

УДК: 616.:616.8-008.61]-053.73

*Г.П. Мосієнко***ОСОБЛИВОСТІ ХАРАКТЕРУ І ТЕМПЕРАМЕНТУ ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ**

Українська військово-медична академія

Ключові слова: особи молодого віку, функціональні захворювання шлунково-кишкового тракту, нейротизм, тривожність

Визначальне місце в характеристиці типу особистості людини належить рисам темпераменту, які найбільш адекватно обумовлюють закономірності перебігу процесів її пристосування до умов навколишнього середовища та соціальних умов життя, створюють передумови до формування врівноваженого балансу між процесами емоційно-забарвленої збудливості та врівноваженості [3,12].

Розглядаючи сучасні погляди на роль темпераменту в формуванні стереотипу поведінкових реакцій, необхідно зазначити, що саме темперамент забезпечує підтримання оптимального рівня життєдіяльності та відіграє суттєву адаптаційну роль [1,9].

Виходячи з цих позицій, слід зазначити, що особистість людини складається з чотирьох рівнів провідних характеристик: рівня окремих реакцій, рівня звичних реакцій, рівня окремих рис та рівня типових рис. Причому саме останній рівень і такі його показники, як екстраверсія-інтроверсія та емоційна стабільність-емоційна нестабільність, відіграють основну роль [7,14].

Тип особистості визначений нами у 240 осіб молодого віку, які хворіють функціональними захворюваннями травної системи (шлункова диспепсія, гастро-езофагальна рефлюксна хвороба та дискінезія жовчовивідних шляхів) [10,13] та у 60 практично здорових осіб того ж віку.

В результаті наших досліджень, проведених за допомогою особистісного анкетування Айзенка, виявлено, що рівень показників біполярної характеристики екстраверсія-інтроверсія був цілком порівняним [11,8]. У віці 15 років в групі практично здорових осіб він складав  $13,84 \pm 0,57$  балів та  $13,07 \pm 0,68$  балів ( $p > 0,05$ ) у хворих функціональними розладами травної системи. В 16-річному віці – відповідно  $14,84 \pm 0,54$  балів та  $14,85 \pm 0,49$  балів ( $p > 0,05$ ), у віці 17 років - відповідно  $14,43 \pm 0,83$  балів та  $14,45 \pm 0,62$  балів ( $p > 0,05$ ) (табл.1).

Таким чином рівень проявів екстравертованих рис у поведінці хворих і практично здорових осіб

мав рівнозначний характер.

Цей висновок підтверджували і дані структурного розподілу показників. Дані аналізу свідчать, що серед практично здорових і серед хворих переважала частка показників, які були притаманні для високого рівня екстравертності. Так, у віці 15 років їх питома вага серед здорової молоді становила 72,0%, серед хворих однолітків 67,9%, у віці 16 років – відповідно 80,8% та 85,7%, у віці 17 років – відповідно 69,6% та 80,0%. Частка показників, які визначали наявність амбіверсії людини у даному віковому діапазоні не перевищувала 20,0% у здорових та 7,1% у хворих обстежуваних.

Частка показників, які визначали перевагу екстравертованих рис, становила 19,2%.

При вивченні рівня нейротизму і, відповідно, ступеня емоційно-значущої психологічної нестійкості, слід зважати на нестабільність, нерішучість, тривожність та схильність до психотравмуючих ситуацій (табл.1).

Так, рівень нейротизму у практично здорових 15-річних осіб складав  $13,20 \pm 0,90$  балів і був суттєво нижчий у порівнянні з показниками у хворих однолітків ( $15,89 \pm 0,71$  балів,  $p < 0,05$ ). Деяко меншими були узагальнені показники нейротизму у 16- та 17-річній молоді. Так, рівень показників у 16-річних здорових осіб становив  $11,19 \pm 0,68$  балів та  $13,82 \pm 0,72$  балів ( $p < 0,05$ ) у хворих. У 17-річних - відповідно  $9,17 \pm 0,97$  балів та  $13,96 \pm 0,81$  балів ( $p < 0,01$ ). Такі особливості темпераменту хворих слід враховувати при проведенні комплексного лікування функціональних захворювань шлунково-кишкового тракту [2].

