

цьому рівні співвідносяться з негативними змінами за типом дисгармонії особистості, що включає особливості хворих на ПШ. Відмічено деяку агравацію для збереження допомоги й підтримки членів родини. Обсяг побутових обов'язків варіює згідно з традиційним розподілом навантаження, прийнятним у родині до її членів.

Другий рівень психосоціальної адаптації пацієнта в родині. Відмінними рисами хворих є порушення в сфері мотивації й відхилення у сфері особистісної та соціальної активності, превалювання негативних розладів із ознаками редукції енергетичного потенціалу й характерним для ПШ емоційним сплосченням. Пацієнти мають потребу у постійному спонуканні ззовні з боку родини у соціально-побутової діяльності. У родині хворі займають залежну позицію від інших членів, покладаючи на них свої функції, що викликає підвищене навантаження на останніх. Зростаючі зусилля щодо обслуговування пацієнта у родині порушує звичну організацію життєдіяльності та спілкування родини.

Перший рівень психосоціальної адаптації пацієнта в родині. Хворий повністю дезадаптований — не виконує обов'язків члена родини, функціонування відособлено. Критичне ставлення до рідних приймає неприйнятні форми. У сімейних відносинах хворі перебувають у відособленому «кутку» в середині родини. Відмічається зневажливе ставлення до соціальних цінностей, опозиція до авторитетів у сполученні з небажанням працювати. У спілкуванні з родиною спостерігається втрата емоційної прихильності, конфлікти, роздратування, розчарування, агресія. Повне розходження між соціальними домаганнями та реальними можливостями, декларування особистої незалежності. Емоційні захоплення відрізняються нестійкістю. Хворі демонструють негативне ставлення до сімейного життя, обираючи об'єктом критики членів родини.

Встановлені особливості родинної взаємодії та психосоціальної адаптації пацієнтів в родині покладені нами в основу розробки диференційованих психотерапевтичних заходів, які є складовою частиною комплексної терапії хворих на параноїдну шизофренію.

УДК 616-036.82+616.831-005.1-037+159.923+173.7

ЩОДО ЗВ'ЯЗКУ АКТУАЛЬНОГО ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІШЕМІЧНИЙ МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ, ТА СТАНУ ЇХ СІМЕЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ

М. В. Маркова, Н. В. Книш

*Харківська медична академія післядипломної освіти;
Міська клінічна лікарня № 5, м. Суми*

Ключові слова: психологічні особливості, жінки, сімейна взаємодія, ішемічний інсульт

Мета роботи — встановлення наявності зв'язку між особливостями актуального психоемоційного статусу жінок, які перенесли ішемічний мозковий інсульт (ІМІ), складу їх сім'ї та стану родинної взаємодії, для подальшого визначення стратегії медико-психологічної реабілітації пацієнток.

За допомогою клінічного, психодіагностичного, соціально-демографічного методів дослідження обстежено 210 жінок, які перенесли ІМІ, та близьких членів їх родин — чоловіка (в разі повної сім'ї) або дитини (у випадку неповної сім'ї пацієнтки). Основну групу № 1 склали 110 жінок та їхніх чоловіків, основну групу № 2 — 100 жінок та їхніх дітей (віком від 12 до 16 років). Дослідження проводили на стадії раннього відновлювального періоду перебігу ІМІ, на 20—30 день після виписки пацієнток зі стаціонару та повернення в родину. Критеріями включення у дослідження були: інформаційна згода хворої та членів її родини; наявність у жінки ІМІ середнього ступеня тяжкості (з локалізацією в басейнах середніх мозкових артерій, без клінічних ознак набряку головного мозку, без порушень свідомості, з осередковими симптомами ураження головного мозку); вік пацієнток від 35 до 50 років (вік активного виконання жінкою максимальної кількості сімейних функцій); наявність у пацієнтки власної родини: повної (чоловік, можливо дитина) або неповної

(дитина); при оцінюванні когнітивного статусу показник більше 21 балу за шкалою Mini-mental State Examination (MMSE). Визначення актуального психоемоційного стану жінок, які перенесли ІМІ, здійснювали з використанням шкали депресії Бека (BDI) і методики діагностики самооцінки Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна для отримання даних суб'єктивної оцінки пацієнтками свого стану та шкал депресії і тривоги Гамільтона HDRS та HARS для порівняння суб'єктивної оцінки та об'єктивних даних.

