

After evaluating the results of analgesia after 6, 12 and 24 hours, we determined that the method of multimodal analgesia using TAP-block and nonsteroidal anti-inflammatory drugs reliably reduces the level of pain syndrome in the elderly and senile after urgent upper-middle laparotomy. The method of intraoperative vaginal blockade of the rectus abdominis muscles did not show a significant difference with TAR block after 6 hours $p = 0.8934$, $U = 3713$ and 12 hours, $p=0.4523$, $U=2613$ after surgery, which reliably confirms its effectiveness in the early postoperative period. The use of multimodal analgesia reduced the frequency of non-surgical postoperative complications in the main group – 20.9% compared to the comparison group – 40.0%, $p=0.0374$, $U=1174.0$.

Key words: ulcer perforation, old age, senile asthenia, TAP-block.

ORCID and contributionship / ORCID кожного автора та його внесок до статті:

Danyliuk M. B.: <https://orcid.org/0000-0003-4515-7522> ^{AFBCD}
 Zavorodniy S. M.: <https://orcid.org/0000-0003-3082-3406> ^{EF}
 Kubrak M. A.: <https://orcid.org/0000-0003-4051-9336> ^{DE}
 Boyko K. A.: <https://orcid.org/0000-0003-3293-0061> ^{CD}
 Rylov A. I.: <https://orcid.org/0000-0003-0515-2495> ^{CD}

Conflict of interest / Конфлікт інтересів:

The authors of the article submitted for publication confirm that they have no conflict of interest. / Автори статті, представлені до публікації, підтверджують відсутність конфлікту інтересів.

Corresponding author / Адреса для кореспонденції

Danyliuk Mykhailo Bogdanovych / Данилюк Михайло Богданович
 Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University / Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
 Ukraine, 69000, Zaporizhzhia, 26 Mayakovskogo Ave. / Адреса: Україна, 69000, м. Запоріжжя, пр. Маяковського 26
 Tel.: 0966984195 / Тел.: 0966984195
 E-mail: em_de@ukr.net

A – Work concept and design, **B** – Data collection and analysis, **C** – Responsibility for statistical analysis, **D** – Writing the article, **E** – Critical review, **F** – Final approval of the article / **A** – концепція роботи та дизайн, **B** – збір та аналіз даних, **C** – відповідальність за статичний аналіз, **D** – написання статті, **E** – критичний огляд, **F** – остаточне затвердження статті.

Received 08.07.2024 / Стаття надійшла 08.07.2024 року
Accepted 13.11.2024 / Стаття прийнята до друку 13.11.2024 року

DOI 10.29254/2077-4214-2024-4-175-335-349

UDC 617.753.2-036.8:519.91:616.89-008.19

¹Drozdov V. O., ²Skrypnik R. L.

MYOPIA AND NEURASTHENIA: INFLUENCE OF CHARACTER ACCENTUATION ON PERSONALITY FORMATION

¹British Ophthalmology Center (Kyiv, Ukraine)

²Bogomolets National Medical University (Kyiv, Ukraine)

vladimirandco@gmail.com

The study aims is to show the influence of character accentuations on the personality of myopic patients with neurasthenia.

150 patients with myopia were examined, among whom neurasthenia was diagnosed in 62 patients aged 28.4±4.13 years. The independent distance visual acuity of these individuals was 0.045±0.01 IU, and the maximum corrected visual acuity was 0.88±0.13 IU. Character accentuations were determined using the "Schmishkek Questionnaire; personality characteristics – "Methods of Multifaceted Personality Research". Statistical processing of the research results was carried out using mathematical statistics methods.

Neurasthenia occurs in 41.3% of patients with myopia; fatigue during physical or mental exertion dominates among the complaints. Individuals with myopia and neurasthenia are characterized by hypochondriacal fixation on physical health disorders; affective rigidity; prudence and caution; demonstrative behavior. In 80.6% of cases, they were diagnosed with character accentuations; among them, 64% were mixed, and 36% were pure accentuations. In the structure of pure accentuations, demonstrative predominated; among all accentuations, emotional, cyclothymic, and exalted.

Key words: myopia, neurasthenia, character accentuations, personality traits, nosogenies.

Connection of the publication with planned research works.

The results of the study were obtained by the authors during the research work of the Department

of Ophthalmology of Bogomolets National Medical University "Improving diagnosis and treatment of pathology of the retina and optic nerve vascular, traumatic

and endocrine genesis" (state registration number 0120U100810).

Introduction.

In recent decades, myopia has been a significant public health challenge worldwide due to its prevalence and significant consequences [1]. In 2010, it was estimated that uncorrected refractive error was the most common cause of impaired distance vision, affecting 108 million people, and the second most common cause of blindness worldwide. By 2050, it is predicted that 49,8% of the world's population will have myopia, and 9,8% will have high myopia [1]. The economic burden of uncorrected distance refractive error, mostly caused by myopia, is estimated at US\$202 billion per year, making a strong economic case for addressing uncorrected myopia and other refractive errors [1]. Myopia is a violation of refraction, with the possibility of developing, high myopia, blindness due to myopic retinopathy, and glaucoma associated with myopia [2]. Sight is an extremely valuable sensation that significantly affects everyday activities and the formation of nosogenies [3].

Nosogeny is a diagnostic category of the International Classification of Diseases, which means a state of subjective distress or emotional disorder, usually interfering with the social functioning and productivity of the individual and arising during the period of adaptation to significant changes in lifestyle or the presence of stressful events (including the presence or possibility of a somatic disease) [4].

The semantics of the disease, clinical (features of the course of the main disease, comorbid mental pathology), constitutional (personality disorders, accentuation of their character), social (level of education, financial support) and demographic (gender, age) factors take part in the formation of nosogenies. In the literature, there is an opinion that when analyzing the formation of nosogenies, it is necessary to take into account the prevalence of ideas about the favorable and unfavorable prognosis of a somatic disease. Even if the disease has a favorable prognosis, it is experienced as a life-threatening event in combination with irreversible medical and social consequences, given the presence of already existing statements about the threat of possible complications [5].

Adaptation reaction is a set of techniques used by a person in order to overcome the awareness of his own inability, experiencing limited physical and mental manifestations of the disease. These reactions can be both compensatory and pseudo-compensatory [6, 7]. According to these works, the attitude towards the disease is the individual's reaction to the occurrence of pathological manifestations without a clear distinction between the attitude towards the disease and the reaction to the disease.

The possibility of the manifestation of nosogenies significantly increases in the presence of personality disorders. Nosogenies are most often formed in patients with such types of personality disorders as hysteroid, obsessive-compulsive, affective, schizoid, and paranoid [8, 9]. Establishing the relationship between personal predisposition and the formation of nosogenies is a complex and little-studied problem. Its analysis is complicated due to differences in methodological approaches – psychological (psychoanalytic) and neurobiological on the one hand, and clinical – on the other [5].

Personality disorders are considered from two opposed positions: etiological concepts (psychological, psychoanalytic, neurobiological) represent such pathology as extreme variants of the normal personal continuum; clinical concepts identify personality disorders at the level of stable psychopathological states with psychopathological disorders (paranoid, schizoid, hysteroid personality disorder) [5, 10]. The classification of psychopathological states within independent clinical syndromes and their differentiation within a single system allows us to determine the role of personality disorders in the formation of nosogenies [10].

The aim of the study.

To determine the peculiarities of the influence of character accentuations on the formation of the personality of patients with myopia with neurasthenia.

Object and research methods.

150 patients with myopia were examined at the British Ophthalmological Center in Kyiv. The clinical diagnosis of myopia was established by the Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 827 of 08.12.2015 «Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized), tertiary (highly specialized) medical care for impaired refraction and accommodation: myopia, hypermetropia, astigmatism, anisometropia, presbyopia, accommodation disorder, amblyopia, keratoconus, contact vision correction» [11] and the Clinical protocol for the treatment of patients with myopia at the secondary level [12].

All patients received information for patients and signed the "Informed voluntary consent of the patient for diagnosis, treatment and operation and analgesia" (form No. 003-6/o) and "Informed voluntary consent of the patient for the processing of personal data, following the Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 110 of February 14, 2012 [13].

Among all patients with moderate myopia and complex myopic astigmatism of weak degree in both eyes, 62 patients with neurasthenia were identified. 15 men and 47 women aged 28,4±4,13 years participated in the study. Independent visual acuity of patients at a long distance was 0,4±0,01 u.o., and the maximum corrected visual acuity – 0,86±0,12 u.o. The optical parameters of the eye were determined in conditions of cycloplegia using autorefractometry. Spherical refraction was -4,28±0,83 Dptr., and cylindrical – -0,69±0,56 Dptr; length of the anterior-posterior axis of the eye – 25,21±0,74 mm; the thickness of the cornea at the central point is 545,18±29,84 μm.

Mathematical processing of the research results was performed using the methods of mathematical statistics [14]. We used Shmishek's Questionnaire [15] to identify character accentuations of patients. to study the personal characteristics of patients with myopia, they used the «Methodology of multifaceted personality research» [16].

Research results.

41,3% of patients with myopia suffered from neurasthenia. This disorder manifested itself in two forms in the examined patients. In some people, the leading complaints were about increased fatigue during mental stress, which reduced their professional or everyday work capacity. Manifestations of mental fatigue were most often associated with unpleasant intrusions, distracting associations or memories, impaired concentra-

tion, or general ineffectiveness of thinking. Other patients were more concerned about physical weakness, exhaustion at the slightest effort, muscle pain, and inability to relieve tension. All patients with neurasthenia complained of dizziness, tension headaches, a feeling of general instability, preoccupation with mental or somatic problems, irritability, anhedonia, depressed mood and anxiety, and sleep disturbances. They could not relieve strong mental or physical fatigue even after rest or entertainment.

According to the "Methods of multifaceted personality research" [17], the configuration of the profile on the L, F, K scales indicated openness in revealing one's character and one's problems to all patients with myopia. They tried to present themselves in a "favorable light" by demonstrating strict adherence to social norms, but they were internally stressed and dissatisfied with the situation.

The generalized personality profile of patients with myopia was characterized by an increase in the profile on the scales of Hs-hypochondria, D-depression, Hy-hysteria, Pa-paranoia, as well as a decrease on the scale of Mt-masculinity-femininity and Pt-psychasthenia (fig. 1).

The neurotic reactions of the examinees were associated with the insufficiency of their physical and mental resources for the implementation of motivated behavior. Their anxiety increased with reflection on the prospects of their own health and reflected hypochondriacal tendencies. Taking care of one's physical health was associated with decreased vision after physical or emotional stress and the inability to perform prolonged computer work.

The presence of increased attention to oneself was combined with the inability to control one's own emotions. The patients had many complaints, were concerned about their own well-being, carefully monitored it, showed pessimism and lack of confidence in the sufficiency and quality of medical care.

Immersion in one's somatic problems led to high resistance of behavior to external interventions, which others perceived as failure and stubbornness. These qualities, as well as the presence of one's concept of the disease, and skepticism regarding the quality of medical services, made it much more difficult to achieve treatment adherence. Fluctuations in mood and fear of favorable or unfavorable consequences led either to patients' confidence in the possibility of severe complications or to hope for a full recovery. In these cases, the strengthening of hypochondriac tendencies gave rise to new sensations, which, increasing the initial level of anxiety, themselves became the object of analysis and the basis for further strengthening of fears related to the possibility of significant complications. Such patients were concerned both with their own health and with the organization of behavior focused on taking care of it (special regime of work and rest, diets, "fashionable" medicines, non-traditional methods of treatment).

