологічної та емоційної перенапруги була підвищена чутливість до недостачі стимулів у зовнішньому середовищі що проявлялася дистресом (високий показник «регресії») ($p \leq 0,05$).

Таблиця 1

Усереднені показники МПЗ у досліджених ОГД та ГП

МПЗ	Групи					
	ОГД (N=200)			ГП (N=200)		
	М	S	±m	М	S	±m
Заперечення	5,99 ¹	2,29	0,38	4,8 ¹	2,99	0,27
Витиснення	3,04	1,98	0,36	3,1	2,19	0,21
Регресія	6,82 ³	2,24	0,39	4,2 ³	2,99	0,26
Компенсація	1,77	1,6	0,20	6,17 ¹	2,87	0,36
Проекція	6,57 ¹	2,66	0,43	3,6 ²	1,7	0,33
Заміщення	1,82	1,93	0,34	3,7 ²	3,11	0,27
Інтелектуалізація	1,69 ¹	1,67	0,24	5,8 ¹	2,66	0,28
Реактивне утворення	3,37	2,27	0,39	3,4	2,15	0,15

Примітка: 1 - $p < 0,001$; 2 - $p < 0,01$; 3 - $p < 0,05$ – достовірність відмінностей середніх показників у досліджуваних.

Результати дослідження структури механізмів копінг-поведінки у обстежених пацієнтів відображені у табл. 2, з якої видно, що у ОГД в ціло-

му серед когнітивних копінг-стратегій переважали: ігнорування 36 (6,0±2,4%), смирення 33 (5,5±2,3%), дисимуляція 39 (6,5±2,5%), розгуб-

леність 33 (5,5±2,3%). У свою чергу, у ГП, відповідно: збереження самовладання 51 (8,5±2,8%), проблемний аналіз 51 (8,5±2,8%), установка власної цінності 50 (8,3±2,8%) (p≤0,05). Серед емоційних копінг-стратегій у пацієнтів ОГД переважали: придушення емоцій 39 (6,5±2,5%), покірність 39 (6,5±2,5%), самозвинувачення 45 (7,5±2,6%), агре-

сивність 41 (6,8±2,5%). У свою чергу, у ГП, відповідно: протест 63 (10,5±3,1%), оптимізм 66 (11,0±3,1%) (p≤0,05). Серед поведінкових копінг-стратегій у пацієнтів ОГД переважали: активне уникнення 57 (9,5±2,9%), відступ 45 (7,5±2,6%), у ГП, відповідно: альтруїзм 60 (10,0±3,0%), співпраця 54 (9,0±2,9%), звернення 56 (9,3±2,9%) (p≤0,05).

Таблиця 2

Структура механізмів копінг-поведінки (методика Е. Хейма)

Варіант копінг-поведінки/стратегії	ОГД			ГП		
	N	%	± m	N	%	± m
<i>Когнітивні копінг-стратегії (n=200)</i>						
Ігнорування	36	6,0	2,4	6	1,0	1,0
Смирення	33	5,5	2,3	9	1,5	1,2
Дисимуляція	39	6,5	2,5	6	1,0	1,0
Збереження самовладання	6	1,0	1,0	51	8,5	2,8
Проблемний аналіз	6	1,0	1,0	51	8,5	2,8
Відносність	9	1,5	1,2	6	1,0	1,0
Релігійність	18	3,0	1,7	9	1,5	1,2
Розгубленість	33	5,5	2,3	6	1,0	1,0
Додача сенсу	12	2,0	1,4	6	1,0	1,0
Установка власної цінності	8	1,3	1,1	50	8,3	2,8
<i>Емоційні копінг-стратегії (n=200)</i>						
Протест	12	2,0	1,4	63	10,5	3,1
Емоційна розрядка	9	1,5	1,2	12	2,0	1,4
Придушення емоцій	39	6,5	2,5	9	1,5	1,2
Оптимізм	6	1,0	1,0	66	11,0	3,1
Пасивна кооперація	9	1,5	1,2	12	2,0	1,4
Покірність	39	6,5	2,5	12	2,0	1,4
Самозвинувачення	45	7,5	2,6	12	2,0	1,4
Агресивність	41	6,8	2,5	14	2,3	1,5
<i>Поведінкові копінг-стратегії (n=200)</i>						
Відволікання	18	3,0	1,7	6	1,0	1,0
Альтруїзм	18	3,0	1,7	60	10,0	3,0
Активне уникнення	57	9,5	2,9	9	1,5	1,2
Компенсація	18	3,0	1,7	3	0,5	0,7
Конструктивна активність	18	3,0	1,7	6	1,0	1,0
Відступ	45	7,5	2,6	6	1,0	1,0
Співпраця	15	2,5	1,6	54	9,0	2,9
Звернення	11	1,8	1,3	56	9,3	2,9