Аналіз показників, які характеризують стан когнітивно-афективної сфери та соматичні прояви депресії, визначив їх достовірну різницю в залежності від групи обстежених ($p \leq 0,05$). Так, у пацієнток основної групи № 1 переважали симптоми когнітивного та афективного спектра, які діагностувалися у більш вираженому ступені прояву. У свою чергу, у основній групі № 2 серед показників переважали такі, що характеризували вираженість соматичних проявів депресії.

Встановлено, що такі характеристики, як песимізм, незадоволеність, відроза до себе, ідеї самозвинувачення, роздратованість, слізливість, нерішучість, були характерні для більшості жінок з основної групи № 1 ($p \leq 0,05$). З іншого боку, показники втрати працездатності, порушення сну, стомлюваності, втрати апетиту та ваги, захопленості почуттям власного тіла достовірно ($p \leq 0,05$) превалювали у жінок основної групи № 2. В цілому встановлена закономірність формування психопатологічного депресивного синдрому в залежності від сімейного статусу, що підтверджується розподілом симптомів за ступенем вираженості. Крім того, за допомогою статистичного аналізу встановлено достовірний взаємозв'язок між збільшенням ступеня вираженості симптому та його руйнівної дією на стан сімейної взаємодії пацієнток ($p \leq 0,05$).

Незважаючи на значні розходження у розподілі окремих симптомів депресії за частотою зустрічаємості у обох групах пацієнток, в цілому рівень депресивного реагування був однаково завищеним серед пацієнток обох груп. Проте, в основній групі № 1 кількість жінок з відсутністю депресії була значно більшою, ніж в основній групі № 2 (32,7 %, проти 19,0 %). Таким чином, спостерігалось відсоткове зменшення розповсюдженості депресії з посиленням її ступеня вираженості у жінок основної групи № 1 (наявність осіб без депресії і посилення вираженості психопатологічних проявів у жінок з депресією) та відносно стабільний розподіл між розповсюдженістю депресії та ступенем її вираженості у основній групі № 2. Ця залежність підтвердила думку про те, що при в цілому подібних механізмах розвитку депресії в обох групах, існує чіткий взаємозв'язок її формування та вираженості від сімейного статусу (наявності повної або неповної сім'ї). Така ситуація виникає внаслідок різних, задіяних при видужанні, мотиваційно-відповідальних механізмів: схильності до меншої відповідальності із проявами демонстративної поведінки симптомів депресії у одружених жінок та «мобілізація» із виказуванням скарг на неможливість у повному обсязі виховувати дитину внаслідок соматичного страждання, у самотніх жінок із дітьми.

У всіх пацієнток виявлено тривожність різного ступеня вираженості. У пацієнток основної групи № 1 тривожність характеризувалася як «динамічно стабільна» із більшою «маятникоподібною» пластичністю (поверненням із більш вираженого ступеня до менш вираженого). У пацієнток основної групи № 2 — як «динамічно зростаюча» без зворотного перебігу у вигляді «пікового зростання» за ступенем вираженості.

За структурою тривожності встановлено, що жінкам із загальною помірною тривожністю, які перенесли ІМІ, властивий завищений акцент до себе у зовнішньої вимогливості ($p \leq 0,05$), категоричності ($p \leq 0,05$), значимості в постановці завдань ($p \leq 0,05$), змістовному осмисленні діяльності ($p \leq 0,05$). Для жінок із низькою тривожністю, на противагу, були властиві низка активність та мотивація до діяльності ($p \leq 0,05$), порушення зацікавленості ($p \leq 0,05$), руйноване почуття відповідальності у прийнятті рішення ($p \leq 0,05$). Пацієнтки із високою тривожністю були схильні сприймати погрозу своїй самооцінці й життєдіяльності у великому

діапазоні ситуацій та реагувати вираженим станом тривожності ($p \leq 0,05$), особливо, коли вони стосувалися оцінки їх компетенції й престижу ($p \leq 0,05$).