Результати структурного аналізу свідчать про наступне: у 15-річних питома вага показників емоційної стабільності становила 61,0% серед практично здорових осіб та 78,6% серед хворих. Разом з тим, вже у віці 16 років їх частка серед здорових зменшувалась до 30,8%, а серед хворих, навпаки, зростала до 71,4%. В 17 років вона становила відповідно 41,7% та 66,7%.

**Показники темпераменту хворих функціональними захворюваннями шлунково-кишкового тракту**

Показники	Вік (роки)	Групи порівняння				
		Хворі функціональними розладами травної системи			Практично здорові	
		M±m	n	p	M±m	n
екстравертність	15	13,07±0,68	80	p>0,05	13,84±0,57	20
	16	14,85±0,49	70	p>0,05	14,84±0,54	20
	17	14,43±0,62	90	p>0,05	14,43±0,83	20
ейротизм	15	15,89±0,71	80	p<0,05	13,20±0,90	20
	16	13,82±0,72	70	p<0,05	11,19±0,68	20
	17	13,96±0,81	90	p<0,05	9,17±0,97	20

Провідні характеристики ступеня відвертості осіб, які виконували тестові завдання, коливались у межах 3,27±0,19 – 4,75±0,44 балів. Вони не виходили за межі встановлених величин і були порівняні між групами.

З метою визначення рівня тривожності використовувався опитувальник Кондака. Мето-

дика, яка застосовувалась, дозволяла здійснити оцінку ситуацій, пов'язаних зі школою та контактами з вчителями, ситуацій, актуалізованих уявою про себе та свої можливості, тобто дати відповідну оцінку загальної, шкільної, самооціночної та міжособистої тривожності (табл. 2) [5,6,8].

Таблиця 2

**Показники тривожності хворих функціональними розладами шлунково-кишкового тракту**

Види тривожності	Вік (роки)	Групи порівняння				p
		Практично здорові		Хворі функціональними розладами шлунково-кишкового тракту		
		M±m	n	M±m	n	
Загальна тривожність	15	46,31±3,41	20	45,46±3,84	80	>0,05
	16	39,31±5,82	20	47,07±2,36	70	>0,05
	17	42,50±6,21	20	43,48±2,30	90	>0,05
Шкільна тривожність	15	16,42±1,36	20	16,06±1,34	80	>0,05
	16	13,12±1,77	20	15,18±0,83	70	>0,05
	17	15,50±2,58	20	14,10±0,95	90	>0,05
Самооціночна тривожність	15	14,36±1,46	20	15,18±1,30	80	>0,05
	16	11,81±1,68	20	16,76±1,06	70	<0,05
	17	13,70±2,11	20	14,40±0,86	90	>0,05
Міжособистісна тривожність	15	15,52±1,11	20	14,84±1,45	80	>0,05
	16	14,37±2,78	20	14,78±0,90	70	>0,05
	17	13,30±1,89	20	14,97±0,97	90	>0,05

Важливим показником є шкільна тривожність – виникнення її пов'язане з впливом різноманітних за своїм змістом ситуацій, зумовлених перебуванням в середовищі сучасної школи, безпосереднім процесом здобуття освіти та спілкуванням з вчителями [4].

Найвищий рівень показників шкільної тривожності реєструвався у віці 15 років, складаючи 16,42±1,36 балів серед практично здорових осіб та 16,06±1,34 балів (p>0,05) – серед хворих однолітків.

У 16-річних обстежених ці показники знач-

но різнились - відповідно  $13,12 \pm 1,77$  та  $15,18 \pm 0,83$  балів ( $p > 0,05$ ). В 17 років різниця, властива для попереднього вікового періоду, зменшувалась і більш високі значення шкільної компоненти тривожності реєструвались серед практично здорової молоді.

При вивченні самооціночної тривожності нами виявлені наступні дані (табл.2). У 15-річних хворих осіб молодого віку самооціночна тривожність досягала  $15,18 \pm 1,30$  балів, у 16-річних -  $16,76 \pm 1,06$  балів, у 17-річних -  $14,40 \pm 0,86$  балів. У практично здорових однолітків відповідні показники були значно меншими -  $14,36 \pm 1,46$  балів ( $p > 0,05$ ),  $11,81 \pm 1,68$  балів ( $p > 0,05$ ) та  $13,70 \pm 2,11$  балів ( $p > 0,05$ ). Середній бал самооціночної тривожності був дещо вищий у хворих ( $15,45 \pm 0,91$ ) порівняно з практично здоровими обстежуваними ( $13,30 \pm 0,52$ ; ( $p > 0,05$ )).