The ability to crowd out people with myopia allowed them to effectively eliminate anxiety, but at the same time made it much more difficult to form a stable behavior for successful inter-

action with others. These patients did not have a sufficiently developed inner world, their experiences were oriented towards an external observer, and they lost the ability to form stable attitudes and build their behavior based on previous experience. Patients ignored negative signals from others, they were characterized by a lack of assessment of the impression on others and insufficient self-criticism. They maintained high self-esteem and tried to "play themselves" by the currently accepted role.

The elimination of anxiety in these persons occurred due to somatization and its displacement by the formation of demonstrative behavior. They explained the difficulties in life, the inability to meet the expectations of others, and the inconsistency with one's level of attraction from the point of view of socially suitable and, in their opinion, rational. Somatic complaints, distinguished by significant stability and resistance to therapeutic interventions, were used by patients to influence doctors, family, and colleagues to obtain advantages and rationally explain dissatisfaction with their place in the social group. In most cases, patients with even a low degree of myopia were emotionally immature individuals whose demonstrativeness and desire to focus on external evaluation prevented direct antisocial behavior. Hostility, protest, inability, and unwillingness to take into account the interests of others were manifested inversely proportional to the social distance, manifested mainly in the attitude towards relatives.

Identification with traditional culture and the social role of men and women in patients with myopia was expressed like life experience, aesthetic and cultural values, and professional aspirations. Men selectively limited the scope of their interests, were proactive, tried to overcome obstacles, dominated, and were prone to rivalry in interpersonal relationships. They deliberately demonstrated a manly way of life, demonstrated strength, endurance, and contempt for trifles. Women were sensitive to shades of emotions and relationships, capricious, and sentimental. They were distinguished by softness, yielding, sincerity, a desire to be protected, passivity, a tendency to obey the leadership, and restraint of behavior, but this did not interfere with their high self-esteem.

Patients with myopia and neurasthenia were characterized by affective rigidity, suspiciousness, caution in evaluating other people's actions, and more or less pronounced interpersonal conflicts. The behavior of such persons was a response to the actions of others, was effectively perceived as humiliating, and was accompanied by a tendency to attribute one's difficulties to the

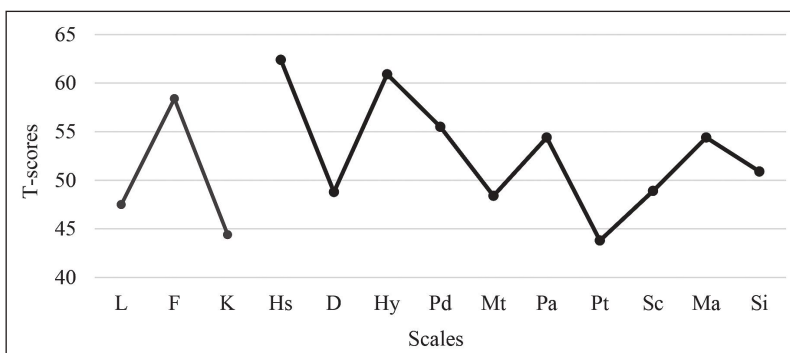


Figure 1 – Personal profile of patients with myopia with neurasthenia.

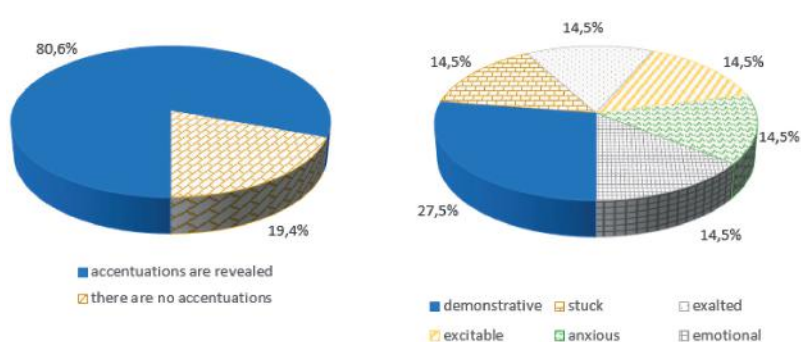


Figure 2 – A – Prevalence of character accentuations in patients with myopia; B – The structure of pure accentuations in characteristic of patients with myopia.

account of other people’s shortcomings, incompetent, dishonest, or unsociable attitude towards oneself.

During social interaction, patients suppressed their suspiciousness and aggressiveness, declaring a positive attitude towards others and the situation. However, in close contact, their aggressiveness was still manifested, while the degree of its manifestations was inversely proportional to the social distance. The aggressiveness and egocentrism of the patients made it difficult for them to correctly orient themselves in the immediate environment, they often used few but significant somatic complaints to influence him.

Such persons lacked caution and prudence in their actions, pedantry in matters of morality, and showed naked self-centeredness, reduced ability to empathize, uncomfortable attitudes, and impolite and harsh behavior.

Thus, patients with myopia were characterized by hypochondriac fixation, excessive control, increased orientation to normativity as a stable personality trait, which was manifested by excessive attention to physical health disorders (increase on the Hs-hypochondria scale); suppression of anxiety, emotional lability, high sensitivity to the influence of the environment, demonstrative behavior (conversion V), desire to overcome obstacles. Men were distinguished by dominance and a tendency to rivalry in personal relationships, women by sincerity, yielding, restraint and passivity of behavior (decrease on the scale of Mt-masculinity-femininity), affective rigidity, tendency to pedanticism, rivalry and stuck on negative experiences (increase on the scale Pa-paranoia); prudence, caution, hostile-suspicious behavior, timidity, constitutionally determined anxiety, uncertainty, conformity (decrease on the Pt-psychasthenia scale).

If we consider the accentuations of character that influenced the formation of the personality of the examined patients, it should be noted that among patients with myopia with neurasthenia, clear accentuations of character were diagnosed in 80,6% of the examined and could not be determined in 19,4%. At the same time, the vast majority (32 people) had mixed accentuations (64%), and 18 examined (36%) had pure accentuations (fig. 2A).

Among patients with myopia in the structure of pure accentuations, demonstrative occurred in 27,7%, stuck, exalted, excitable, and emotional – in 14,5% each, that is, demonstrative character accentuation was the most common (fig. 2B).

Among all accentuations in these patients, demonstrative occurred in 6,2%, stuck in 31,2%, pedantic in 3,1%, excitable in 18,4%, hyperthymic in 12,5%, anxious

in 18,7%, emotional – in 37,5%, cyclothymic – in 28,1%, exalted – in 25,0%.

Individuals with demonstrative accentuation could not bear indifferent attitudes toward themselves and loved to be at the center of attention, demanding thanks and admiration. They were talkative, and they talked all the more willingly, the more interested they were listened to. They believed that they had artistic talent, and they liked to fantasize, imagining that they had reached a position that caused envy in those around them, in friendship they valued only constant attention to themselves

and believed that they could not find friends worthy of themselves. In patients with myopia, demonstrative character accentuation was likely correlated only with L-desire to present oneself in a favorable light ($r=0,42$).

Patients with stuck accentuation were distinguished by significant stability of effect. If normally, the effect passed after some time, in a stuck personality it decreased much more slowly, and even after a long time, the emotions accompanying the stress easily came to life. The effect in such persons lasted for a very long time, although no new experiences activated it. The stuckness of the effect was most vividly manifested in those cases when the interests of the accentuated personality were violated. The effect was a response to wounded pride, wounded ego, and various forms of oppression, although objectively the negative impact may have been minimal. The images of their interests were never forgotten by the stuck personalities, they were spiteful and vengeful. Stuck accentuation did not affect the personality development of myopic patients.

With pedantic accentuation, the main character traits were extreme indecision, constant doubts, and fears before making any decision. Doubts made work slow and painful for such individuals. They were always looking for support, worried about their health, and the fate of loved ones, fears and worries were their constant companions. Such individuals were embarrassed when attention was paid to them, did not like physical work, considered themselves clumsy and weak, were prone to introspection, and had non-committal thoughts on general topics. Pedantic accentuation is probably associated with Pa-paranoia ($r=0,44$) and Pt-psychasthenia ($r=0,35$) (fig. 3A).

Patients with an excitable accentuation of the character were hot-tempered, inclined to fall into an uncontrollable rage, offensive and spiteful, and did not miss a single occasion to “payback” for an insult. At the same time, they were extremely demanding of others, considered it their duty to give advice, but did not tolerate it themselves. Sometimes such persons had an unreasonably melancholy mood, they became especially irritable, but they showed thoroughness and accuracy in their work. Accentuations of their character were statistically significantly correlated with L-desire to present oneself in a favorable light ($r=-0,50$), Pd-psychopathy ($r=0,34$), Pa-paranoia ($r=0,50$), Pt-psychasthenia ($r=0,44$) and Sc-schizoism ($r=0,40$) (fig. 3B).

Patients with hyperthymic accentuation were friendly, kind, open, talkative, had many friends, were ready

to help people, but did not always keep their promises, did not tolerate painstaking work that required persistence and patience, and were often non-committal. Often, their original ideas, as a rule, were not implemented. Hyperthymic individuals were mocking, liked to copy people; considered themselves higher than others, could not stand when they were contradicted, and could behave rudely and offensively in these cases, life troubles and money were treated lightly. Their accentuations did not have a significant impact on personality formation.

Anxious persons in childhood experienced a feeling of fear, which often reached a significant degree (they were afraid of the dark, thunderstorms, animals, and other children). In adults, these fears were eliminated, but timidity remained in the form of elements of humility, humility, sometimes with compensation for self-confidence or even defiant behavior, but its unnaturalness was noticeable. Fear was often accompanied by a somatic reaction, which in turn intensified the fear. Anxious character accentuation is probably combined with Pd-psychopathy ($r=0,41$), Pa-paranoia ($r=0,43$), and Pt-psychasthenia ($r=0,42$) (fig. 4A).

Patients with an emotional type of accentuation were characterized by sensitivity and deep reactions in the field of "subtle" emotions, vulnerability, sensitivity, and sincerity. They loved nature, admired works of art, wept easily from sadness and joy; mental upheavals had a pathologically profound effect on such people, causing reactive depression. Since the emotional personality is affected only by experiences, causing an immediate reaction without changing the mood, individuals of this type are not able to feel reasonless fun, and happiness and take any life event more seriously than other people. Emotional character accentuation is statistically significantly correlated only with Pa-paranoia ($r=0,38$) (fig. 4B).

