

Межові психічні розлади та розлади адаптації (диференційна діагностика опис випадків)

Хоменко К. В.^a, Шелестова О. В.^{a1}

^a Київський інститут бізнесу та технологій, Україна

Анотація

УВ період глобальних світових трансформацій Четвертої Промислової революції, перед особистістю постають нові вимоги до психічного здоров'я та питання адаптації до нових умов життя, стресостійкості, саморегуляції. Стаття присвячена диференціальній діагностиці межових психічних розладів, серед яких розлади адаптації займають центральне місце. В статті висвітлюється диференційна діагностика розладів адаптації як різновиду межових станів внаслідок стресового впливу. Приділено увагу клінічній диференціальній діагностиці розладів адаптації згідно МКХ – 10, DSM–IV, DSM–V та останньому розробленому уніфікованому клінічному протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. В статті наведено опис клінічних випадків пацієнтів з розладами адаптації внаслідок впливу стресу. Причому стресові ситуації у обраних пацієнтів носять надзвичайний для кожної описаної особистості характер, можуть загрожувати життю, фізичному і психічному благополуччю. При проведенні експериментально-психологічного дослідження були використані такі опитувальники та об'єктивні, діалогічні і проєктивні тести як MMPI (адаптація Березіна Ф.Б.), Акцент 2/90, опитувальник Кеттела, КТЛ та МПВ Сонді, HAND-test, а також методики патопсихологічного дослідження. Окрім інтерв'ю, при дослідженні асоціативного процесу користувались методикою «Асоціативний експеримент», словесний варіант, піктограми, розуміння переносного сенсу, «Класифікація», «Виключення зайвого», «Порівняння понять». В статті показано, що ймовірність несприятливого прогнозу протікання межових розладів адаптації залежить від багатьох факторів, що впливають на здатність індивідуума адаптуватися до зміни в житті або психотравмуючої події.

Ключові слова: дезадаптація, стрес, захисні механізми, посттравматичні розлади особистості.

Borderline mental and adjustment disorders (differential diagnosis and case description)

Khomenko C.^a, Shelestova O.^a

^a Kiev Institute of Business and Technology, Ukraine

Abstract

During the global world transformations of the Fourth Industrial Revolution, the individual faces new requirements for mental health and issues of adaptation to new living conditions, stress resistance, self-regulation. The article is devoted to the differential diagnosis of borderline mental disorders, among which adaptation disorders occupy a central place. The article covers the differential diagnosis of adaptation disorders as a kind of borderline states due to stress. Attention is paid to the clinical differential diagnosis of adaptation disorders according to ICD-10, DSM-IV, DSM-V and the latest developed unified clinical protocol of primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical care. The article describes the clinical cases of patients with stress disorders due to stress. Moreover, stressful situations in selected patients are extraordinary for each described personality, can threaten life, physical and mental well-being. Questionnaires and objective, dialogical and projective tests such as MMPI (adaptation by Berezin FB), Accent 2/90, Kettel's questionnaire, KTL and MPV Sondi, HAND-test, as well as methods were used during the experimental-psychological research. pathopsychological research. In addition to the interviews, the research of the associative process used the method of «Associative experiment», verbal version, icons, understanding of figurative meaning, «Classification», «Exclusion of redundancy», «Comparison of concepts». The article shows that the probability of an unfavorable prognosis of borderline disorders of adaptation depends on many factors that affect the ability of an individual to adapt to changes in life or traumatic events.

Keywords: maladaptation, stress, abnormal mechanisms, post-traumatic personality disorders.

¹ Corresponding author.
E-mail address: shelestova.o@kibit.edu.ua

Вступ

Питання диференціальної діагностики межових станів, серед яких розлади адаптації займають ключове місце вивчаються на поведінковому, фізіологічному, та соціальному рівнях. Для клініцистів важливу роль у діагностиці наслідків стресових ситуацій, для оцінки глибини проявів психічної дезадаптації грає вибір діагностичного інструментарію та вміння аналізувати та інтерпретувати отримані дані.

В сучасних умовах існування людства світ знаходиться на роздоріжжі. Соціальні та політичні системи, які врятували мільйони людей від злиднів і півстоліття направляли світову політику, в умовах введення карантину у зв'язку з пандемією COVID 19 втрачають ефективну функціональність. Зміни торкнулися багатьох сфер життя (виробництво, торгівля, навчання, побут), змінили темп життя, висунули безліч інших факторів, які вкупі надають підвищені вимоги до стабільності психічної діяльності людини, та створюють на неї додаткові навантаження, що призводить до росту нервово-психічних порушень. Перед клініцистами постають нові задачі у діагностиці межових станів психіки.