Рівень показників міжособистісної тривожності у практично здорових і хворих осіб 15 і 16 років суттєво не відрізнявся. Лише серед 17-річних простежувались певні відмінності. Так, ступінь вираження міжособистісної тривожності практично здорових та хворих осіб становив  $13,30 \pm 1,89$  та  $14,97 \pm 0,97$  балів ( $p > 0,05$ ) відповідно.

Найбільш значними були показники загального рівня тривожності. Інтегральні їх дані наведені в таблиці 2. Середній бал загальної тривожності у групі хворих був дещо більший, ніж у практично здорових ( $45,3 \pm 7,11$  і  $42,745,3 \pm 4,12$  відповідно, ( $p > 0,05$ )).

Заслуговують уваги результати аналізу даних структурного розподілу показників, які підлягали вивченню. Так, серед показників, які відображали особливості розподілу характеристик шкільної тривожності практично здорових осіб, реєструвалась суттєва перевага значень, що відносяться до нормативного рівня тривоги. У віці 15 років їх питома вага становила 63,2%, в 16 років - 68,7%, в 17 років 50,0%. Серед 15-річних практично здорових обстежуваних крім величин середньостатистичного рівня шкільної тривожності, мали місце показники підвищеної (21,0%) та високої (15,8%) тривожності. Серед 16-річних осіб питома вага показників підвищеної та високої тривожності складала 12,5%. Поряд з цим досить значною була частка дуже високих показників (6,3%). Серед 17-річних практично здорових осіб питома вага показників помірно підвищеної шкільної тривожності складала 30,0%, дуже високих - 20,0%.

Серед обстежених осіб молодого віку, які страждають функціональними розладами трав-

ної системи, переважала частка показників середньостатистичної тривожності. У віці 15 років вона складала 65,6%, у 16 років - 42,9%, у 17 років - 49,0%. Досить високою була частка показників помірно підвищеної шкільної тривожності. Вона становила відповідно 18,8%, 21,4% та 19,1%. Питома вага характеристик, які відображали надмірний спокій при загрозливих ситуаціях, не перевищувала 6,1%. Разом з тим частка показників високого і дуже високого рівня тривожності серед хворих осіб 15-17 років коливалась в межах від 12,5% до 31,4% та від 2,4% до 12,5% відповідно.

Найбільш значною була питома вага показників, які характерні для середньостатистичного рівня тривожності та в структурі самооціночної тривожності хворих осіб. Так, у віці 15 років вона досягала 65,6%, у 16 років - 50,0%, у 17 років - 55,4%. Дещо меншим був рівень помірно підвищеної (відповідно 21,9%, 45,2% і 23,4%) та високої (відповідно 3,1%, 4,8% і 10,6%) тривожності.

Досить стабільною була картина розподілу показників і у практично здорових осіб. Домінуюче положення займали значення нормативної середньостатистичної тривожності: 63,2% - у віці 15 років, 81,1% - у віці 16 років та 60,0% - у віці 17 років. Частка показників, характерних для помірно підвищеного розвитку самооціночної тривожності становила 12,5-31,6%, для високого - 5,2-10,0%.

Подібно до попередніх реєструвались показники, які відображали ступінь міжособистісної тривожності. Серед практично здорових осіб суттєво переважала частка показників, які характерні для середньостатистичного рівня тривожності. Останній складав 73,7% у 15-річних, 81,1% - у 16-річних та 60,0% - у 17-річних. Питома вага показників помірно підвищеної і високої тривожності коливалась в межах 6,3% - 20,0%.

Суттєво більша питома вага показників помірно підвищеної та високої тривожності реєструвалась серед хворих. Вона становила відповідно 18,7% - 35,7% та 2,4% - 9,3%. Проте і в цьому випадку переважаючою була питома вага середньостатистичних параметрів особистісної характеристики. В 15 років вона складала 59,4%, в 16 років - 61,9% та 51,1% - у віці 17 років.

