

### ДОСЛІДЖЕННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ У ЛІКАРІВ, ЩО ПРАЦЮЮТЬ У МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

*Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко*  
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
АМН України», м. Харків

*Ключові слова:* терапевтичний альянс, медичний заклад психоневрологічного профілю, реабілітація, лікувальний процес, лікарі

В теперішній час лікувально-реабілітаційний процес в психіатрії та неврології незалежно від його конкретного змісту і специфіки є не тільки медичним, але і складним психосоціальним процесом. В цьому контексті набуває особливої важливості необхідність враховувати значущі психологічні характеристики всіх учасників лікувального процесу, в тому числі особливості взаємовідносин та взаємодій лікаря і пацієнта. Тому однією з актуальних задач є дослідження терапевтичного альянсу (ТА), якість якого значною мірою впливає на успішність всього лікувально-реабілітаційного процесу.

У дослідженні застосовували авторську методику для оцінки типу ТА, а також анкету, спрямовану на вивчення відносин «лікар — пацієнт».

Обстежено 28 лікарів, з них 13 неврологів та 15 психіатрів.

У результаті дослідження було визначено основні типи терапевтичного альянсу, а саме — партнерський, регламентуючий, емпатійний та формальний. Показано, що за оцінками як неврологів, так і психіатрів в характері стосунків «лікар — пацієнт» домінують риси партнерського (79,55 ± 16,42 та 84,28 ± 16,11 балів) та регламентуючого (75,55 ± 12,40 і 70,78 ± 16,18) типів терапевтичного альянсу. Слід зазначити, що риси емпатійного типу ТА переважають у психіатрів (69,00 ± 12,42) порівняно з неврологами (60,07 ± 11,15),  $p < 0,05$ .

На наш погляд, терапевтичний альянс — динамічна, складноорганізована система міжособистісних взаємовідносин та взаємодій лікаря і пацієнта, що складається в ході лікувально-реабілітаційного процесу та впливає на його ефективність і включає поведінкову, мотиваційну та емоційну складові. В структурі ТА лікарів більш сформованою є поведінкова складова, тобто як неврологи, так і психіатри більш схильні до власної поведінкової активності в спілкуванні з хворими. Однак на рівні установок лікарі припускають можливість власної активності хворих в умовах лікувального процесу. Показники емоційної складової ТА свідчать, що в стосунках з пацієнтами лікарі рівною мірою переживають як позитивні, так і негативні емоції.

Таким чином, за оцінками всіх лікарів, що працюють в медичному закладі психоневрологічного профілю, у терапевтичному альянсі переважають риси партнерського та регламентуючого типів. В стосунках з пацієнтами для лікарів характерна висока власна поведінкова активність, а також широкий діапазон емоційного реагування.

### ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ ЗА ОЦІНКАМИ ХВОРИХ НА ОСНОВНІ НЕВРОЛОГІЧНІ ТА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

*Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко*  
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
АМН України», м. Харків

*Ключові слова:* терапевтичний альянс, медичний заклад психоневрологічного профілю, реабілітація, лікувальний процес, хворі

На сучасному етапі розвитку медицини необхідно розглядати хворого не тільки як суб'єкта хвороби, але і як суб'єкта лікувального процесу, що бере участь в ньому, переживає його і впливає на його ефективність. Необхідним є новий погляд на реалії психологічних процесів, які

відбуваються під час лікування. Тому однією з актуальних задач сучасної медичної психології є дослідження та оптимізація психологічних факторів лікувального процесу, зокрема терапевтичного альянсу (ТА).

У дослідженні застосовували авторську методику для оцінки типу ТА, а також анкету, спрямовану на вивчення відносин «лікар — пацієнт».

Було обстежено 35 хворих, з них 19 на неврологічні розлади (НР) та 16 хворих на психічні розлади (ПР).

Визначено основні типи терапевтичного альянсу, а саме — партнерський, регламентуючий, емпатійний та формальний. За результатами дослідження, хворі оцінюють терапевтичний альянс з лікарем переважно як партнерський, причому дана оцінка достовірно переважає у хворих на психічні розлади (75,00 ± 30,89 балів та 93,33 ± 10,32 відповідно ( $p < 0,05$ )). В найменшому ступені хворі відмічали риси формального типу ТА у відносинах «лікар — пацієнт», однак у хворих на ПР дана оцінка зустрічається достовірно частіше в порівнянні з хворими на НР (28,33 ± 19,92 та 43,33 ± 19,66 відповідно ( $p < 0,05$ )).