Мета нашого дослідження розглянути клінічні приклади психологічної діагностики межових станів та розладів адаптації.

Розлади адаптації є однією з найбільш частих і несприятливих форм психічних порушень у осіб, що пережили стресові ситуації, та займають центральне місце в числі так званих межових психічних розладів.

Оцінка стану психічного здоров'я населення Європи, що здійснена Європейською колегією нейропсихіфармакології (ECNP), свідчить про те, що поширеність межових розладів (до яких відносяться розлади адаптації) різко зростає. Життя проведене у непрацездатному стані, внаслідок виникнення межових розладів, за прогнозом ВООЗ, за останні десятиріччя зросло з 8% (1993 р.) до 15% (2020 р.) (Москаленко та ін., 2013 с. 163-164).

Ця діагностична категорія поняття «розлади адаптації» була вперше введена в третій редакції Керівництва з діагностики і статистики психічних розладів (DSM-III), проте найбільш докладно розроблена в подальших класифікаціях хвороб. У Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) розлади адаптації віднесені до рубрики розладів, пов'язаних зі стресом (Международная ..., 2020). У DSM-IV вони виділені в окрему рубрику, але описуються як психічні розлади, в патогенезі яких відіграє важливу роль емоційний стрес (Diagnostic..., 2013). При цьому має місце певна плутанина в поняттях і термінах: Під терміном «стрес» мається на увазі стресова подія, а не універсальна фізіологічна реакція (Краснов, 2011).

Для виникнення і розвитку розладів адаптації необхідна наявність емоційно-стресового впливу. Причому стресова ситуація може носити надзвичайний для даної особистості характер, загрожувати життю, фізичному і психічному благополуччю. Намагаються виділяти типові стресові події, які можуть призводити до порушення процесів психічної адаптації. До них відносять:

- зміну життєвого укладу;
- підвищені фізичні та емоційні навантаження;
- розрив значущих особистих стосунків;
- розлуку з близькими;
- зміну соціального статусу;
- деякі види нозогенних реакцій у соматичних хворих.

Обговорюваний діагностичний критерій досить умовний, оскільки подібні життєві події можуть мати для різних людей абсолютно різне значення. Саме тому не менш значущий наступний діагностичний критерій цієї рубрики – індивідуальна схильність до впливу психогенії з доведенням взаємозв'язку між дією стресора і порушенням психічної адаптації до нього. Основна увага в діагностичних критеріях даної рубрики сфокусована на ізолятивних клінічних аспектах адаптаційних розладів. Вказується наявність емоційних і поведінкових порушень, а також тенденція до фіксації на стресовій ситуації і та її драматизації. Важливим критерієм для діагностики є суб'єктивне переживання особистістю нездатності впоратися з ситуацією, що виникла, змінити її, прийняти або пристосуватися до неї. При цьому порушення соціального функціонування виражене не грубо і, як правило, проявляється в деякому зниженні продуктивності в повсякденних справах.

Згідно з МКХ-10 у розділі F 43 «Реакція на тяжкий стрес і порушення адаптації», виділяються наступні діагностичні рубрики:

- F43.0 Гостра реакція на стрес. Відносяться: кризовий стан; гостра кризова реакція; бойова втома; психічний шок.
- F43.1 Посттравматичний стресовий розлад. Відносяться: травматичний невроз.
- F43.2 Розлади адаптації. Відносяться: культурний шок; реакція горя; госпіталізм у дітей.
- F43.20 Короткочасна депресивна реакція.
- F43.21 Пролонгована депресивна реакція.
- F43.22 Змішана тривожна і депресивна реакція.
- F43.23 З переважанням порушення інших емоцій.
- F43.24 З переважанням порушення поведінки.
- F43.25 Змішаний розлад емоцій і поведінки.
- F43.28 Інші специфічні переважачі симптоми.

F43.8 Інші реакції на тяжкий стрес.

F43.9 Реакція на тяжкий стрес, неуточнена.

F62.0 Хронічні зміни особистості після переживання катастрофи.

В рекомендаціях МКХ – 10 та DSM–IV наведено дані щодо діагностики критеріїв означених груп захворювань, клінічної симптоматики. Підкреслено, що при проведенні диференційної діагностики необхідно пам'ятати, що в хворих поряд із клінічною картиною ПТСР найчастіше мають місце порушення, що відносяться до інших психічних розладів. У таких випадках може йти мова про змішану патологію. Особливо часто спостерігається сполучення ПТСР із панічними, obsесивно-компульсивними, тривожно-фобічними розладами, суїцидальною поведінкою та інше. Ці обставини повинні враховуватися не тільки при постановці діагнозу і проведенні диференційної діагностики, але й при призначенні медикаментозного і психотерапевтичного лікування.