Загальний міжгруповий аналіз розподілу реактивної та особистісної тривожності у досліджених пацієнток встановив, що для пацієнток основної групи № 1 була більш властивою реактивна (ситуативна) тривожність — 60,9 % (із середнім балом 72) для пацієнток основної групи № 2 — особистісна тривожність — 65,0 % (із середнім балом 69). Така ситуація, на наш погляд, склалася внаслідок наявності «преморбідно-особистісного завищеного тривожного тла» у жінок основної групи № 2 внаслідок підвищеної емоційної відповідальності за виховання дитини.

У жінок основної групи № 1 виявлено тенденцію до зниження власних депресивних хвилювань та своєрідна анозонозія клінічних симптомів депресії (визначення їх відсутності за суб'єктивною оцінкою). У свою чергу, пацієнтки основної групи № 2 мали схильність до «приховування» симптомів тривоги внаслідок чинника «хвилювання за дитину». У основній групі № 2 у відсотковому показнику, а також показнику ступеня виразності, переважали «психічні» симптоми над «соматичними», як усередині групи, так й у порівнянні із пацієнтками основної групи № 1.

За допомогою кореляційного аналізу між усією сукупністю показників виявлено такі, що мають міцний достовірний зв'язок зі станом сімейної взаємодії пацієнток (негативним чи позитивним). Встановлено, що серед усіх обстежених основної групи № 1 29,1 % (32) жінок та їх чоловіків можливо віднести до групи із «позитивним потенціалом та високими захисними якостями» щодо збереження благополуччя у процесі сімейної взаємодії. Серед обстежених основної групи № 2 до даної групи віднесено 35,0 % (35) пацієнток та їх дітей. До групи із «негативним потенціалом та низькими захисними якостями» щодо збереження благополуччя у процесі сімейної взаємодії серед пацієнток основної групи № 1 віднесено 70,9 % (78) жінок та їх чоловіків, основної групи № 2 — 65,0 % (65) жінок та їхніх дітей.

За результатами досліджень кваліфіковані такі варіанти сімейної взаємодії у родинах жінок, які перенесли ІМІ: непатологічний — із збереженням взаємовідносин і позитивною сімейною взаємодією, що має протективний вплив на психоемоційний стан пацієнток (29,1 % сімей основної групи № 1 і 35,0 % сімей основної групи № 2) та патологічний (деформований) — із руйнуванням взаємовідносин і негативною сімейною взаємодією, що характеризується шкідливим впливом на психоемоційні показники обстежених (70,9 % родин основної групи № 1 та 65,0 % — основної групи № 2).

Таким чином, встановлено, що на стан психоемоційних показників жінок, які перенесли ІМІ, за умови конгруентності усіх інших характеристик, більш вагомий вплив має не склад їхніх родин (повна або неповна), а варіант сімейної взаємодії (непатологічний або деформований).

Отримані результати повинні обов'язково враховуватися при побудові стратегії медико-психологічної реабілітації пацієнток, що перенесли ІМІ, та особливо — при формуванні психотерапевтичних заходів, спрямованих як для роботи з жінкою, так й з її родиною.

УДК 159.923:392.6-615.851

ТИП ТЕМПЕРАМЕНТУ ЯК ВИЗНАЧАЛЬНИЙ КРИТЕРІЙ ВИДУ ПОРУШЕННЯ КОМУНІКАЦІЇ У ЧОЛОВІКІВ З СЕКСУАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ

М. В. Маркова, В. П. Коломієць

*Харківська медична академія післядипломної освіти,
Центр планування сім'ї, м. Київ*

Ключові слова: тип темпераменту, чоловіки, сексуальні розлади

Мета роботи: визначення типу темпераменту як базової характеристики комунікаційної здатності та комунікативної спрямованості у чоловіків з сексуальними розладами різного генезу, для розробки системи їх психологічного консультування.