Проведення диференційованого аналізу структури копінг-поведінки у обстежених дозволило виявити закономірності її розподілу у пацієнтів різних груп в залежності від ступеню адаптивності. Результати вивчення розподілу адаптивних варіантів копінг-поведінки відображений у табл. 3, з якої видно, що серед осіб з адаптивною копінг-поведінкою переважали пацієнти ГП, а саме, по когнітивному компоненту: збереження самовла-

дання ОГД - 6 (3,0 %), ГП - 51 (25,5 %), проблемний аналіз ОГД - 6 (3,0 %), ГП - 51 (25,5 %), установка власної цінності ОГД - 8 (4,0 %), ГП - 50 (25,0 %); за емоційним компонентом: протест ОГД - 12 (6,0 %), ГП - 63 (31,5 %), оптимізм ОГД - 6 (3,0 %), ГП - 66 (33,0 %); за поведінковим компонентом: альтруїзм ОГД - 18 (9,0 %), ГП - 60 (30,0 %), співпраця ОГД - 15 (7,5 %), ГП - 54 (27,0 %), звернення ОГД - 11 (5,5 %), ГП - 56 (28,0 %) ($p \leq 0,05$).

Таблиця 3

Адаптивні варіанти копінг-поведінки (методика Е. Хейма)

Варіант копінг-поведінки/стратегії	ОГД (n=200)			ГП (n=200)		
	N	%	± m	N	%	± m
<i>Когнітивні</i>						
Збереження самовладання	6	3,0	1,7	51	25,5	4,4
Проблемний аналіз	6	3,0	1,7	51	25,5	4,4
Установка власної цінності	8	4,0	2,0	50	25,0	4,3
<i>Емоційні</i>						
Протест	12	6,0	2,4	63	31,5	4,6
Оптимізм	6	3,0	1,7	66	33,0	4,7
<i>Поведінкові</i>						
Альтруїзм	18	9,0	2,9	60	30,0	4,6
Співпраця	15	7,5	2,6	54	27,0	4,4
Звернення	11	5,5	2,3	56	28,0	4,5

Примітка: – чисельність хворих з адаптивним варіантом копінг-поведінки та їх частка у загальній вибірці.

Вивчення розподілу відносно-адаптивних варіантів копінг-поведінки довело їх приблизно схожу представленість серед осіб з ЧВЗТГ, проте, з достовірними розбіжностями за деякими шкалами (табл. 4). Так, серед когнітивних копінг-стратегій відмінності між хворими різних груп встановлені по релігійності (у осіб ОГД – 18 (9,0 %), ГП - 9 (4,5 %)), а серед поведінкових – за відволіканням - 18 (9,0 %) ОГП, 6 (3,0 %) ГП, компенсації - 18 (9,0 %) ОГП, 3 (1,5 %) ГП та конструктивній активності - 18 (9,0 %) ОГП, 6 (3,0 %) ГП ($p \leq 0,05$). В цілому відносно-адаптивні копінг-стратегії використовувались особами ОГД частіше, ніж пацієнтами ГП, що свідчить про збереженість у хворих з ННР ресурсу відносно-адаптивних можливостей, проте, обмеженість їх застосування.

Аналіз розподілу неадаптивних варіантів копінг-поведінки виявив їх переважання за усіма варіантами когнітивного, емоційного та поведінкового компонентів, а саме: ігнорування, смирення, диссимуляції, розгубленості, приду-

шення емоцій, покірності, самозвинувачення, агресивності, активного уникнення, відступу у осіб ОГД ($p \leq 0,05$) (табл. 5).