У першу чергу диференційна діагностика здійснюється між ПТСР та гострою реакцією на стрес і розладами адаптації. Розмежування між ними проводять на підставі особливостей перебігу, часу виникнення і тривалості розладів що спостерігаються.

В останньому розробленому уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (Уніфікований ..., 2016 с. 50) внесені: гостра реакція на стрес, посттравматичний стресовий розлад, розлади адаптації:

- гостра реакція на стрес (F43.0);
- посттравматичний стресовий розлад (F43.1);
- розлади адаптації (F43.2);
- короткочасна депресивна реакція (F43.20);
- пролонгована депресивна реакція (F43.21);
- змішана тривожна і депресивна реакція (F43.22);
- з переважанням емоційних порушень (F43.23);
- з переважанням порушень поведінки (F43.24);
- змішаний розлад емоцій і поведінки (F43.25);
- інші реакції на важкий стрес (F43.8);
- реакція на важкий стрес, невизначена (F43.9);

У DSM-V вони виділені в окрему рубрику, та так само описуються як психічні розлади, в патогенезі яких емоційний стрес відіграє важливу роль.

Стани або захворювання відповідно до DSM-5:

- гострий стресовий розлад (308.3);
- посттравматичний стресовий розлад (309.81)

Основна відмінність між гострим стресовим розладом (308.3) і посттравматичним стресовим розладом (309.81) в DSM-V – це тривалість часового проміжку, що минув з моменту травматичної події. Гострий стресовий розлад діагностується в період від двох днів до одного місяця після травматичного інциденту, а посттравматичний стресовий розлад діагностується не раніше, ніж через місяць, та виникає після гострого стресового розладу або латентного періоду, який може тривати від кількох тижнів до 6 місяців або зрідка – до декількох років.

Діагноз визначають при комплексній оцінці психічної травми – з урахуванням динаміки, як психічного стану, так і чинників, що травмують з соціального оточення. Діагностично значущим у цьому зв'язку є виділення так званого стресового синдрому, що характеризується:

- повторюваними переживаннями;
- нав'язливими або надцінними думками;
- уявленнями;
- почуттями;
- сновидіннями;
- гіпнагогічними галюцинаціями, що відбивають зміст психотравмуючої ситуації і мають спрямованість у минуле чи майбутнє;
- униканням хвилювань які травмують, що призводить до погіршення психічного стану;
- ідеомоторним збудженням, пов'язаним з актуалізацією ситуації, що травмує;
- підвищеною реактивністю вегетативної нервової системи, що виявляється соматовегетативною дисфункцією (Вельтищев, 2010).

Стресовий синдром є специфічним для виділеного в МКХ-10 гострого та хронічного стресового розладу, та проявляється при розладах адаптації, та практично при будь-якому психічному розладі, що має психогенну провокацію.

Матеріали і методи досліджень

Нами було відібрано чотири клінічних випадки, які яскраво демонструють межові розлади та розлади адаптації. При проведенні експериментально-психологічних досліджень були використані такі опитувальники та об'єктивні, діалогічні і проєктивні тести як ММРІ (адапт. Березіна Ф.Б.), Акцент 2/90, опитувальник Кеттела (Табидзе, 2015), КТЛ та МПВ Сонді, HAND-test та методики патопсихологічного дослідження (Березин та ін., 1976; Собчик, 1990, 2000).

Обговорення

Опис діагностичних випадків.

Катерина М., 1994 року народження. Встановлених діагнозів психоневрологічного профілю не має.

Звернулася до психіатра із скаргами на загальне зниження настрою, тривогу, коливання емоційного стану від тривожності, відчаю до «апатії», розлади уваги, неможливість «зібратись з думками» та приймати рішення, втомлюваність, зниження мотивації та цікавості до

Таблиця 1.

За методикою ММДО (ММРІ) отримані такі показники:

	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
Катерина!!	35	79	29	58	75	49	72	34	84	86	102	68	65
Ілля!!	46	78	43	68	84	54	64	81	60	98	92	58	73
Олексій!	39	79	27	40	67	42	57	68	60	69	83	50	64
Євгеній!	32	68	43	41	50	34	57	53	64	68	68	68	47

Таблиця 2.