На наш погляд, терапевтичний альянс є складною системою взаємовідносин та взаємодій лікаря і пацієнта в лікувально-реабілітаційному процесі, що впливає на його ефективність і включає поведінкову, мотиваційну та емоційну складові. В структурі ТА у хворих на ПР поведінкова складова є достовірно менш вираженою у порівнянні з хворими на НР (42,00 ± 18,35 та 61,76 ± 21,84 відповідно ( $p < 0,05$ )), тобто в стосунках з лікарем хворі на психічні розлади більшою мірою проявляють пасивність, очікуючи активної поведінки і допомоги від лікаря. Установки на активну поведінку в ході лікувального процесу також дещо переважають у хворих на НР. Показники емоційної складової ТА свідчать, що в стосунках з лікарями всі хворі проявляють як позитивні, так і негативні емоційні реакції.

Визначено, що в усіх хворих існує позитивна кореляція між емоційною та поведінковою складовою ТА ( $r = 0,665$ ,  $p < 0,01$ ), тобто чим більш емоційно позитивними є стосунки з лікарем, тим активніше в процесі лікування поводяться пацієнти. Також зі збільшенням кількості госпіталізацій у хворих спостерігається тенденція до підвищення мотивації власної активної поведінки в рамках стосунків «лікар — пацієнт» ( $r = 0,467$ ,  $p < 0,05$ ).

Таким чином, за оцінками хворих на основні неврологічні та психічні розлади в стосунках «лікар — пацієнт» мають місце ознаки всіх типів терапевтичного альянсу, проте в цілому переважають риси партнерського типу. В ході лікувального процесу для всіх груп хворих характерним є середній рівень власної поведінкової активності в стосунках з лікарем в сполученні з емоційними реакціями як позитивного, так і негативного спектра.

### СЕСУАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ ТА СІМЕЙНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ У ЧОЛОВІКІВ З ЕПІЛЕПТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ

*В. В. Шиндер*

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»,  
м. Полтава

*Ключові слова:* сексуальна дисфункція, сімейна дезадаптація, епілепсія

Епілепсія та епілептичні синдроми є одними з найпоширеніших захворювань в клініці психіатричного та неврологічного профілю, що призводять до розвитку сексуальної дисфункції, знижують якість життя, спричиняють соціальну дезадаптацію та дисгармонію подружнього життя.

На сьогодні спектр проявів епілепсії активно досліджується фахівцями, що дозволило розширити розуміння цієї хвороби як проблеми.

Метою нашої роботи було дослідження рівня сімейної дезадаптації у чоловіків з епілепсією.

Обстежено 32 хворих на епілептичну хворобу, всі чоловіки, віком від 21 до 59 років. Дослідження проводили анонімно за допомогою клініко-анамнестичного, патофизиологічного методів обстеження з використанням сексологічних карток-опитувальників. Пацієнти були поділені на 2 групи: перша група — 22 чоловіка (68,7 %), які не були одруженими, друга група — 10 (31,3 %) пацієнтів, що перебували у шлюбних відносинах.

Нами встановлено, що у чоловіків першої групи статеві контакти характеризувалися переважно проміскуїтарним характером, в другій групі на фоні шлюбного життя у переважної більшості чоловіків відмічались асинхронні статевої взаємодії з дисгармонією міжособистісних відносин.

Таким чином, епілептична хвороба у чоловіків впливає на розвиток сексуальної дисфункції, призводить до розладу міжособистісних відносин, сприяє розвитку сімейної дезадаптації та соціальної взаємодії.

УДК 616.127-005.0:616.8

### ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ТИПІВ РЕАГУВАННЯ НА ХВОРОБУ ТА СУБ'ЄКТИВНИХ СКАРГ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

*О. С. Юрценюк, О. Ю. Поліщук, О. М. Пендерецька*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

*Ключові слова:* типи реагування на хворобу, ішемічна хвороба серця (ІХС)

Робота базується на обстеженні 130 хворих (70 чоловіків та 60 жінок), що перебували на стаціонарному лікуванні в відділенні інтенсивної терапії Чернівецького обласного клінічного кардіологічного диспансеру з діагнозом ішемічна хвороба серця, «гострий інфаркт міокарда», стенокардія напруження II—IV ФК, післяінфарктний кардіосклероз

Ретельно проводився збір анамнезу. При цьому, крім наявності в минулому кардіологічних захворювань, враховували такі скарги як головний біль, серцебиття, запаморочення, похитування при ходьбі, втомлюваність, пітливість, зниження апетиту, запори, порушення сну та пам'яті. Для визначення типів реагування на хворобу використовували тест для виявлення невротичних станів (К. К. Яхін, Д. М. Менделевич).