З дотриманням принципів біоетики та деонтології обстежено 212 чоловіків, які звернулись за спеціалізованою медико-психологічною допомогою до центру планування сім'ї м. Києва протягом 2003—2009 рр. З них 157 були у шлюбі та проходили обстеження разом з дружинами, інші 55 чоловіків не мали постійної партнерки. Із 157 подружніх пар (ПП), 86 були у зареєстрованому, 71 — громадянському шлюбі. Усі ПП потерпали від незадоволеності подружнім життям та сексуальними стосунками. Обстежені були поділені на три групи. Першу групу (група 1) склали 96 ПП, в яких причиною незадоволеності шлюбом була первинна соціально-психологічна дезадаптація, яка у міру прогресування та формування порушення міжособистісної подружньої комунікації обумовила появу вторинних розладів реалізації сексуальності партнерів. У 61 ПП (група 2) первинними виявились розлади сексуальної функції чоловіків, внаслідок чого мало місце сексуально-еротична дезадаптація подружжя та порушення сексуальної комунікації. Третю групу (група 3) склали 55 не одружених чоловіків, які не мали постійної партнерки та звернулись зі скаргами на неможливість побудови постійних гармонійних відносин з жінками, що було обумовлене станом психологічної дезадаптації та порушенням особистісної комунікації та викликало в них стан внутрішньо особистісного дискомфорту, а також сексуальні проблеми, пов'язані із неможливістю вести регулярне статеве життя.

Тип темпераменту, як базову характеристику, що визначає здатність та спрямованість комунікації, вивчали за опитувальником Г. Айзенка.

Серед обстежених в групі 1 (з порушенням подружньої міжособистісної комунікації) усі чоловіки та 55,2 ± 5,0 % жінок мали екстравертовану спрямованість, яка також виявилась характерною для 27,9 ± 4,5 % чоловіків та 37,7 ± 4,4 % жінок з групи 2 (з порушенням сексуальної комунікації). Відомо, що в екстравертів — осіб із сангвінічним та холеричним темпераментом — яскраво виражена емоційність, лабільність, комунікабельність, збудливість, імпульсивність та схильність до лідерства. Сполучення в парі даних особливостей було несприятливим чинником щодо їх адекватного спілкування на різних рівнях подружньої взаємодії.

Інтровертованість виявилась притаманною 72,1 ± 4,5 % чоловіків з групи 2 та усім самотнім з групи 3 (з порушенням особистісної комунікації). Ці особи з меланхолічним і флегматичним темпераментом демонстрували замкнутість, песимістичність, стриманість, а також певну емоційну ригідність в стосунках. Інтровертована спрямованість встановлена у 44,8 ± 5,0 % жінок з групи 1 та 36,1 ± 4,8 % — з групи 2. Така поєднаність в парі також мала несприятливий вплив на адаптивний ресурс подружжів.

Амбівертованість, тобто рівнозначне представлення в структурі темпераменту як екстравертивних, так і інтровертивних рис, діагностовано лише у 26,2 ± 4,4 % жінок з групи 2. Наявність в подружній парі дружини з таким типом темпераменту могло б поліпшити стан міжособистісної комунікації, проте, за умови сексуальної дезадаптації подружжя, не мали вагомого впливу на стан їх сексуальної комунікації.

Встановлений кореляційний зв'язок між типом темпераменту та порушення комунікації у обстежених чоловіків (міцність кореляційного зв'язку показників 0,7—0,80). Так, у чоловіків з порушенням подружньої міжособистісної комунікації встановлено екстравертований тип темпераменту, у самотніх чоловіків з порушенням особистісної комунікації — інтровертований. Чоловікам з порушенням сексуальної комунікації притаманні обидва типи, проте, інтровертований зустрічався у 2,5 рази частіше, ніж екстравертований. Крім того, виявлено, що у подружжів 1 та 2 груп мало місце несприятливе поєднання типів темпераментів партнерів, що було конфліктогенним фактором формування або посилення перебігу комунікаційних порушень.

Отримані дані стали підґрунтям розробки системи психологічної корекції сексуальних розладів різного генезу у чоловіків.