Individuals with cyclothymic accentuation were characterized by changes in hyperthymic and dysthymic states. In patients with this accentuation, one or the other of these two poles came to the fore, sometimes without visible external motives, and sometimes in connection with specific events. Joyful impressions not only caused them positive emotions but and were accompanied by a general picture of hyperthymia: thirst for activity, increased talkativeness, "jumping" of ideas, while sad events led to depression, slowness of reactions, and thinking. The reason for the change of poles was not always external stimuli, sometimes an elusive turn in the general mood was enough. If a cheerful company was gathering, then affectively labile individuals could

be in the center of attention, be "factories", and make everyone present happy; and vice versa, in a serious, restrained environment, they could turn out to be the most withdrawn and silent. This accentuation signifi-

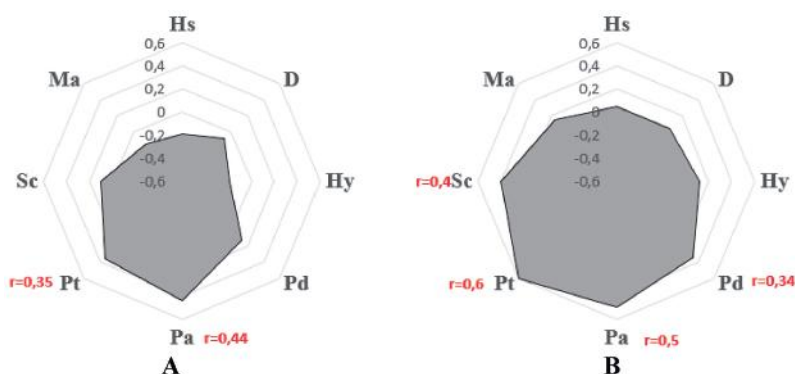


Figure 3 – A – Correlations of pedantic accentuation with personal characteristics in patients with myopia; B – Correlations of excitatory accentuation with personal characteristics in patients with myopia.

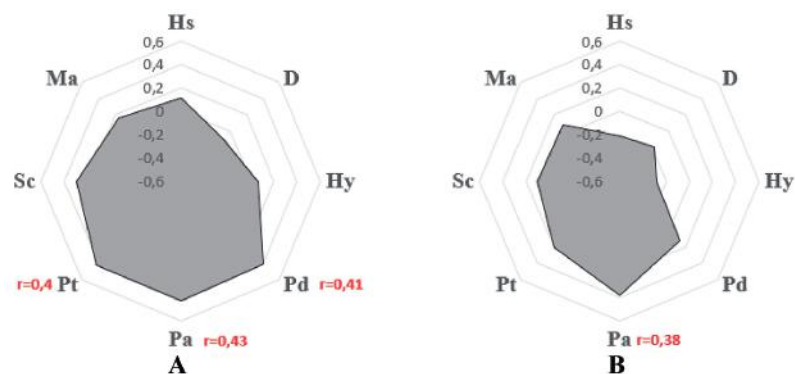


Figure 4 – A – Correlations of anxious accentuation with personal characteristics in patients with myopia; B – Correlations of emotional accentuation with personal characteristics in patients with myopia.

cantly affects Pd-psychopathy ($r=0,35$), Pa-paranoia ($r=0,42$), Pt-psychasthenia ($r=0,41$), and Ma-hypomania ($r=0,35$) (fig. 5A).

Exalted accentuation was expressed in violent emotional reactions to life situations and greater intensity of their external manifestations. These patients were equally exaggeratedly excited by happy events and despaired by sad ones. Exaltation was motivated by subtle, altruistic motives; affection for loved ones, and friends, joy for them, for their luck. These individuals were characterized by enthusiastic impulses not related to purely personal relationships, they were fascinated by the love of music, art, nature, sports, and the experience of

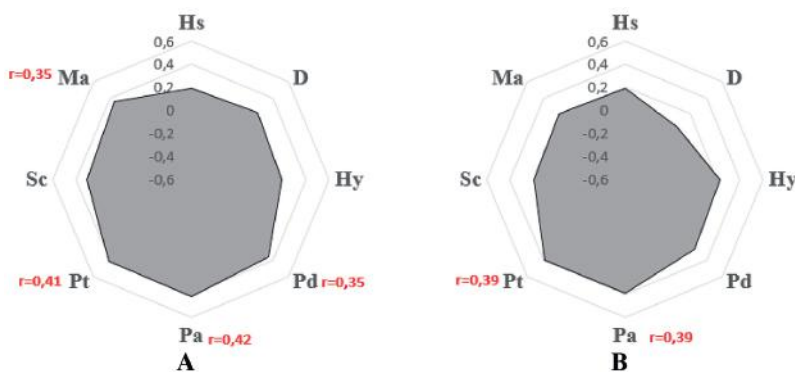


Figure 5 – A – Correlations of cyclothymic accentuation with personal characteristics in patients with myopia; B – Correlations of exalted accentuation with personal characteristics in patients with myopia.

religious order. The other pole of reactions of such patients is extreme vulnerability regarding sad facts. Pity, and compassion for unfortunate people, for sick animals drove them to despair. A sharp increase in fear, even a slight one, was also characteristic, which was manifested by an increase in vegetative and mental reactions. Exalted character accentuation is probably associated only with Pa-paranoia ($r=0,39$), and Pt-psychasthenia ($r=0,391$) (fig. 5B).

Discussion of research results.

In our previous publications, it was shown that the character of patients with myopia was manifested by conservatism, restraint, subordination, anxiety, developed imagination, and high self-control, which significantly influenced the formation of their internal picture of the disease. The sensitive type of attitude to the disease (TAD) was correlated with sociability-closedness (A); euphoric type of reaction to the disease (TRD) – with sociability-closedness (A), emotional stability (C), independence-subordination (E), expressive power of “I”-unscrupulousness (G), courage-timidity (H), flexibility-rigidity (I), flexibility-straightforwardness (N), anxiety-calmness (O), high-low self-control (Q3). Neurasthenic TAD is associated with emotional stability (C), expressive power of “I”-unprincipledness (G), anxiety-calmness (O), radicalism-conservatism (Q1), conformity-nonconformism (Q2). Obsessive-phobic TRD was correlated with emotional stability (C), independence-subordination (E), expressive power of “I”-unprincipledness (G), anxiety-calmness (O), high-low self-control (Q3); ergopathic TAD – with emotional stability (C), independence-subordination (E), flexibility-rigidity (I), anxiety-calmness (O), tension-relaxation (Q4). The formation of egocentric TSS was related to sociability-closedness (A), emotional stability (C), anxiety-calmness (O), and tension-relaxation (Q4). Harmonic TAD was correlated with emotional stability (C), H-boldness-fearfulness (C), flexibility-rigidity (I), flexibility-straightness (N), anxiety-calmness (O), high-low self-control (Q3), tension-relaxation (Q4); anosognosic cattle – with sociability-closedness (A), intelligence (B), emotional stability (C), courage-timidity (H), flexibility-rigidity (I), anxiety-calmness (O). Anxious TRD was associated with sociability-closedness (A), expressiveness of the power of «I»-unprincipledness (G), radicalism-conservatism (Q1), conformity-nonconformism (Q2) [18].

Our views on the study of character traits, the internal picture of the disease of patients with myopia [18], which is necessary to determine the etiopathogenesis of nosogenies due to this pathology and the development of psycho corrective programs for such patients, are confirmed by the works of Li Y et al., which indicate that the analysis of relationships The relationship between personality and depression in people with myopia will contribute to the development of subclinical preventive measures and clinical treatment schemes [4]. To identify pathological relationships between personality and depression, it is necessary to understand the etiology of comorbidity between depression and mental disorders [5]. Z. Li et al. high levels of neuroticism, low extroversion and conscientiousness, and other related traits (ruminating, self-criticism, dependency, etc.) are believed to correlate with depression. Neuroticism to some extent can predict the onset of depression and affect the duration and outcome of its treatment. Traits such as

positive emotionality/extroversion and diligent control/responsibility moderate the relationship between negative emotionality/neuroticism and depression. And after the onset of depression, neuroticism may change, but extroversion will not change [6].

Y. Mao et al. showed that among people with myopia, the prevalence of depression ranged from 13,10 to 76,21% with an average of 32,74%, and anxiety – from 8.54 to 88.30% with an average of 27,22% [19]. Based on the meta-analysis, gender, level of education, place of residence, and satisfaction with current basic and monthly family income per capita were significantly associated with depression. Grade level and satisfaction with the specialty were significantly associated with anxiety [7].

H. Zhang et al. indicate that myopia is associated with anxiety; the higher the degree of myopia, the higher the anxiety index. However, myopia is not associated with depression [20]. Anxiety and depression occur in persons with myopia in 10,34 and 25,13% of cases. Probable correlations were found between anxiety and spectacle power, spherical equivalent, sleep time, and body mass index. In multiple linear regression models, eyepiece power and sphere equivalent were negatively associated with anxiety scores, whereas axial length was positively correlated with anxiety scores. A decrease in sleep duration by 1 hour was associated with an increase in the depression index by 0,12 points [20].

Our results indicate that neurasthenia occurs in almost half (41,3%) of myopic patients. This disorder manifested itself in the examinees in two forms: some individuals complained of increased fatigue during mental stress, which led to a decrease in their professional productivity and reduced their ability to perform everyday tasks. Other patients suffered from physical weakness, exhaustion at the slightest effort, muscle pain, and inability to relieve tension.

Our research showed that people with myopia and neurasthenia were characterized by a hypochondriac fixation on physical health disorders (an increase on the Hs-hypochondria scale); displacement of anxiety, and demonstrative behavior (conversational V). Men were distinguished by dominance, women by restraint and passivity of behavior (a decrease on the Mt-masculinity-femininity scale); affective rigidity (an increase on the scale Pa-paranoia); prudence and caution (a decrease on the Pt-psychasthenia scale).

Among patients with myopia with neurasthenia, clear character accentuations were diagnosed in 80,6% and were not determined in 19,4% of cases. At the same time, the vast majority (64%) had mixed accentuations, and 36% had pure accentuations. Among these persons, in the structure of pure accentuations, demonstrative occurred in 27,7%, stuck, exalted, excitable, anxious, and emotional – in 14,5% each, i.e. the most common was demonstrative character accentuation. Among all accentuations in such patients, demonstrative was found in 6,2%, stuck – in 31,2%, pedantic – in 3,1%, excitable – in 18,4%, hyperthymic – in 12,5%, anxious – in 18,7%, emotional – in 37,5%, cyclothymic – in 28,1%, exalted – in 25,0% of cases.

In patients with myopia with neurasthenia, the demonstrative accentuation of the character was probably correlated with the L-desire to present oneself in a favorable light ($r=-0,42$); pedantic – with Ra-paranoia

($r=0,44$) and Pt-psychasthenia ($r=0,35$); excitable – with L-desire to present oneself in a favorable light ($r=-0,50$), Pd-psychopathy ($r=0,34$), Pa-paranoia ($r=0,50$), Pt-psychasthenia ($r=0,44$) and Sc-schizoid ($r=0,40$). Disturbing accentuation of character in these individuals is probably combined with Pd-psychopathy ($r=0,41$), Pa-paranoia ($r=0,43$), Pt-psychasthenia ($r=0,42$); emotional – with Pa-paranoia ($r=0,38$); cyclothymic – with Pd-psychopathy ($r=0,35$), Pa-paranoia ($r=0,42$), Pt-psychasthenia ($r=0,41$) and Ma-hypomania ($r=0,35$); exalted – with Pa-paranoia ($r=0,39$), Pt-psychasthenia ($r=0,39$).

In his works, I.R. Una et al., studying the size of the spherical defect and personality traits of patients with myopia, did not find a statistically significant correlation with neuroticism ($r=-0,057$), extraversion ($r=-0,020$), openness ($r=-0,032$), kindness ($r=-0,060$) and responsibility ($r=-0,034$) [17]. However, they showed a significant ($r=0,002$) tendency towards an increase in the myopic defect with an increase in the extraversion index.

An anomaly of refraction (for example, myopia) affects certain features of the behavioral component of the “I-concept” of the individual. A person with myopia prefers the psychological defense mechanism of “denial”, and often turns to “cooperation” when regulating conflicts. The nature of the relationship between self-esteem and the behavioral component of the “self-concept” of a person with myopia is determined by the following features. Activation of the mechanism of psychological protection “rationalization” helps to increase self-esteem, and stimulates the mechanisms of “displacement” and “compensation”, which in a certain way affects the choice of “cooperation” as the dominant mode of conflict resolution. The listed features are accompanied by a certain complication (contradiction) of the behavioral component of the “I-concept” [5], which requires further research.