За методикою «Акцент» отримані такі показники:

Шкала	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Катерина!!	12	14	21	16	27	21	8	18	9	24	12
Олексій!	9	16	18	16	12	18	12	15	15	24	18
Євгеній!	15	14	18	14	12	15	16	9	9	24	9

Таблиця 3.

За методикою «Опитувальник Кеттела, 16 PF», (форма А) отримані такі показники:

Шкала	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
Ілля	2	9	4	2	4	3	1	9	7	5	5	8	4	6	2	8
Олексій	5	5	4	6	5	4	2	5	10	9	3	8	9	5	4	7

роботи та улюблених справ, стала уникати соціальної активності. Зазначені симптоми розвинулись протягом останніх 6 місяців після переїзду від батьків з іншої країни, оскільки бажала проживати окремо, мати більш незалежне життя. Розповідає що внутрішньосімейні стосунки були «тиснучими» та складними. Під час бесіди виглядає тривожно, невпевнено, поводить ся скуто. Внаслідок стану не має можливості продуктивно працювати, хоча має здібності у своїй професії.

Лікар направив на психодіагностичне обстеження в рамках диференційної діагностики між межовим розладом особистості чи біполярним афективним розладом. Коливання емоційних станів, соціальна дистанційованість, низька професійна продуктивність спрямовували думку лікарів в бік ендогенних розладів.

При проведенні експериментально-психологічного дослідження нами були використані такі опитувальники та об'єктивні, діалогічні і проєктивні тести як ММРІ, Акцент 2/90, HAND-test та методики патопсихологічного дослідження (Вигдорчик, 1995; Курбатова та Муляр, 2001; Бобровническая та ін., 2006).

Визначені показники (табл. 1) виявили, що рівень психічного напруження, внутрішньої дисгармонічності, суб'єктивності та ірреалістичності сприйняття зовнішньої інформації не досягає психотичного і відповідає невротичному регістру.

Поєднання підвищених шкал №8 (Індивідуальності), №7 (Тривоги), №6 (Ригідності) та №2 (Песимістичності) при помірно знижених показниках шкали №5 (Гендерні ролі) дають підставу описувати досліджувану як особистість м'яку, чутливу, тривожну, із власним стійким

внутрішнім суб'єктивним ірреалістичним світосприйняттям. Визначається стан дистимії та тривожного розладу, із схильністю до імпульсивних вчинків внаслідок внутрішньої напруженості.

За методикою HAND-test отримані показники порушення психологічних станів та дезадаптації MAL=7 б. та ПАТ=4 б.

В актуальному стані (табл. 2) виявлені значні підвищення показників тривожності, емотивності, сенситивності, дратівливості, нестійкості фону настрою та тенденцію до зниження вітальної активності.

При дослідженні асоціативного процесу методикою «Асоціативний експеримент», словесний варіант, піктограми, розуміння переносного сенсу, «Класифікація», «Виключення зайвого» порушень послідовності та цілеспрямованості не виявлено (Райгородский, 2002).

Таким чином на перший план виступає тривожно-дистимічний стан, дратівливість, розлади уваги, зниження соціальної та трудової адаптації у особистості чутливого (сенситивного) та індивідуалістичного (шизоїдного) типу.

Ілля Т., 2003 року народження. Встановлених діагнозів психоневрологічного профілю не має. Звертаються до спеціалістів психологічної та психіатричної служби вперше.

Звернулися до психіатра із скаргами на високу тривожність, зниження настрою, порушення сну, втрату цікавості до навчання, побутову занедбаність, дратівливість, сенситивність, соціально уникаючу поведінку. Диференційна діагностика проводилася між депресивним розладом та манифістацією шизофренії. Зі слів мами, яка ініціювала звернення, став відлюдкуватий, похмурий, дратівливий, неухважний до

гігієни, побутового порядку, занедбав навчання. Більшу частину дня грає в комп'ютерні ігри. Критичність низька.

На першому етапі нами виключались тяжкі порушення критичності мисленевих процесів. Окрім інтерв'ю, при дослідженні асоціативного процесу методикою «Асоціативний експеримент», словесний варіант, піктограми, розуміння переносного сенсу, «Класифікація», «Виключення зайвого», «Порівняння понять» тощо, порушень послідовності та цілеспрямованості не виявлено. В методиці Hand-test не виявлено ексцентричних відповідей чи відповідей типу «уход».

При проведенні другого етапу експериментально-психологічного дослідження нами були використані такі методики як ММРІ, опитувальник Кеттела, КТЛ та МПВ Сонді, а також методики патопсихологічного дослідження (Собчик, 1976; Люшер, 1993).