За підсумками проведеної роботи у пацієнтів з ЧВЗТГ виявлено три варіанти конструктивності обраного копінгу: адаптивний, відносно адаптивний і неадаптивний. Розподіл видів і ступеню адаптивності копінгів відображені у табл. 6, з якої видно, що у обстежених ОГД домінують неадаптивні копінг-стратегії за усіма їх варіантами. Так, серед когнітивних копінг-стратегій адаптивні використовували 10% ОГД та 76% ГП, відносно-адаптивні – 19,5% ОГД й 10,5% ГП, неадаптивні – 70,5% ОГД і 13,5% ГП ($p \leq 0,05$). Адаптивний емоційний копінг використовували 9% ОГД й 64,5% ГП, відносно-адаптивний – 9% ОГД та 12% ГП, неадаптивний – 82% ОГД і 23,5% ГП ($p \leq 0,05$). Поведінкові адаптивні копінг-стратегії були притаманні 22% ОГД і 85% ГП, відносно-адаптивні – 27% ОГД і 7,5% ГП, неадаптивні – 51% ОГД та 7,5% ГП ($p \leq 0,05$).

Таблиця 4

Відносно-адаптивні варіанти копінг-поведінки (методика Е. Хейма)

Варіант копінг-поведінки/стратегії	ОГД (n=200)			ГП (n=200)		
	N	%	± m	N	%	± m
<i>Когнітивні</i>						
Відносність	9	4,5	2,1	6	3,0	1,7
Релігійність	18	9,0	2,9	9	4,5	2,1
Додача сенсу	12	6,0	2,4	6	3,0	1,7
<i>Емоційні</i>						
Емоційна розрядка	9	4,5	2,1	12	6,0	2,4
Пасивна кооперація	9	4,5	2,1	12	6,0	2,4
<i>Поведінкові</i>						
Відволікання	18	9,0	2,9	6	3,0	1,7
Компенсація	18	9,0	2,9	3	1,5	1,2
Конструктивна активність	18	9,0	2,9	6	3,0	1,7

Примітка: – чисельність хворих з відносно-адаптивним варіантом копінг-поведінки та їх частка у загальній вибірці.

Таблиця 5

Неадаптивні варіанти копінг-поведінки (методика Е. Хейма)

Варіант копінг-поведінки/стратегії	ОГД (n=200)			ГП (n=200)		
	N	%	± m	N	%	± m
<i>Когнітивні</i>						
Ігнорування	36	18,0	3,8	6	3,0	1,7
Смирення	33	16,5	3,7	9	4,5	2,1
Диссімуляція	39	19,5	4,0	6	3,0	1,7
Розгубленість	33	16,5	3,7	6	3,0	1,7
<i>Емоційні</i>						
Придушення емоцій	39	19,5	4,0	9	4,5	2,1
Покірність	39	19,5	4,0	12	6,0	2,4
Самозвинувачення	45	22,5	4,2	12	6,0	2,4
Агресивність	41	20,5	4,0	14	7,0	2,6
<i>Поведінкові</i>						
Активне уникнення	57	28,5	4,5	9	4,5	2,1
Відступ	45	22,5	4,2	6	3,0	1,7

Примітка: – чисельність хворих з не адаптивним варіантом копінг-поведінки та їх частка у загальній вибірці.

Види і ступінь адаптивності копінгів (методика Е. Хейма)

Варіанти копінг-поведінки	ОГД			ГП		
	N	%	± m	N	%	± m
<i>Когнітивний (n=200)</i>						
адаптивні	20	10,0	3,0	152	76,0	4,3
відносно адаптивні	39	19,5	4,0	21	10,5	3,1
неадаптивні	141	70,5	4,6	27	13,5	3,4
<i>Емоційний (n=200)</i>						
адаптивні	18	9,0	2,9	129	64,5	4,8
відносно адаптивні	18	9,0	2,9	24	12,0	3,2
неадаптивні	164	82,0	3,8	47	23,5	4,2
<i>Поведінковий (n=200)</i>						
адаптивні	44	22,0	4,1	170	85,0	3,6
відносно адаптивні	54	27,0	4,4	15	7,5	2,6
неадаптивні	102	51,0	5,0	15	7,5	2,6

Таким чином, можна зазначити, що у осіб з НПР внаслідок ЧВЗТГ має місце напруження неадаптивних МПЗ «заперечення», «регресія», «проекція» та превалювання неадаптивних копінг-стратегій по усім модальностям долаючої поведінки, серед яких домінуючу роль мають емоційний неадаптивний копінг, притаманний 82% пацієнтам, далі – когнітивний (70,5% осіб) та поведінковий (51% хворих), що свідчить про негативну роль викривлень ПАМ в генезі НПР у