Conclusions.

1. Neurasthenia occurs in almost half (41,3%) of patients with myopia and manifests itself in complaints of increased fatigue during mental or physical exertion.

2. Individuals with myopic neurasthenia are characterized by a hypochondriac fixation on somatic health disorders; demonstrative behavior; affective rigidity; prudence and caution. Men, of whom there were significantly fewer with this pathology, are characterized by dominance, while women are characterized by restraint and passivity of behavior.

3. In 80,6% of cases, myopic patients with neurasthenia showed clear character accentuations; among them, 64% had mixed accents, and 36% had pure accentuations. In the structure of pure accentuations, the most common was demonstrative; among all accentuations – emotional, cyclothymic and exalted.

4. In such persons, the demonstrative accentuation of the character probably correlated with the L-desire to present oneself in a favorable light; pedantic – with Pa-paranoia and Pt-psychasthenia; excitable – with L-desire to present oneself in a favorable light, Pd-psychopathy, Pa-paranoia, Pt-psychasthenia and Sc-schizoid. The anxious accentuation of character in these patients is statistically significantly combined with Pd-psychopathy, Pa-paranoia, Pt-psychasthenia; emotional – with Pa-paranoia; cyclothymic – with Pd-psychopathy, Pa-paranoia, Pt-psychasthenia and Ma-hypomania; exalted – with Pa-paranoia, Pt-psychasthenia.

5. Determining the prevalence of nosogenia in patients with myopia, studying their etiopathogenesis and diagnostic features, understanding the impact on the somatic and psychological state of the patient, and the nature of combined (drug and surgical) treatment – all this should be the basis for developing programs for their rehabilitation after surgical correction.

Prospects for further research.

The study of the prevalence and etiopathogenesis of the formation of nosogenies in myopia, the determination of the nature and factors of the formation of the internal picture of the disease and the limitations of life in patients, the clarification of the clinical and psychological rehabilitation potential and the determination of the targets of psychocorrection.

DOI 10.29254/2077-4214-2024-4-175-335-349

УДК 617.753.2-036.8:519.91:616.89-008.19

¹Дроздов В. О., ²Скрипник Р. Л.

МІОПІЯ ТА НЕВРАСТЕНІЯ: ВПЛИВ АКЦЕНТУАЦІЙ ХАРАКТЕРУ НА ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ

¹Британський офтальмологічний центр (м. Київ, Україна)

²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (м. Київ, Україна)

vladimirandco@gmail.com

Мета дослідження – показати вплив акцентуацій характеру на особистість хворих на міопію з неврастенією.

Обстежено 150 хворих з міопією, серед яких діагноз неврастенія було встановлено 62 пацієнтам віком 28,4±4,13 роки. Незалежна гострота зору вдаль у цих осіб була 0,045±0,01 МО, а максимальна скоригована гострота зору – 0,88±0,13 МО. Акцентуації характеру визначали за допомогою «Опитувальника Шмішека»; особистісні характеристики – «Методики багатостороннього дослідження особистості». Методами математичної статистики проводили статистичну обробку результатів дослідження.

Неврастенія зустрічається у 41,3% хворих на міопію; серед скарг домінує втомлюваність при фізичних або розумових навантаженнях. Особам з міопією та неврастенією властиві іпохондрична фіксація на порушеннях фізичного здоров'я; афективна ригідність; обачливість та обережність; демонстративність поведінки. В 80,6% випадків у них діагностовано акцентуації характеру; серед них у 64% були змішані, у 36% – чисті акцентуації. В структурі чистих акцентуацій переважала демонстративна; серед усіх акцентуацій – емотивна, циклотимічна та екзальтована.

Ключові слова: міопія, неврастенія, акцентуації характеру, особистісні особливості, нозогенії.

Зв'язок роботи з плановими науково-дослідними роботами.

Результати дослідження отримані авторами під час науково-дослідної роботи кафедри офтальмології НМУ імені О.О. Богомольця МОЗ України «Удосконалення діагностики та лікування патології сітківки та зорового нерва судинного, травматичного та ендокринного генезу» (номер державної реєстрації 0120U100810).

Вступ.

Протягом останніх десятиліть міопія є суттєвим викликом охорони здоров'я в усьому світі через її поширеність і суттєві наслідки [1]. У 2010 році було підраховано, що некоригована помилка рефракції була найпоширенішою причиною погіршення зору вдалину, яка вражала 108 мільйонів людей, і другою за поширеністю причиною сліпоти в усьому світі. До 2050 року прогнозується, що 49,8% населення планети матиме міопію, а 9,8% – міопію високого ступеня [1]. Економічний тягар невивраженої аномалії рефракції на відстані, здебільшого викликаній міопією, оцінюється в 202 мільярди доларів США на рік, що є вагомим економічним аргументом для усунення некоригованої короткозорості та інших аномалій рефракції [1]. Міопія – це порушення рефракції, з можливість розвитку, при міопії високого ступеня, сліпоти внаслідок міопічної ретинопатії та асоційованої з міопією глаукомою [2]. Зір є надзвичайно цінним відчуттям, яке істотно впливає на повсякденну діяльність і формування нозогенії [3].

Нозогенії – діагностична категорія Міжнародної класифікації хвороб, яка означає стан суб'єктивного дистресу чи емоційного розладу, зазвичай перешкоджаючий соціальному функціонуванню й продуктивності особистості, та виникаючий в період адаптації до значних змін у стилі життя чи при наявності стресових подій (включаючи наявність чи можливість соматичного захворювання) [4].

У формуванні нозогенії приймають участь семантика хвороби, клінічні (особливості перебігу основного захворювання, коморбідна психічна патологія), конституційні (розлади особистості, акцентуації їх характеру), соціальні (рівень освіти, матеріального забезпечення) та демографічні (стать, вік) чинники. У літературі існує думка, що при аналізі формування нозогенії неабайдно враховувати поширеність уявлень щодо сприятливого й несприятливого прогнозу соматичної хвороби. Навіть якщо захворювання має сприятливий прогноз, воно, зважаючи на наявність вже існуючих тверджень щодо загрози можливих ускладнень, переживається як подія, що загрожує життю у поєднанні з незворотними медичними й соціальними наслідками [5].

Реакція адаптації – це комплекс прийомів, що застосовує особистість з метою подолання усвідомлення власної неспроможності, переживання обмежених фізичних і психічних проявів захворювання. Ці реакції можуть бути як компенсаторними, так і псевдокомпенсаторними [6, 7]. За даними цих робіт, позиція у ставленні до хвороби – це реакція особистості на виникнення патологічних проявів без чіткого розмежування ставлення до хвороби та реакції на захворювання.

Можливість маніфестації нозогенії суттєво зростає при наявності розладів особистості. Нозогенії найчастіше формуються у хворих із такими типами особистісних розладів, як істероїдний, обсесивно-компульсивний, афективний, шизоїдний, паранояльний [8, 9]. Встановлення залежності між особистісною схильністю та формуванням нозогенії – складна та маловивчена проблема. Аналіз її ускладнюється у зв'язку з відмінностями методологічних підходів – психологічних (психоаналітичних), і нейробіологічних з одного боку, та клінічних – з іншого [5].

Розлади особистості розглядаються з двох діаметрально протилежних позицій: етіологічні концепції (психологічні, психоаналітичні, нейробіологічні) представляють таку патологію у вигляді крайніх варіантів нормального особистісного континууму; клінічні концепції ідентифікують розлади особистості на рівні стабільних психопатологічних станів з психопатологічними розладами (параноїдний, шизоїдний, істероїдний розлад особистості) [5, 10]. Класифікація психопатологічних станів у межах самостійних клінічних синдромів і їх диференціація у межах єдиної систематики дозволяють визначити роль розладів особистості у формуванні нозогенії [10].

Мета дослідження.

Визначити особливості впливу акцентуацій характеру на формування особистості хворих на міопію з неврастенією.

Об'єкт і методи дослідження.

На базі Британського офтальмологічного центру м. Київ було обстежено 150 хворих на міопію. Клінічний діагноз міопії було встановлено у відповідності з Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 827 від 08.12.2015 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги порушення рефракції та акомодативної: міопія, гіперметропія, астигматизм, анізометропія, пресбіопія, порушення акомодативної, амбліопія, кератоконус, контактна корекція зору» [11] та Клінічним протоколом лікування хворих на міопію на вторинній ланці [12].

Всі хворі отримували інформацію для пацієнтів і підписували «Інформовану добровільну згоду пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення» (форма №003-б/о) та «Інформовану добровільну згоду пацієнта на обробку персональних даних, згідно з Наказом МОЗ України № 110 від 14 лютого 2012 року [13].

Серед усіх хворих з міопією середнього ступеня і складним міопічним астигматизмом слабкого ступеня обох очей, було виявлено 62 пацієнта з неврастенією. В дослідженні брали участь 15 чоловіків та 47 жінок, у віці $28,4 \pm 4,13$ роки. Самостійна гострота зору пацієнтів на далеку відстань була $0,04 \pm 0,01$ у.о., а максимально корегована гострота зору – $0,86 \pm 0,12$ у.о. Оптичні показники ока визначались в умовах циклоплегії за допомогою авторефрактометрії. Сферична рефракція була $-4,28 \pm 0,83$ Дптр., а циліндрична – $-0,69 \pm 0,56$ Дптр; довжина передньо-задньої вісі ока – $25,21 \pm 0,74$ мм; товщина рогівки в центральній точці – $545,18 \pm 29,84$ мкм.

Математичну обробку результатів дослідження виконували методами математичної статистики [14].

Для виявлення акцентуацій характеру хворих ми використовували «Опитувальник Шмішека» [15]; для дослідження особистісних характеристик хворих на міопію використовували «Методику багатостороннього дослідження особистості» [16].

Результати дослідження.

Від неврастенії страждали 41,3% хворих на міопію. Цей розлад у обстежених хворих проявлявся у двох формах. У одних осіб провідними були скарги на підвищену втомлюваність при розумових навантаженнях, що зменшувало їх професійну чи повсякденну працездатність. Прояви розумової втоми найчастіше пов'язувалися з неприємними втручаннями, відволікаючими асоціаціями чи спогадами, порушенням зосередженості або загальною неефективністю мислення. Інших хворих більшою мірою турбувала фізична слабкість, виснаження при найменшому зусиллі, м'язовий біль, неможливість зняти напруження. Всі пацієнти з неврастенією скаржилися на запаморочення, головні болі напруження, почуття загальної нестійкості, заклопотаність у зв'язку з розумовим або соматичним неблагополуччям, роздратованість, ангедонію, пригнічений настрій та тривогу, порушення сну. Сильну розумову або фізичну втомлюваність їм не вдавалося полегшити навіть після відпочинку чи розваг.

За даними «Методики багатостороннього дослідження особистості» [17], конфігурація профілю на шкалах L, F, K свідчила про відкритість у розкритті свого характеру і власних проблем хворими на міопію з неврастенією. Вони намагалися представити себе у «вигідному світлі», демонструючи суворе дотримання соціальних норм, проте були внутрішньо напружені та невдоволені ситуацією.