За методикою ММДО (ММРІ) отримані наступні результати таблиця 1. Показники шкали F свідчать, що рівень психічного напруження, внутрішньої дисгармонічності, суб'єктивності та ірреалістичності сприйняття зовнішньої інформації не досягає психотичного і відповідає невротичному регістру, чи такому, який знаходиться в нижній границі невротичного.

Поєднання шкал №7 (Психастенії, тривожності) та №8 (Індивідуалістичності), пік по шкалі №5 (Гендерних ролей) та пік по шкалі №2, а також тенденція до зниження шкали №9 (Гіпертимності) дають картину дистимії у тривожної чутливої особистості, із елементами песимістичності та драматизації, схильної до утворення обсесивно-компульсивних симптомів.

Дані табл. 3 дозволяють констатувати такі особливості, риси поведінкового рівня як невпевненість, висока тривожність, комунікативна стриманість, виражена потреба мати соціальну дистанцію, недовірливість, низька здатність до самоконтролю та саморегуляції, високий рівень життєвої невдоволеності, песимістичність, суб'єктивність та ірреалістичність, опора на власні критерії та бажання більше ніж на вимоги реальності.

За методикою «Кольоровий тест Люшера» (однократний) отримано: 5 7 4 1 2 3 0 6. В актуальному стані виявляється гостре переживання неможливості самореалізації, відчуття безсилля

перед перешкодами, відчуття страху, метушлива дратівливість, протесні вчинки, більш незвичні, ніж агресивні. Протесно-негативна ірраціональна реакція на ситуацію, емоційне напруження, розлад адаптації, конфлікт ідеалізованих уявлень із реаліями. Дисонанс із оточенням. Досліджуваний вразлива сенситивна особистість, чутливий до впливу середовища, такий що має суб'єктивні оригінальні ціннісні орієнтації.

При проведенні МПВ Сонді (трикратно) отримано наступні результати таблиця 4:

При аналізі отриманих результатів глибинних потягів та конфліктів особистості виявляється схильність до тривожно-фобічних станів та обсесивно-компульсивних явищ, нестійкість та зниження вітальних потягів.

Таким чином при відсутності грубих порушень протікання психічних процесів, на перший план виступають зниження настрою, надмірна тривожність, явища нав'язливостей, зниження учбової та трудової адаптації у особистості психастенічного та індивідуалістичного типу.

Олексій, 2001 року народження. Встановлених діагнозів психоневрологічного профілю не має.

Звернулися до психіатра із скаргами на зниження настрою, порушення уваги, зниження мотиваційного компоненту, втрати цікавості до навчання та професії, соціально уникаючу поведінку, побутову занедбаність. Диференційна діагностика проводилася між депресивним та шизотиповим розладом.

На першому етапі нами виключались тяжкі порушення критичності мисленевих процесів. При дослідженні асоціативного процесу методикою «Асоціативний експеримент», словесний варіант, піктограми, розуміння переносного сенсу, «Класифікація», «Виключення зайвого», «Порівняння понять» тощо, порушень послідовності та цілеспрямованості не виявлено. В методиці Hand-test не виявлено ексцентричних відповідей чи відповідей типу «уход».

При проведенні другого етапу експериментально-психологічного дослідження нами були використані такі методики як ММРІ (ММДО, адапт. Березіна Ф.Б.), опитувальник Кеттела, Кольоровий тест Люшера, а також методики патопсихологічного дослідження (Собчик, 2013).

За методикою ММДО (ММРІ) отримані наступні результати наведені в таблиці 1. Показ-

Таблиця 4

Активність/фактор		S	P	Sch	P
1-й вибір	ПП	00	+/- -	+/- +	-+
	ЗП	- +/-	0-	-+	++
2-й вибір	ПП	0-	+/-! +	- -+	0-
	ЗП	+/- -	00	+/- -	+/-+
3-й вибір	ПП	+ -	+ -	- +/-	0 +/-
	ЗП	+/- -	--	++	+ -

ники шкали F свідчать, що рівень психічного напруження, внутрішньої дисгармонічності, суб'єктивності та ірреалістичності сприйняття зовнішньої інформації не досягає психотичного і відповідає невротичному реєстру, чи такому, який знаходиться в нижній границі невротичного. В тому числі в підтвердження згідно даних за методикою Hand-test виявляється ПАТ =6 од. Що відповідає рівню розладу адаптації.