Заслуговує уваги молодь з високою і дуже високою тривожністю. Причиною виникнення їх є наявність конфліктних ситуацій переважно особистісного змісту. Вони часто стають причиною виникнення різноманітних вегетативних, невротоподібних або психосоматичних зрушень

[9]. Безпосередньою причиною їх виникнення є конфліктність самооціночних рішень, наявність протиріч між високим рівнем домагань та досить високою невпевненістю в собі, відсутністю реальних можливостей їх здійснити [11]. Це породжує відчуття постійного незадоволення, напруження, нестійкості і невірноваженості у відношеннях з оточуючими.

Слід зазначити, що вірогідних відмінностей між показниками характеру і темпераменту в групах хворих з функціональною шлунковою диспепсією, гастроєзофагальною рефлюксною хворобою і дискінезією жовчовивідних шляхів

не виявлено.

**Висновки.**

1. Рівень проявів екстравертованих рис у поведінці хворих і практично здорових осіб молодого віку мав рівнозначний характер.

2. Показники нейротизму у хворих функціональними захворюваннями шлунково-кишкового тракту вірогідно більші, ніж у практично здорових однолітків, що слід враховувати при проведенні комплексного лікування.

3. Загальна і самооціночна тривожність має тенденцію до підвищення у хворих функціональними розладами шлунково-кишкового тракту.

*А.П. Мосиенко*

## **ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРА И ТЕМПЕРАМЕНТА ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

Украинская военно-медицинская академия

Тип личности обеспечивает адаптационную функцию организма и существенно влияет на течение происходящих в нем процессов. В статье представлены результаты исследований личностных характеристик пациентов молодого возраста, страдающих функциональными расстройствами пищеварительной системы, проанализирована их роль в возникновении и развитии данной патологии. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2006. — № 1 (16). — С. 40-43).

*G.P. Mosiyenko*

## **PARTICULARITIES OF A PERSONALITY AND A TEMPERAMENT OF THE YANG MEN WITH FUNCTIONAL DISEASES OF THE GASTROINTESTINAL TRACT**

Ukrainian military-medical academy

The type of the individual defines the adaptation function of the organism and has significant influent on the all going processes. In the article are presented the results of the studies of the personality's characteristics of the yang men with functional disorders of gastrointestinal tract, have been analyzed their role in emergence and course of this pathology. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 40-43).

### *Література*

1. Гиндикин В.Я., Гурьева В.А. Личностная патология. - Москва, 1999. - 256с.
2. Жаркова Н.Б., Морозова М.А., Андрусенко М.П. Психометрический метод – не только для экспериментов//Журнал неврологии и психиатрии. - 2001. - №1.- Т.101. -С.37-41.
3. Фельдштейн Д.И. и др. Психология развития личности в онтогенезе//Пед. психология. – М., 2000. – 206с.
4. Корнев М.М. Актуальные проблемы охраны здоровья подростков//Междунар. мед. жур. - 2000. - Т.6, №1. - С.13-15.
5. Левина Л.И. Подростковая медицина//Руководство для врачей. – Ст.-Петербург, 1999. - С. 5-32, 32-49.
6. Майерс Д. Социальная психология. - Санкт-Петербург, 1997. - 684с.
7. Масляев О.И. Психология личности. - Донецк, 1998. - 416с.
8. Москвина Л. Энциклопедия психологических тестов.-

Москва, 1997. - 334с.

9. Опарин А.А. Психосоматические расстройства как маркеры определения прогноза и тяжести течения язвы двенадцатиперстной кишки у студентов//Сучасна гастроентерол. – 2005. - №1(21). – С. 16-18.

10. Пархоменко Л.К. Хвороби органів травлення//Ювенологія. – Харків, "Факт". – 2004. – С. 429-456.

11. Райс Ф. Психология юношеского и подросткового возраста - Ст.-Петербург: Питер, 2000. – 180с.

12. Сухарев В.А. Искусство распознавания людей. - Донецк, 1998. - 389с.

13. Фадеев Г.Д. Функциональные заболевания органов пищеварения//Здоров'я України. – 2004. - №18. – С. 12-14.

14. Шустов Д.И. Учебное пособие по медицинской психологии. - Рязань, 1996. - 208с.

Поступила в редакцию 9.08.2006