Узагальнений профіль особистості хворих на міопію з цією нозогенією характеризувався підйомом профілю на шкалах Hs-іпохондрії, D-депресії, Hy-істерії, Pa-параної, а також зниженням на шкалі Mt-мужності-жіночності та Pt-психастенії (рис. 1).

Невротичні реакції обстежених були пов'язані з недостатністю їх фізичних і психічних ресурсів для реалізації мотивованої поведінки. Тривога у них підвищувалась із розмірковуванням щодо перспектив власного здоров'я та віддзеркалювала іпохондричні тенденції. Опікування своїм фізичним здоров'ям було пов'язане зі зниженням зору після фізичних чи емоційних навантажень та неможливістю виконувати тривало роботу за комп'ютером.

Наявність підвищеної уваги до себе поєднувалася у них з нездатністю контролювати власні емоції. Хворі мали багато скарг, були заклопотані власним самопочуттям, прискіпливо за ним спостерігали, проявляли песимізм і невпевненість у достатності та якості медичної допомоги.

Занурення у власні соматичні проблеми призводило до високої резистентності поведінки у відношенні до зовнішніх втручань, яку оточуючі сприймали як невдачу і впертість. Ці якості, а також наявність власної концепції захворювання, скептицизм у ставленні до якості медичних послуг значно ускладнювали досягнення прихильності до лікування.

Коливання настрою, побоювання сприятливих або несприятливих наслідків призводили чи то до впевненості хворих у можливості виникнення у них важких ускладнень, чи до надії на повне одужання. В цих випадках посилення іпохондричних тенденцій породжувало нові відчуття, які, посилюючи вихідний рівень тривожності, самі ставали об'єктом аналізу та засадами подальшого посилення побоювань, пов'язаних із можливістю значних ускладнень. Такі хворі були заклопотані як власним здоров'ям, так і організацією поведінки, зосередженою на піклуванні про нього (спеціальний режим праці й відпочинку, дієти, «модні» ліки, нетрадиційні методи лікування).

Здатність до витіснення у осіб з міопією дозволяла їм ефективно усувати тривогу, але в цей же час значно ускладнювала формування стабільної поведінки для успішної взаємодії з оточуючими. Ці хворі не мали достатньо розвинутого внутрішнього світу, їх переживання були орієнтовані на зовнішнього спостерігача, в них була втрачена здатність формувати стійкі установки й будувати власну поведінку на базі попереднього досвіду. Пацієнти ігнорували негативні сигнали з боку оточуючих, їм були притаманні відсутність оцінки враження на оточуючих і недостатня самокритика. Вони зберігали високу самооцінку та намагалися «грати себе» у відповідності з прийнятою у даний момент роллю.

Усунення тривоги у цих осіб відбувалося за рахунок соматизації та витіснення її формуванням демонстративної поведінки. Вони пояснювали життєві труднощі, нездатність виправдати очікування оточуючих, невідповідність власному рівню притягань з точки зору соціально придатної та, за їх думкою, раціональною. Соматичні скарги, що вирізнялися значною стійкістю та резистентністю до терапевтичних втручань, використовувалися хворими для впливу на лікарів, родину, співробітників з метою отримання переваг і раціонального пояснення незадоволення своїм місцем у соціальній групі. В більшості випадків пацієнти навіть з низьким ступенем міопії були емоційно незрілими особистостями, демонстративність яких і бажання орієнтуватися на зовнішню оцінку заважали прямій асоціальної поведінці. Ворожість, протест, нездатність і небажання враховувати інтереси оточуючих проявлялась зворотно пропорційно соціальній дистанції, виявлялися переважно у ставленні до рідних.

Ідентифікація з традиційною культурою й соціальною роллю чоловіка й жінки у хворих на міопію виражалася в характері життєвого досвіду, естетичних і культурних цінностях, професійних устремліннях.

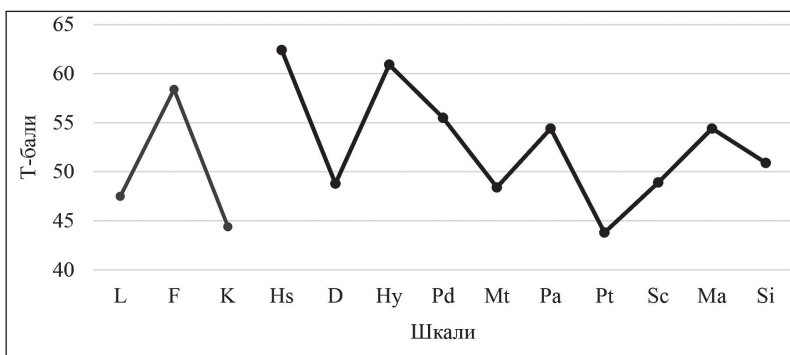


Рисунок 1 – Особистісний профіль хворих на міопію з неврастенією.

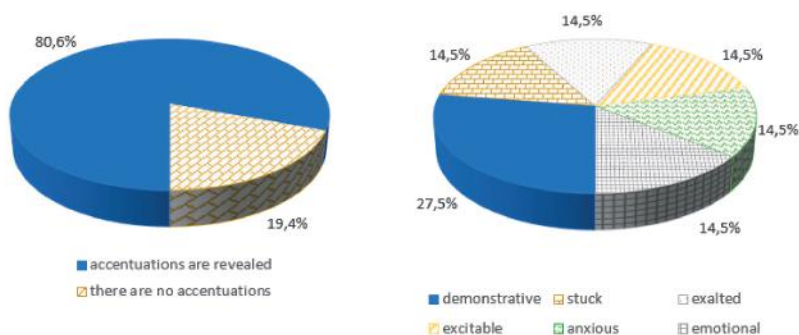


Рисунок 2 – А – Поширеність акцентуацій характеру у хворих з міопією; Б – Структура чистих акцентуацій характеру у хворих з міопією.

нях. Чоловіки вибірково обмежували коло власних інтересів, були заповзятливі, намагалися долати перешкоди, домінували й були схильними до суперництва у міжособистісних стосунках. Вони нарочито демонстрували мужній спосіб життя, демонстрували силу, витривалість, зневагу до дрібниць. Жінки були чутливими до відтінків емоцій та відносин, примхливі, сентиментальні. Вони вирізнялися м'якістю, поступливістю, щирістю, бажанням бути захищеними, пасивністю, схильністю підкорюватися керівництву, стриманістю поведінки, проте це не заважало їх високій самооцінці.

Хворим з міопією та неврастенією були притаманні афективна ригідність, підозрілість, обачливість в оцінці дій інших людей, більш менш виразні міжособистісні конфлікти. Поведінка таких осіб була відповіддю на дії оточуючих, афективно сприймалася як принизлива, та супроводжувалася схильністю відносити власні труднощі на рахунок чужих недоліків, некомпетентного, несумлінного або нетовариського ставлення до себе.

Під час соціальної взаємодії пацієнти пригнічували власні підозрілість і агресивність, декларуючи позитивне ставлення до оточуючих і ситуації. Проте при тісних контактах їх агресивність все ж таки проявлялася, при цьому ступінь її проявів була зворотно пропорційна соціальній дистанції. Агресивність і егоцентризм хворих ускладнювали їх правильну орієнтацію в найближчому оточенні, вони часто використовували для впливу на нього нечисленні, але суттєві соматичні скарги.

У таких осіб відсутніми були обережність і обачливість у вчинках, педантичність у питаннях моралі та спостерігались оголений егоцентризм, зниження здатності до співчуття, не комфортність установок, не ввічливий і жорсткий тип поведінки.

Таким чином, хворим з міопією були притаманні іпохондрична фіксація, надмірний контроль, підвищена орієнтація на нормативність в якості стабільної властивості особистості, що проявлялося надмірною увагою до порушень фізичного здоров'я (підвищення на шкалі Hs-іпохондрії); витісненням тривоги, емоційною лабільністю, високою чутливістю до впливу середовища, демонстративною поведінкою (конверсійний V), бажанням подолання перешкод. Чоловіки вирізнялися домінуванням і схильністю до суперництва в між особистих стосунках, жінки – щирістю, поступливістю, стриманістю та пасивністю поведінки (зниження на шкалі Mt-мужності-жіночості), афективною ригідністю, схильністю до педантизму, суперництву та застряганні на негативних пережи-

ваннях (підвищення на шкалі Ра-параної); обачливістю, обережністю, ворожо-підозрілою поведінкою, боязкістю, конституційно обумовленою тривожністю, невпевненістю, конформністю (зниження на шкалі Pt-психастенії).

Якщо розглядати акцентуації характеру, що впливали на формування особистості обстежених пацієнтів, то слід зазначити, що серед хворих на міопію з неврастенією явні акцентуації характеру були діагностовані у 80,6% обстежених і не визначались у 19,4%. При цьому у переважній більшості (32 особи) були змішані акцентуації (64%) і чисті – у 18 обстежених (36%) (рис. 2А).

Серед хворих з міопією в структурі чистих акцентуацій демонстративна зустрічалася у 27,7%, застрягаюча, екзальтована, збудлива, тривожна, емотивна – по 14,5%, тобто найпоширенішою була демонстративна акцентуація характеру (рис. 2Б).

Серед усіх акцентуацій у цих пацієнтів демонстративна зустрічалася у 6,2%, застрягаюча – у 31,2%, педантична – у 3,1%, збудлива – у 18,4%, гіпертимна – у 12,5%, тривожна – у 18,7%, емотивна – у 37,5%, циклотимічна – у 28,1%, екзальтована – у 25,0%.

Особи з демонстративною акцентуацією не виносили байдужого ставлення до себе, любили бути в центрі уваги, вимагаючи подяки та захоплення. Були балакучими, причому розмовляли тим охочіше, чим з більшим інтересом їх слухали. Вважали, що в них є артистичний талант, любили фантазувати, уявляючи собі що досягли положення, яке викликає заздрість у оточуючих, в дружбі цінували тільки постійну увагу до себе і вважали, що не можуть знайти гідних себе друзів.

У пацієнтів з міопією демонстративна акцентуація характеру вірогідно корелювала лише з L-бажанням представити себе у вигідному світлі ($r = -0,42$).

Хворі з застрягаючою акцентуацією відрізнялись значною стабільністю афекту. Якщо в нормі, афект через деякий час проходив, у застрягаючої особистості він зменшувався набагато повільніше, і навіть через тривалий час легко оживали супроводжуючі стрес емоції. Афект у таких осіб тримався дуже довго, хоча ніякі нові переживання його не активізували. Застрягання афекту найбільш яскраво проявлялось у тих випадках, коли порушувались власні інтереси акцентуваної особистості. Афект був відповіддю на уражену гордість, на зачеплене самолюбство, а також на різні форми пригнічення, хоча об'єктивно негативний вплив міг бути мінімальним. Образи своїх інтересів ніколи не забувались застрягаючими особистостями, вони були злопам'ятні та мстиві. Застрягаюча акцентуація не впливала на становлення особистості хворих на міопію.

При педантичній акцентуації основними рисами характеру були крайня нерішучість, постійні сумніви, страхи за прийняти будь-якого рішення. Сумніви робили роботу для таких осіб повільною та болісною. Вони завжди шукали підтримки, хвилювались за своє здоров'я, за долю близьких, побоювання та занепокоєння були їх постійними супутниками. Такі особи були збентеженими, коли на них звертали увагу, не любили фізичної праці, вважаючи себе незграбними

та недолугими, були схильні до самоаналізу, і ні до чого не зобов'язуючи ми міркуваннями на загальні теми. Педантична акцентуація вірогідно асоційована з Pa-параноєю ($r=0,44$) та Pt-психастенією ($r=0,35$) (рис. 3А).