Отримані дані за методикою ММДО свідчать, що досліджуваний має високу особистісну індивідуалістичність та суб'єктивізм, ірреалістично раціональний тип сприйняття інформації. Він не орієнтований на глибоку розуміючу комунікацію із оточенням, більш орієнтований на себе, реалізацію свого світобачення. Має м'який характер, такий що потребує зовнішньої підтримки, розуміння, скеровування. Виявляється тенденція до зниження вітальної активності і підвищення показників тривожності, та песимістичності. Така особистість важко і травматично сприймає зовнішній тиск, конфронтацію, ситуації, які сприймає як знецінюючі, втручання в його плани, перешкоджання та позбавлення можливості вільного вибору. Через більш активний внутрішній, ніж зовнішній світ такої людині важче виразити напруження назовні, запобігаючи перенавантаженню.

За методикою «Опитувальник Кеттела, 16 PF», (форма А) отримані такі показники (табл. 3). Визначаються такі характерологічні риси та особливості поведінки як висока тривожність, нестабільність, слабка структурованість самооцінки, низька здатність до врахування зовнішнього регламенту, умов, недовірливість, переважання уявного над реалістичним. Недостатність абстрактного мислення, тяжіння до конкретності, оперування конкретно-ситуаційним, індивідуально-значущим досвідом, даними. Підвищення рівню відчуття нещасливості, невдоволеності.

За табл. 3 в наявній життєвій ситуації констатуються такі емоційно-поведінкові особливості як інтровертованість, внутрішню дистанцію між собою і зовнішнім світом, соціально дистантну поведінку, зниження енергичності, активності, риси педантичності – надмірна увага та застрягання на особистісно значущих деталях, надмірно чутливе сприйняття, підвищена серйозність, драматичність, песимізм, емоційну лабільність, та підвищення напруження, імпульсивності.

За методикою «Кольоровий тест Люшера» (однократний) отримано: 5 2 0 1 4 3 7 6. Що свідчить про такий актуальний стан досліджуваного як фрустрація потреби в незалежній самореалізації, стрес, пов'язаний із перешкодами, які досліджуваний не відчуває як такі, що здатний подолати. Протесні явища до зовнішніх правил. Складності соціальної адаптації. Образливість,

сенситивність, недовірливість. Суб'єктивність світогляду.

Таким чином, виявляється тривожно-дистимічний стан та розлад адаптації в особистості індивідуалістичного (шизоїдного) та чутливого типу.

Євгеній, 27 років. Звернувся до психотерапевта вперше, встановлених діагнозів психоневрологічного профілю не має.

Направлений на психодіагностичне обстеження психотерапевтом, через своєрідну, незвичайну поведінку на прийомі, розпливчатість відповідей, неухважність.

В ситуації психодіагностичного обстеження скаржитися на зниження настрою, стан тривожності, «відчуття самотності», «неможливість розслабитись» тощо. Стан розвинувся після змін в умовах роботи, та збільшення навантаження. Має вищу освіту (інтегральний показник інтелектуальних здібностей).

При проведенні патопсихологічного обстеження методиками «Класифікація», «Виключення 4-го зайвого», розуміння прислів'їв, порівняння фраз, «Піктограми» порушень послідовності та змісту мислення не виявлено. Емоційної парадоксальності не відмічається.

При проведенні експериментально-психологічного дослідження нами були використані такі опитувальники та об'єктивні, діалогічні, проєктивні тести як ММРІ, Акцент 2/90, HAND-test, а також методики патопсихологічного дослідження (Собчик, 2000).

Згідно отриманих показників (табл. 1) досліджуваний є дисгармонійною особистістю, тобто такою яка поєднує протирічні типи реагування, тормозні та стенічні, стримуючі/внутрішні та зовнішні. Виявляються ознаки тенденції до збільшення внутрішнього напруження. Інтенсивність не досягає психотичного рівню.

Рівновеликі піки по шкалам №8 (Індивідуалістичності), №7 (Тривожності), №9 (Гіпертимності), помірне підвищення по шкалам №6 (Ригідності) та №0 (Інтроверсії) дає змогу констатувати такі індивідуально-характерологічні риси як гіпертимність і енергійність, зневажливість до життєвих питань, при цьому індивідуалістичність та ірреалістичність світосприйняття, стійку орієнтацію на власні установки, внутрішні критерії, загострена потреба в свободі прийняття рішень та егоцентризм, особистісну тривожність, невпевненість, амбівалентність у поєднанні із амбіційністю, схильність до утворення обсессивно-компульсивних симптомів, та вживання психоактивних речовин.

Наведені результати (табл. 2) виявляють такі актуальні поведінкові особливості як підвищену емоційну чутливість та сприйнятливості до зовнішніх та внутрішніх явищ, нестійкість фону настрою, потребу у зовнішній позитивній оцінці, чутливість самооцінки. Вміння ціле покладання

та системність не витримують напливу афективних хвиль.