цих хворих. На відміну від пацієнтів з НПР, особи з ЧВЗТГ без НПР демонструють перевагу адаптивних ПАМ, які в даному випадку стають дефензивним механізмом щодо розвитку НПР. Між тим, отримані дані також дозволяють зробити висновок про наявність невикористаного адаптивного ресурсу у пацієнтів ОГД, на активізацію якого повинні бути спрямовані психотерапевтичні впливи в комплексному лікуванні даної категорії пацієнтів.

Ц. Б. Абдрахімова

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АДАПТАЦИОННЫЕ МЕХАНИЗМЫ В ГЕНЕЗЕ
НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ С ЧАСТИЧНОЙ
ПОТЕРЕЙ ЗРЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА**

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины

На основе клинико-психопатологического и психодиагностического обследования 400 больных с частичной потерей зрения травматического генеза, изучены особенности их психологических адаптационных механизмов и установлена роль их деформации в генезе развития непсихотических психических расстройств у данного контингента пациентов. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2014. — № 1 (33). — С. 70-77).

PSYCHOLOGICAL ADAPTATION MECHANISMS IN GENESIS OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN PARTIALLY SIGHTED TRAUMATIC GENESIS

Ukrainian SRI of social and forensic psychiatry and narcology

On the basis of clinical psychopathology and psycho-diagnostic survey 400 patients with partial loss of traumatic origin, studied the characteristics of their psychological adaptation mechanisms and established their role in the genesis of the deformation of non-psychotic mental disorders in this group of patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 1 (33). — P. 70-77).

Література

1. Исаева Е. Р. Особенности и проблемные зоны в структуре адаптационных ресурсов личности при социальной и психосоматической дезадаптации / Е. Р. Исаева, О. С. Дейнека // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2009. - №3. – С. 42 - 47.
2. Залуцкий И. Л. Проблема копинг-поведения в работах отечественных и зарубежных исследователей / И. Л. Залуцкий, Л. М. Махнач // Онкологический журнал. – 2009. - Т. 3, №3(11). - С. 81 - 87.
3. Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни / Е. Р. Исаева. – СПб.: Издательство СПбГМУ, 2009. – С. 23 - 46.
4. Loprinzi P. D. Association Among Depression, Physical Functioning, and Hearing and Vision Impairment in Adults With Diabetes / P. D. Loprinzi, E. Smit, G. Pariser // Diabetes Spectrum. – Winter 2013, – vol. 26. – № 1. – P. 6 – 15.
5. Blindness, Fear of Sight Loss, and Suicide / D. De Leo, P. A. Hickey, G. Meneghel, C. H. Cantor // Psychosomatics. – 1999. – Vol. 40. – P. 339 – 344.
6. Blindness and High Suicide Risk? / T. J. Hine, N. J. Pitchford, F. A.A. Kingdom, R. Koenekoop // Psychosomatics. – 2000. – Volume 41. – Issue 4. – P. 370 – 371.
7. du Feu M. Sensory impairment and mental health / M. du Feu, K. Fergusson // Advances in Psychiatric Treatment. – 2003. – Vol. 9. – P. 95 – 103.
8. Thurston Mh. An inquiry into the emotional impact of sight loss and the counselling experiences and needs of blind and partially sighted people / Mh. Thurston // Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice. – 2010. – Vol. 10, Issue 1. – P. 3 – 12.
9. Vision-Specific Distress and Depressive Symptoms in People with Vision Impairment / G. Rees, H. W. Tee, M. Marella [et al.] // Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. – June 2010. – vol. 51. - № 6. – P. 2891 – 2896.
10. Клубова Е. Б. Методы медицинской психологии в диагностике психологических защитных механизмов / Е. Б. Клубова // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. – СПб., 1994. – 77 с.
11. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. Пособие для психологов и врачей / [Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова и др.] “ Издательский центр «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева», 2005. “ 51 с.
12. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология: Учебник для вузов. 4-е изд. / Б. Д. Карвасарский. – СПб-Питер, 2011. – 864 с.

Поступила в редакцию 18.01.2014