Хворі зі збудливою акцентуацією характеру були запальні, схильні впадати в нестримну лютю, образливі та злопам'ятні, не упускали жодного випадку «розрахуватись» за образу. У той же час вони були надзвичайно вимогливі до інших, вважали своїм обов'язком давати поради, але не терпіли їх по відношенню до себе. Іноді у таких осіб був безпричинно тужливий настрій вони ставали особливо дратівливими, проте в роботі проявляли ретельність й акуратність. Акцентуації їх характеру статистично значимо корелювали з L-бажанням представити себе у вигідному світлі ($r=-0,50$), Pd-психопатією ($r=0,34$), Pa-параноєю ($r=0,50$), Pt-психастенією ($r=0,44$) та Sc-шизоїдністю ($r=0,40$) (рис. 3Б).

Хворі з гіпертимною акцентуацією були привітні, добрі, відкриті, балакучі, мали багато друзів, були готові допомагати людям, але далеко не завжди дотримувались своїх обіцянок, не виносили кропіткої роботи, що вимагає посидючості та терпіння, часто були необов'язковими. Часто їхні оригінальні ідеї, як правило, не втілювалися в життя. Гіпертимні особистості були глузливі, любили копіювати людей; вважали себе вище за інших, не виносили, коли їм суперечили, і могли грубо та образливо поводити себе в цих випадках, легко ставились до життєвих негараздів і до грошей. Їх акцентуації не справляли значущого впливу на формування особистості.

Тривожні особи в дитинстві переживали почуття страху, що нерідко сягало значної міри (боялися темряви, грози, тварин, інших дітей). У дорослих ці страхи нівелювались, але боязкість залишалась у вигляді елементів покірності, приниженості, іноді з компенсацією з самовпевненою або навіть зухвалою поведінкою, проте її неприродність кидалася в очі. Часом у тривожних особистостей до боязкості приєднувалася лякливість, яка носила чисто рефлекторний характер, але могла бути й проявом раптового страху. Страх нерідко супроводжувався соматичною реакцією, яка в свою чергу посилювала страх. Тривожна акцентуація характеру вірогідно поєднана з Pd-психопатією ($r=0,41$), Pa-параноєю ($r=0,43$), Pt-психастенією ($r=0,42$) (рис. 4А).

Для хворих з емотивним типом акцентуації були притаманні чутливість і глибокі реакції в області «тонких» емоцій, вразливість, чуйність, щирість. Вони любили природу, захоплювались витворами мистецтва,

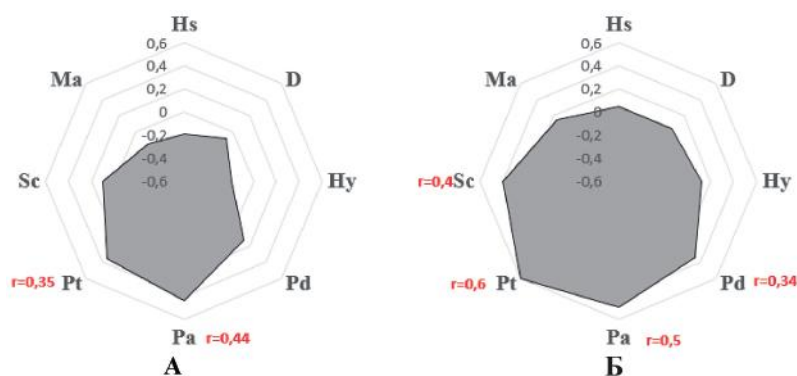


Рисунок 3 – А – Кореляції педантичної акцентуації з особистісними особливостями у хворих з міопією; Б – Кореляції збудливої акцентуації характеру з особистісними особливостями у хворих з міопією.

легко плакали від засмучення й від радощів; душевні потрясіння мали патологічно глибокий вплив на таких людей, викликали реактивну депресію. Оскільки на емотивну особистість впливають тільки переживан-

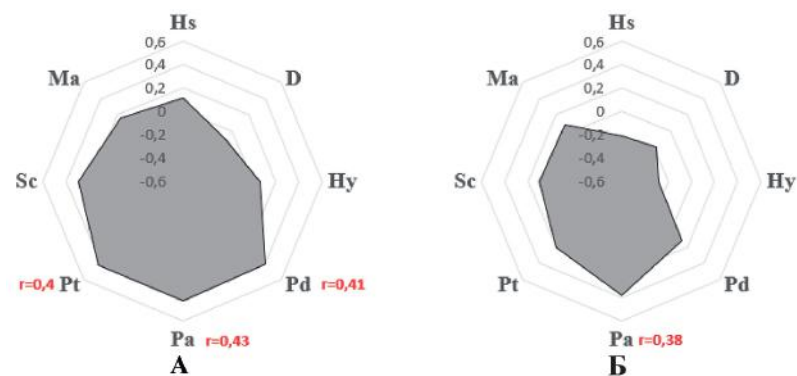


Рисунок 4 – А – Кореляції тривожної акцентуації з особистісними особливостями у хворих з міопією; Б – Кореляції емотивної акцентуації характеру з особистісними особливостями у хворих з міопією.

ня, викликаючи безпосередню реакцію без зміни настрою, особи цього типу не здатні відчувати безпричинні веселощі, щастя та сприймають будь-яку життєву подію серйозніше, ніж інші люди. Емотивна акцентуація характеру статистично значимо корелює лише з Pa-параноєю ($r=0,38$) (рис. 4Б).

Особі з циклотимічною акцентуацією характеризувались змінами гіпертимічних і дистимічних станів. У пацієнтів з цією акцентуацією на перший план виступали то один, то інший з цих двох полюсів, іноді без видимих зовнішніх мотивів, а іноді у зв'язку з конкретними подіями. Радісні враження не тільки викликали у них позитивні емоції, але

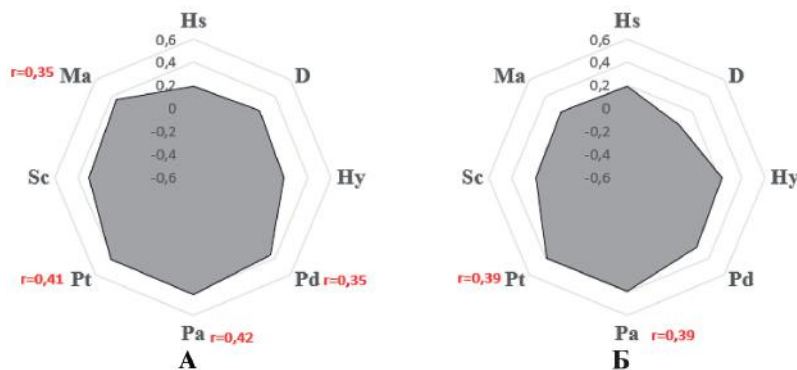


Рисунок 5 – А – Кореляції циклотимічної акцентуації з особистісними особливостями у хворих з міопією; Б – Кореляції екзальтованої акцентуації характеру з особистісними особливостями у хворих з міопією.

й супроводжувалися загальною картиною гіпертимії: жагою діяльності, підвищеною балакучістю, «скачкою» ідей, в той час як сумні події приводили до пригніченості, сповільненості реакцій та мислення. Причини зміни полюсів не завжди були зовнішні подразники, іноді достатньо було невловимого повороту в загальному настрої. Якщо збиралося веселе товариство, то афективно-лабільні особистості могли опинитися в центрі уваги, бути «заводіяма», веселити всіх присутніх; і навпаки, в серйозному, стриманому оточенні вони могли виявитися самими замкнутими, мовчазними. Ця акцентуація суттєво впливає на Pd-психопатію ($r=0,35$), Pa-параною ($r=0,42$), Pt-психастенію ($r=0,41$) та Ma-гіпоманію ($r=0,35$) (рис. 5А).

Екзальтована акцентуація виражалася в бурхливих емоційних реакціях на життєві ситуації та більшою інтенсивністю їх зовнішніх проявів. Ці пацієнти однаково перебільшено приходили в захоплення від радісних подій та у відчай – від сумних. Екзальтація мотивувалася тонкими, альтруїстичними спонуканнями; прихильністю до близьких, друзів, радістю за них, за їх удачі. Цим особам були властиві захоплені пориви, не пов'язані з суто особистими відносинами, їх захоплювали любов до музики, мистецтва, природи, спорту, переживання релігійного порядку. Інший полюс реакцій таких хворих – крайня вразливість з приводу сумних фактів. Жалість, співчуття до нещасних людей, до хворих тварин доводила їх до відчаю. З приводу легкої невдачі або розчарування, яке назавтра іншими вже було б забуте, екзальтовані люди відчували щире й глибоке горе. Характерно було також різке наростання страху, навіть незначного, що проявлялося посиленням вегетативних і психічних реакцій. Екзальтована акцентуація характеру вірогідно асоційована лише з Pa-параноєю ($r=0,39$), Pt-психастенію ($r=0,391$) (рис. 5Б).

Обговорення результатів дослідження.

В наших попередніх публікаціях було показано, що характер хворих на міопію проявлявся консерватизмом, стриманістю, підпорядкованістю, тривожністю, розвиненою уявою, високим самоконтролем, що істотно впливало на формування їх внутрішньої картини хвороби. Сенситивний тип ставлення до захворювання (ТСЗ) корелював із комунікабельністю-замкнутістю (А); ейфоричний вид реагування на хворобу (ВРХ) – з комунікабельністю-замкнутістю (А), емоційною стійкістю (С), незалежністю-підпорядкованістю (Е), експресивною силою «Я»-безпринципністю (G), сміливістю-боязкістю (Н), гнучкістю-ригідністю (І), гнучкість-прямолинійністю (N), тривожністю-спокоем (О), високим-низьким самоконтролем (Q3). Неврастенічний ТСЗ, пов'язаний з емоційною стійкістю (С), експресивною силою «Я»-безпринципністю (G), тривожністю-спокоем (О), радикалізмом-консерватизмом (Q1), конформізмом-нонконформізмом (Q2). Обсесивно-фобічний ВРХ корелював з емоційною стабільністю (С), незалежністю-підпорядкованістю (Е), експресивною силою «Я»-безпринципністю (G), тривожністю-спокоем (О), високим-низьким самоконтролем (Q3); ергопатичний ТСЗ – з емоційною стабільністю (С), незалежністю-підпорядкованістю (Е), гнучкістю-ригідністю (І), тривожністю-спокоем (О), напруженістю-розслабленістю (Q4). Формування егоцентричного ТСЗ було пов'язане з комунікабельністю-замкнутістю (А), емоційною стабільністю (С),

тривожністю-спокоем (О) і напруженістю-розслабленістю (Q4). Гармонійний ТСЗ корелював з емоційною стабільністю (С), Н-сміливістю-боязкістю (С), гнучкістю-жорсткістю (І), гнучкістю-прямолинійністю (N), тривожністю-спокоем (О), високим-низьким самоконтролем (Q3), напруженістю-розслабленістю (Q4); анозогнозний ВРХ – з комунікабельністю-замкнутістю (А), інтелектом (В), емоційною стійкістю (С), сміливістю-боязкістю (Н), гнучкістю-ригідністю (І), тривожністю-спокоем (О). Тривожний ТСЗ асоціювався з комунікабельністю-замкнутістю (А), виразністю сили «Я»-безпринципністю (G), радикалізмом-консерватизмом (Q1), конформізмом-нонконформізмом (Q2) [18].