За методикою HAND-test отримані показники, які наведені у таблиці 5:

Таблиця 5

Категорія	Загальний бал
Міжособистісна	5 (общ)+ 2 (дем)+1 (дир)+3(агр)
Середовище	6 (акт)+1(пас)
П П	1(стр)+1(ув)+2(напр)
Уход	0

Відмічається стан зниження оптимального функціонування, тенденція до розладу адаптації. Відмічається напруження, відчуття стресу, тривожність. Ми бачимо готовність до активних дій, давати відсіч, протидіяти, досягати свого, і в той же час є хворобливі тенденції страху, власної неспроможності, життєве напруження.

За методикою «Кольоровий тест Люшера» (однократний) отримано: 4 2 0 3 5 1 6 7. Визначається особистість, що поєднує потребу досягати успіху, емотивність та педантизм, упертість, завзятість. Відмічається емоційна нестійкість. Орієнтація на власну думку, протесність до зовнішнього регламенту, потреба діяти на власний розсуд. Проте мотивація досягання заблокована певними труднощами, перепонами. Напружений самоконтроль дається ззнаки у вигляді тривожності та дратівливості. Виявляється стан відчуття самотності та ізолюваності, егоцентрична зацикленість на власній особі, потреба у яскравих емоціях.

Таким чином на момент проведення обстеження при відсутності грубих порушень протікання психічних процесів на перший план виступають індивідуально-характерологічні риси особистості у вигляді дисгармонійного поєднання гіпертимії та психастенії, загальне підвищення психічного напруження, тривожність та зниження настрою, тенденція до розладу адаптації.

Наведені діагностичні випадки по даним патопсихологічних обстежень яскраво демонструють підвищення психічного напруження, зниження настрою, підвищення тривожності, загострення індивідуально-характерологічних рис особистості та зрив адаптації.

Застосування опитувальника ММРІ дає змогу оцінити характерологічні особливості, а опитувальники Акцент 2/90, Кеттела КТЛ та МПВ, Сонді, Люшер, HAND-test - копінг-стратегії поведінки та особливості захисних механізмів, актуальний емоційний стан.

Слід підкреслити, що застосування тесту Кеттела при клінічній діагностиці має певні особливості в інтерпретації отриманих результатів. В стандартизованому тесті Кеттела немає помилок. При виборі варіанту інтерпретації тесту не-

обхідно враховувати, що емоційні стани мають подвійне трактування, і подвійну обумовленість - стаціонарну (потребову) і ситуаційну (мобілізаційну). При застосуванні тесту в практичній психології особистість оцінюється з точки зору необхідної мобілізації, тому такі якості, як підозрілість (L), тривожність (O), напруженість (Q4) є тут позитивними. Для клінічної психології потрібна інша детермінанта - потреба, і позитивними якостями тут вже стають довірливість (L), спокій (O), розслабленість (Q4). Тут ми виявляємо протистояння інтересів практичної психології, націленої на успіх в соціумі, і клінічної психології, яка стоїть на ватрі тілесного і душевного здоров'я. Вимоги активізувати для досягнення мети такі психологічні якості, як тривожність, підозрілість і недовірливість, можуть привести в наш непростий час до втрати тілесних і психічних функцій.

В основі аналізу результатів діагностики за тестом Кеттела лежать такі положення:

1. Психологічний профіль особистості є досить стійкою системою психологічних якостей.
2. Психологічні якості профілю пов'язані з психосоматичними і психоневрологічними розладами через емоційну групу 4-х конкретних негативних факторів: С - емоційна нестійкість, L - підозрілість, O - тривожність, Q4 - напруженість.

Тому при аналізі результатів за тестом Кеттела для оцінки схильності до психогенних захворювань в досить розглядати тільки емоційну частину діаграми; вольова, комунікативна і інтелектуальна групи вносять додатковий, допоміжний внесок.

Висновки

Ймовірність несприятливого прогнозу протікання межових розладів адаптації залежить від багатьох факторів, що впливають на здатність індивідуума адаптуватися до зміни в житті або психотравмуючої події. Мають значення особливості психотравмуючої ситуації, досвід подолання подібних ситуацій у минулому, психологічні характеристики пацієнта (характерологічні особливості, навички та механізми організації поведінки (копінг-стратегії), рівень самоконтролю, захисні механізми та інше), Характер мікросоціального оточення (наявність або відсутність соціальної підтримки), астенизуючий вплив (додаткове навантаження, інтоксикації, коморбідні соматичні захворювання та інші).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- Березин Ф. Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности. Москва. «Медицина», 1976
- Бобровническая М. М., Голубева О. Ю., Коняева Т. Н., Шойгу Ю. С. Методическое руководство по профессиональному психологическому отбору в системе МЧС России. Москва: Государственное

учреждение «Центр психологической помощи МЧС России», 2006

Вельтишев Д. Ю. Диагностика и фармакотерапия тревожного варианта расстройств адаптации. Социальная и клиническая психиатрия, 2010. (1), 96-97.

Вигдорчик М. И. Психодинамический подход к проблеме акцентуаций. Одесса. 1995

Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. Москва. Практическая медицина. 2011

Курбатова Т.Н., Муляр О.Н. Проективная методика исследования личности «Hand - test». Санкт-Петербург. ГМНПП «ИМАТОН», 2001

Люшер М. Сигналы личности, ролевые игры и их мотивы. Воронеж. 1993

Международная классификация болезней МКБ-10. (2020). URL: <https://mkb-10.com/> (дата звернення: 15.12.2020).

Москаленко В.Ф. та ін. Громадське здоров'я. (3-е Вид.). Вінниця. Нова Книга. 2013

Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика: методики и тесты. Самара: Изд. дом «БАХ-РАХ-М». 2002

Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. – Москва. Ин-т прикладной психологии. 1976

Собчик Л.Н. Метод портретных выборов. Адаптированный тест восьми влечений Сонди. Санкт-Петербург. Речь. 2013

Собчик Л.Н. Методы психологической диагностики 2. Москва. 1990

Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ. Санкт-Петербург: Речь. 2000

Табидзе А.А. Тест Кеттела и его новая интерпретация с позиции клинической психологии. Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2015. 6(35) URL: <http://mprj.ru> (дата звернення: 15.12.2020).

Уніфікований клінічний протокол. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 121 від 23 лютого 2016. Neuronews. Київ. Україна. 2016. (3), 49–64.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5 th ed.) (2013). American Psychiatric Association. Arlington, APA.

REFERENCES

- Berezin F.B., Miroshnikov M.P., Rozhanets R.V. (1976) Methods of multilateral study of personality. Moscow. Medicine
- Bobrovnikskaya M.M., Golubeva O. Yu., Konyaeva T.N., Shoigu Yu. S. (2006) Methodical guide to professional psychological selection in the system of the Ministry of Emergencies of Russia. Moscow: State Institution «Center for Psychological Assistance of the Ministry of Emergencies of Russia»
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5 th ed.) (2013). American Psychiatric Association. Arlington, APA.
- International Classification of Diseases ICD-10. (2020). URL: <https://mkb-10.com/> (access date: 15.12.2020).
- Krasnov V.N. (2011) Affective spectrum disorders. Moscow. Practical medicine.
- Kurbatova T.N., Mulyar O.N. (2001) Projective method of personality research «Hand - test». St. Petersburg. GMNPPP «IMATON»
- Luscher M. (1993) Personality signals, role-playing games and their motives. Voronezh.
- Moskalenko V.F. et al. (2013) Public health. (3rd Ed.). Vinnitsa. New Book.
- Raigorodsky D.Ya. (2002) Practical psychodiagnostics: methods and tests. Samara: Ed. house «BAHRAH-M».
- Sobchik L.N. (2000) Standardized multifactor method of SMIL personality research. St. Petersburg: Speech.
- Sobchik L.N. (2013) The method of portrait elections. An adapted test of eight is drawn by Sondi. St. Petersburg. Speech.
- Sobchik L.N. (1976) Introduction to the psychology of individuality. Theory and practice of psychodiagnostics. Moscow. Inst. Of Applied Psychology.
- Sobchik L.N. (1990) Methods of psychological diagnosis. Moscow.
- Tabidze A.A. (2015) Kettel's test and its new interpretation from the standpoint of clinical psychology. Medical psychology in Russia: electron. scientific magazine. 6 (35) URL: <http://mprj.ru> (access date: 15.12.2020).
- Unified clinical protocol. Reaction to severe stress and adaptation disorders. Post-traumatic stress disorder. (2016) Order of the Ministry of Health of Ukraine № 121 of February 23, 2016. Neuronews. Kiev. Ukraine. (3), 49–64.
- Veltischev D. Yu. (2010) Diagnosis and pharmacotherapy of the anxious variant of adaptation disorders. Social and Clinical Psychiatry. (1), 96-97.
- Vigdorzhik M.I. (1995) Psychodynamic approach to the problem of accentuations. Odessa.