Наші погляди щодо дослідження особливостей характеру, внутрішньої картини хвороби пацієнтів з міопією [18], що є необхідними для визначення етіопатогенезу нозогеній внаслідок цієї патології та розробки психокорекційних програм для таких хворих, співставні з роботою Li Y et al., в якій вказано, що аналіз взаємозв'язку між особистістю та депресією у осіб з міопією сприятиме розробці субклінічних профілактичних заходів і клінічних схем лікування [4]. Для виявлення патологічних взаємозв'язків між особистістю та депресією необхідно зрозуміти етіологію коморбідності між депресією та психічними розладами [5]. Y. Li et al. вважають, що високий рівень нейротизму, низька екстравертність і сумлінність, а також інші пов'язані риси (роздумування, самокритичність, залежність тощо) корелюють з депресією. Невротизм певною мірою може передбачити початок депресії та вплинути на тривалість і результат її лікування. Такі риси, як позитивна емоційність/екстравертність і старанний контроль/відповідальність, зменшують зв'язок між негативною емоційністю/невротизмом і депресією. А після настання депресії невротизм може змінитися, але екстравертність не зміниться [6].

Y. Mao et al. показали, що серед осіб з міопією поширеність депресії коливалася від 13,10 до 76,21% із середнім показником 32,74%, а тривоги – від 8,54 до 88,30% із середнім значенням 27,22% [19]. Виходячи з мета-аналізу, стать, рівень навчання, місце проживання, задоволеність поточним основним і місячним доходом сім'ї на душу населення значущо були пов'язані з депресією. Рівень оцінки та задоволеність фаховою спеціальністю були значною мірою пов'язані з тривогою [7].

H. Zhang et al. вказують на те, що міопія пов'язана з тривогою; чим вищий ступінь міопії, тим більший показник тривожності. Однак міопія не пов'язана з депресією [20]. Тривога та депресія зустрічаються у осіб з міопією в 10,34 та 25,13% випадків. Виявлено вірогідні кореляційні зв'язки між тривогою та силою видовища, сферичним еквівалентом, часом сну та індексом маси тіла. У моделях лінійної регресії з кількома параметрами сила окуляра та еквівалент сфери були негативно пов'язані з показниками тривоги, тоді як осьова довжина позитивно корелювала з показниками тривоги. Зменшення тривалості сну на 1 годину асоціювалося зі збільшенням показника депресії на 0,12 бала [20].

Отримані нами результати свідчать про те, що неврастенія зустрічається у майже половини (41,3%) хворих на міопію. Цей розлад у обстежених проявлявся у двох формах: частина осіб скаржилися на

підвищену втомлюваність при розумових навантаженнях, що призводило до зниження їх професійної продуктивності та зменшило можливість виконання буденних справ. Інші пацієнти страждали від фізичної слабкості, виснаження при найменших зусиллях, м'язового болю, неможливості зменшення напруження.

Проведене нами дослідження показало, що особам з міопією та неврастенією були притаманні іпохондрична фіксація на порушеннях фізичного здоров'я (підвищення на шкалі Hs-іпохондрії); витіснення тривоги, демонстративна поведінка (конверсійний V). Чоловіки вирізнялися домінуванням, жінки – стриманістю та пасивністю поведінки (зниження на шкалі Mt-мужності-жіночості); афективною ригідністю (підвищення на шкалі Pa-параної); обачливістю та обережністю (зниження на шкалі Pt-психастенії).

Серед хворих на міопію з неврастенією явні акцентуації характеру були діагностовані в 80,6% і не визначались в 19,4% випадках. При цьому у переважній більшості (64%) були змішані акцентуації і чисті – у 36% обстежених. Серед цих осіб в структурі чистих акцентуацій демонстративна зустрічалася у 27,7%, застрягаюча, екзальтована, збудлива, тривожна, емотивна – по 14,5%, тобто найпоширенішою була демонстративна акцентуація характеру. Серед усіх акцентуацій у таких пацієнтів демонстративна зустрічалася у 6,2%, застрягаюча – у 31,2%, педантична – у 3,1%, збудлива – у 18,4%, гіпертимна – у 12,5%, тривожна – у 18,7%, емотивна – у 37,5%, циклотимічна – у 28,1%, екзальтована – у 25,0% випадків.

У хворих на міопію з неврастенією демонстративна акцентуація характеру вірогідно корелювала з L-бажанням представити себе у вигідному світлі ($r=-0,42$); педантична – з Pa-параноєю ($r=0,44$) та Pt-психастенією ($r=0,35$); збудлива – з L-бажанням представити себе у вигідному світлі ($r=-0,50$), Pd-психопатією ($r=0,34$), Pa-параноєю ($r=0,50$), Pt-психастенією ($r=0,44$) та Sc-шизоїдністю ($r=0,40$). Тривожна акцентуація характеру у цих осіб вірогідно поєднана з Pd-психопатією ($r=0,41$), Pa-параноєю ($r=0,43$), Pt-психастенією ($r=0,42$); емотивна – з Pa-параноєю ($r=0,38$); циклотимічна – з Pd-психопатією ($r=0,35$), Pa-параноєю ($r=0,42$), Pt-психастенією ($r=0,41$) та Ma-гіпоманією ($r=0,35$); екзальтована – з Pa-параноєю ($r=0,39$), Pt-психастенією ($r=0,39$).

В своїх роботах I.R. Una et al., вивчаючи величини сферичного дефекту й риси особистості хворих на міопію, не знайшли статистично значущої кореляції з нейротизмом ($r=-0,057$), екстраверсією ($r=-0,020$), відкритістю ($r=-0,032$), добротою ($r=-0,060$) та відповідальністю ($r=-0,034$) [17]. Проте вони показали значущу ($r=0,002$) тенденцію до збільшення міопічного дефекту при зростанні показника екстраверсії.

Аномалія рефракції (на прикладі міопії) позначається на певних особливостях поведінкового компонента «Я-концепції» особистості. Особистість з короткозорістю віддає перевагу механізму психоло-

гічного захисту «заперечення», при регулюванні конфліктів часто звертається до «співпраці». Характер взаємозв'язку самооцінки з поведінковим компонентом «Я-концепції» особистості з міопією визначається такими особливостями. Активація механізму психологічного захисту «раціоналізація» сприяє підвищенню самооцінки, стимулює механізми «витіснення» і «компенсації», що певним чином впливає на вибір «співпраці» як домінуючого режиму вирішення конфлікту. Перераховані особливості супроводжуються певним ускладненням (суперечливістю) поведінкового компонента «Я-концепції» [5], що потребує подальших досліджень.

Висновки.

1. Неврастенія зустрічається майже у половини (41,3%) хворих на міопію та проявляється у скаргах на підвищену втомлюваність при розумових або фізичних навантаженнях.

2. Особам з неврастенією при міопії притаманні іпохондрична фіксація на порушеннях соматичного здоров'я; демонстративна поведінка; афективна ригідність; обачливість та обережність. Чоловікам, яких було суттєво менше при даній патології, притаманне домінування, а жінкам – стриманість і пасивність поведінки.

3. В 80,6% випадків у хворих на міопію з неврастенією виявлено явні акцентуації характеру; серед них у 64% були змішані, у 36% обстежених – чисті акцентуації. В структурі чистих акцентуацій найпоширенішою була демонстративна; серед усіх акцентуацій – емотивна, циклотимічна та екзальтована.

4. У таких осіб демонстративна акцентуація характеру вірогідно корелювала з L-бажанням представити себе у вигідному світлі; педантична – з Pa-параноєю та Pt-психастенією; збудлива – з L-бажанням представити себе у вигідному світлі, Pd-психопатією, Pa-параноєю, Pt-психастенією та Sc-шизоїдністю. Тривожна акцентуація характеру у цих хворих статистично значущо поєднана з Pd-психопатією, Pa-параноєю, Pt-психастенією; емотивна – з Pa-параноєю; циклотимічна – з Pd-психопатією, Pa-параноєю, Pt-психастенією та Ma-гіпоманією; екзальтована – з Pa-параноєю, Pt-психастенією.

5. Визначення поширеності нозогеній у хворих на міопію, вивчення їх етіопатогенезу та особливостей діагностики, розуміння впливу на соматичний і психологічний стан пацієнта, характеру комбінованого (медикаментозного і хірургічного) лікування – все це має бути покладено в основу розробки програм їх реабілітації після оперативної корекції.

Перспективи подальших досліджень.

Вивчення поширеності та етіопатогенезу формування нозогеній при міопії, визначення характеру та чинників формування внутрішньої картини хвороби та обмежень життєдіяльності у пацієнтів, уточнення клінічного та психологічного реабілітаційного потенціалу та визначення мішеней психокорекції.

References / Література

1. Holden BA, Fricke TR, Wilson DA, Jong M, Naidoo KS, Sankaridurg P, et al. Global prevalence of myopia and high myopia and temporal trends from 2000 through 2050. *Ophthalmology*. 2016;123:1036-42. DOI: [10.1016/j.ophtha.2016.01.006](https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2016.01.006).
2. Kandel H, Khadka J, Goggin M, Pesudovs K. Impact of refractive error on quality of life: a qualitative study. *Clin Experiment Ophthalmol*. 2017;45:677-88. DOI: [10.1111/ceo.12954](https://doi.org/10.1111/ceo.12954).
3. Natsional'nyy klasyfikator Ukrayiny. Klasyfikator khvorob ta sporidnykh problem okhorony zdorov'ya. Kyiv: Ministerstvo okhorony zdorov'ya Ukrayiny; 2021. 1670 s. Dostupno: <https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/11/nacjonalnyj-klasyfikator-nk-025.pdf>. [in Ukrainian].

4. Li Y, Wei DT, Sun JZ, Meng J, Ren ZT, He L, et al. Personality and depression: A review of theory model and behavior and neural mechanism. Sheng Li Xue Bao. 2019;1:163-172.
5. Gulyi YI, Nauchytel OD, Dolgopolova OV. Features of the interconnection between self-esteem and behavioral component of the «I-concept» of personality with the anomaly of refraction (on the example of myopia) Psychological Counseling and Psychotherapy. 2018;9:63-69. DOI: [10.26565/2410-1249-2018-9-08](https://doi.org/10.26565/2410-1249-2018-9-08).
6. Li Z, Wei J, Lu S, Wang F, Xia Y. Association between myopia and anxiety: a cross-sectional study based on Chinese university freshmen. Ann Transl Med. 2023;11(8):298. DOI: [10.21037/atm-23-743](https://doi.org/10.21037/atm-23-743).
7. American Psychiatric Association. What is Depression? Washington: American Psychiatric Association; 2017. Available from: <https://www.apa.org/topics/depression>.
8. World Health Organization. Depression. Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
9. Jhangiani RS, Chiang ICA, Cuttler C, Leighton DC. Research Methods in Psychology. 2-nd ed. Victoria: BCcampus; 2019. Chapter 4, The Variety of Theories in Psychology; p. 76-80. Available from: <https://openstax.org/r/researchmethods/chapter/the-variety-of-theories-in-psychology/>.
10. Misluk-Gervase E. Foundations of Art Therapy. Cambridge: Academic Press; 2022. Chapter 6, Overview of theoretical orientations; p. 197-210. Available from: <https://www.sciencedirect.com/topics/psychology/psychological-theory>.
11. MOZ Ukrayiny. Nakaz Ministerstva okhorony zdorov'ya Ukrayiny № 827 Unifikovanyy klinichnyy protokol pervynnoyi, vtorynnoyi (spetsializovanoyi), tretynnoyi (vysokospetsializovanoyi) medychnoyi dopomohy porushennya refraktsiyi ta akomodatsiyi: miopiya, hipermetropiya, astyhmazyzm, anizometropiya, presbiopiya, porushennya akomodatsiyi, ambiopiya, keratokonus, kontaktna korektsiya zoru. Kyiv: MOZ Ukrayiny; 2015. Dostupno: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2015_827_ykpm_d_porref.pdf. [in Ukrainian].
12. Ustinov OV. Klinichnyy protokol likuvannya khvorykh na miopiyu na vtorynnyi lantsi. Miopiya: spetsializovana dopomoha. Ukrayins'ky medychnyy chasopys. 2016. Dostupno: <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-97580-miopiya-spetsializovana-dopomoga>. [in Ukrainian].
13. MOZ Ukrayiny. Nakaz Ministerstva okhorony zdorov'ya Ukrayiny № 110 Informovana dobrovil'na z-hoda patsiyenta na obrobku personal'nykh danykh. Kyiv: MOZ Ukrayiny; 2012. Dostupno: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0697-12#Text>. [in Ukrainian].
14. Babak VP, Bilets'ky AYA, Prystavka OP, Prystavka PO. Statystychna obrobka danykh. K.: MIVVTS; 2001. 388 s. [in Ukrainian].
15. Psykholis. Opytuvat'nyk Shmishheka. Psykholis; 2024. Dostupno: http://psykholis.com.ua/oprosnik_shmishheka.htm. [in Ukrainian].
16. Berezin FB, Miroshnikov MP, Rozhanets RB. Metodika mnogostoronnego issledovaniya lichnosti (v klinicheskoy meditsine i psikhogigiyene) M.: Medytsyna; 1976. Dostupno: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=66000.
17. Uña IR, Bartolomé FP, Ortiz MU, Villalobos PA, Vallecilla MB, Cueto LFV, et al. Study of the relationship between myopia and personality. Arch Soc Esp Oftalmol. 2015;90(8):365-72. DOI: [10.1016/j.oftal.2015.01.005](https://doi.org/10.1016/j.oftal.2015.01.005).
18. Skrypnyk RL, Drozdov VO. The character of patients with myopia and its importance in the formation of the internal picture of the disease. Visnyk problem biolohiy i medytsyny. 2024;3(174):186-90. DOI: [10.29254/2077-4214-2024-3-174-186-197](https://doi.org/10.29254/2077-4214-2024-3-174-186-197).
19. Mao Y, Zhang N, Liu J, Zhu B, He R, Wang X. A systematic review of depression and anxiety in medical students in China. BMC Med Educ. 2019;19:327. DOI: [10.1186/s12909-019-1744-2](https://doi.org/10.1186/s12909-019-1744-2).
20. Zhang H, Gao H, Zhu Y, Zhu Y, Dang W, Wei R, et al. Relationship Between Myopia and Other Risk Factors With Anxiety and Depression Among Chinese University Freshmen During the COVID-19 Pandemic. Front Public Health. 2021;9:774237. DOI: [10.3389/fpubh.2021.774237](https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.774237).

МІОПІЯ ТА НЕВРАСТЕНІЯ: ВПЛИВ АКЦЕНТУАЦІЙ ХАРАКТЕРУ НА ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ

Дроздов В. О., Скрипник Р. Л.

Резюме. Метою дослідження було встановити особливості впливу акцентуацій характеру на формування особистості хворих на міопію з неврастенією.

Об'єкт і методи дослідження. Обстежено 150 хворих з міопією середнього ступеня і складним міопічним астигматизмом слабкого ступеня обох очей, серед яких діагноз неврастенія було встановлено 62 пацієнтам, серед яких було 15 чоловіків та 47 жінок, у віці 28,4±4,13 роки. Незалежна гострота зору вдаль у пацієнтів становила 0,045±0,01 МО, а максимальна скоригована гострота зору – 0,88±0,13 МО. Для вивчення акцентуацій характеру хворих ми використовували «Опитувальник Шмішека; для дослідження особистісних характеристик – «Методику багатостороннього дослідження особистості». Статистичну обробку результатів дослідження проводили методами математичної статистики.

Результати дослідження. В цьому дослідженні ми встановили, що неврастенія зустрічається у 41,3% хворих на міопію; серед їхніх скарг домінує значна втомлюваність при розумових або фізичних навантаженнях. Хворим на міопію з неврастенією притаманні іпохондрична фіксація на порушеннях фізичного здоров'я; демонстративність поведінки; афективна ригідність; обачливість та обережність. Чоловікам було притаманне домінування, а жінкам – стриманість і пасивність поведінки. В 80,6% випадків у таких пацієнтів виявлено явні акцентуації характеру; серед них у 64% були змішані, у 36% – чисті акцентуації. В структурі чистих акцентуацій переважала демонстративна; серед усіх акцентуацій – емотивна, циклотимічна та екзальтована. У цих осіб демонстративна акцентуація характеру статистично значуще корелювала з L-бажанням представити себе у вигідному світлі; педантична – з Pa-параноєю та Pt-психастенією; збудлива – з L-бажанням представити себе у вигідному світлі, Pd-психопатією, Pa-параноєю, Pt-психастенією та Sc-шизоїдністю. Тривожна акцентуація характеру у цих хворих статистично значущо поєднана з Pd-психопатією, Pa-параноєю, Pt-психастенією; емотивна – з Pa-параноєю; циклотимічна – з Pd-психопатією, Pa-параноєю, Pt-психастенією та Ma-гіпоманією; екзальтована – з Pa-параноєю, Pt-психастенією.

Висновки. Визначення поширеності нозогеній у хворих на міопію, вивчення їх етіопатогенезу та особливостей діагностики, розуміння впливу на соматичний і психологічний стан пацієнта, характеру комбінованого (медикаментозного і хірургічного) лікування – все це має бути покладено в основу розробки програм їх реабілітації після оперативної корекції.

Ключові слова: міопія, неврастенія, акцентуації характеру, особистісні особливості, нозогенії.

MYOPIA AND NEURASTHENIA: INFLUENCE OF CHARACTER ACCENTUATION ON PERSONALITY FORMATION

Drozdov V. O., Skrypnyk R. L.

Abstract. The aim of the study was to establish the peculiarities of the influence of character accentuations on the formation of the personality of patients with myopia with neurasthenia.

Object and research methods. 150 patients with moderate myopia and complex myopic astigmatism of a weak degree in both eyes were examined, among whom the diagnosis of neurasthenia was established in 62 patients, among whom there were 15 men and 47 women, aged 28.3 ± 4.21 years. Independent distance visual acuity in patients was 0.045 ± 0.01 IU, and maximum corrected visual acuity was 0.88 ± 0.13 IU. To study accentuations of the patients' character, we used "Shmisek's Questionnaire"; for the study of personal characteristics – "Methodology of multi-faceted personality research". The statistical processing of the research results was carried out using the methods of mathematical statistics.

Research results. In this study, we found that neurasthenia occurs in 41.3% of myopic patients; significant fatigue during mental or physical exertion dominates among their complaints. Patients with myopia with neurasthenia are characterized by a hypochondriac fixation on physical health disorders; demonstrative behavior; affective rigidity; prudence and caution. Men were characterized by dominance and women by restraint and passivity of behavior. In 80.6% of cases in such patients, clear accentuations of character were found; among them, 64% had mixed accents, and 36% had pure accentuations. In the structure of pure accentuations, the demonstrative one prevailed; among all accentuations – emotional, cyclothymic and exalted. In these individuals, demonstrative character accentuation was statistically significantly correlated with L-desire to present oneself in a favorable light; pedantic – with Ra-paranoia and Pt-psychasthenia; excitable – with L-desire to present oneself in a favorable light, Pd-psychopathy, Pa-paranoia, Pt-psychasthenia and Sc-schizoid. The anxious accentuation of character in these patients is statistically significantly combined with Pd-psychopathy, Pa-paranoia, Pt-psychasthenia; emotional – with Pa-paranoia; cyclothymic – with Pd-psychopathy, Pa-paranoia, Pt-psychasthenia and Ma-hypomania; exalted – with Pa-paranoia, Pt-psychasthenia.

Conclusions. Determining the prevalence of nosogenia in patients with myopia, studying their etiopathogenesis and diagnostic features, understanding the impact on the somatic and psychological state of the patient, the nature of combined (drug and surgical) treatment – all this should be the basis for developing programs for their rehabilitation after surgical correction.

Key words: myopia, neurasthenia, character accentuations, personal characteristics, nosogenies

ORCID and contributionship / ORCID кожного автора та його внесок до статті:

Droz dov V. O.: <https://orcid.org/0000-0001-6565-5858>^{CDE}

Skrypn yk R. L.: <https://orcid.org/0000-0002-3546-4193>^{ABF}

Conflict of interest / Конфлікт інтересів:

The authors declare no conflict of interest. / Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Corresponding author / Адреса для кореспонденції

Droz dov Volodymyr Oleksi yovych / Дроз дов Володимир Олексійович

British Ophthalmological Center / Британський офтальмологічний центр

Ukraine, 01004, Kyiv, 3a Kruty i Uzviz str. / Адреса: Україна, 01004, м. Київ, вул. Крутий Узвіз 3а

Tel.: +380677571077 / Тел.: +380677571077

E-mail: vladimirandco@gmail.com

A – Work concept and design, B – Data collection and analysis, C – Responsibility for statistical analysis, D – Writing the article, E – Critical review, F – Final approval of the article / A – концепція роботи та дизайн, B – збір та аналіз даних, C – відповідальність за статичний аналіз, D – написання статті, E – критичний огляд, F – остаточне затвердження статті.

Received 10.07.2024 / Стаття надійшла 10.07.2024 року

Accepted 19.11.2024 / Стаття прийнята до друку 19.11.2024 року

DOI 10.29254/2077-4214-2024-4-175-349-361

UDC 616.12-008.331.1:616.379-008.64]-056.25-078-085

Dunaieva I. P.

**CARDIOMETABOLIC PHENOTYPES IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION,
TYPE 2 DIABETES MELLITUS AND OBESITY AND THEIR KEY INDICATORS**

Kharkiv National Medical University (Kharkiv, Ukraine)

innadunaieva@gmail.com

This paper examines the peculiarities of cardiometabolic phenotypes in patients with arterial hypertension, type 2 diabetes mellitus, and obesity. The key markers reflecting changes in the cardiovascular and renal systems, including cardiotrophin-1, catenestatin, and neutrophil gelatinase-associated lipocalin, were identified.

This study was aimed at identifying the peculiarities of cardiometabolic phenotypes and early markers of pathology development in patients with combined conditions of arterial hypertension, type 2 diabetes mellitus, and obesity.

211 patients were included in the study, divided into four groups depending on comorbidity. Clinical, laboratory, and instrumental techniques, including analysis of lipid and carbohydrate profiles, as well as levels of heart failure markers, and assessment of heart structure and function using ultrasound diagnostics were used.

Three cardiometabolic phenotypes of patients were identified depending on comorbidity. The levels of such markers as cardiotrophin-1, NT-proBNP, and NGAL were found to be significantly correlated with the risk of cardiovascular and renal impairment. Patients with combined pathology exhibit the most pronounced disorders.