З урахуванням типів реагування на хворобу встановлено, що пацієнти з тривожним типом реагування на хворобу найчастіше скаржились на серцебиття (81,8 %), порушення сну (86,3 %), підвищену втомлюваність (77,2 %) та пітливість (63,6 %), в той час як найбільша різниця між значенням здоров'я та нездоров'я відмічалася у таких скаргах як погіршення пам'яті, серцебиття, пітливість. Задишку відзначали у себе 70 % опитаних. При істеричному типі реагування на хворобу найбільш характерними скаргами були підвищена втомлюваність (90 %), зниження працездатності (90 %), порушення сну (75 %) та похитування при ходьбі (75 %); запаморочення, погіршення пам'яті та підвищена пітливість відповідно — 65 %, 45 %, 60 %. Для людей з невротично-депресивним типом реагування на хворобу найбільш характерні такі скарги як серцебиття (90,4 %), зниження працездатності (90,4 %), порушення сну (85,7 %), виражений головний біль (80,9 %), пітливість (61,9 %), в той час як зниження апетиту відмічали у себе 38 %, запаморочення 57,1 % та порушення пам'яті — 42,8 %. При обсесивно-фобічних розладах найчастішими скаргами є зниження працездатності, порушення сну та підвищена втомлюваність — 83,3 % опитаних. На запаморочення та підвищену пітливість скаржились 61,1 %. У пацієнтів з астенічним типом реагування на хворобу бувають такі скарги: підвищена втомлюваність (90,9 %), порушення сну (86,3 %), зниження працездатності (81,8 %), серцебиття (81,8 %), похитування при ходьбі (71,2 %). Пітливість та погіршення пам'яті спостерігали у себе відповідно 63,6 % та 36,3 % хворих.

Усі типи реакцій на хворобу супроводжувались різноманітними вегетативними розладами, які були характерні як

для жінок, так і для чоловіків. Більшість опитаних скаржились на підвищену втомлюваність та зниження працездатності (89,4 %), задишку та серцебиття (84,2 %), запаморочення (73,6 %), порушення сну (68,4 %), запори (36,8 %), пронос (15,7 %).

Визначення типу реакції на хворобу у пацієнтів з ІХС дозволяє правильно оцінити суб'єктивні прояви основного захворювання та відмежувати скарги, які обумовлені психологічними чинниками та характерологічними особливостями пацієнта.

УДК: 616.89-008.454:616.127-005.8]-085

### ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК САМОПОЧУТТЯ, АКТИВНОСТІ, НАСТРОЮ ТА ОСОБИСТІСНОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

*О. С. Юрценюк, С. С. Ротар, І. Ю. Блажінна*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

*Ключові слова:* самопочуття, активність, настрої, тривожність, ішемічна хвороба серця

Ішемічна хвороба серця та інфаркт міокарда належать до психосоматичної патології. Це означає, що соматичне захворювання розвивається за постійної та безпосередньої участі психічного фактору.

Дана робота базується на обстеженні 78 хворих (39 чоловіків та 39 жінок), що перебували на стаціонарному лікуванні в відділенні інтенсивної терапії Чернівецького обласного клінічного кардіологічного диспансеру з діагнозом «ішемічна хвороба серця, гострий інфаркт міокарда».

Рівень особистісної та ситуативної тривожності встановлювали за відомою методикою Чарльза Спілбергера (з двох шкал — запитання з 1 по 40). Для виявлення рівня самопочуття, активності та настрою користувалися тестом «САН», що складається з 30 полярних суджень стосовно стану пацієнта на момент опитування. Оцінку результатів проводили відповідно до норм: для самопочуття — 5,4; для активності — 5,0; для настрою — 5,1

Встановлено, що серед хворих на інфаркт міокарда більшість складають особи з високим рівнем особистісної тривожності — 61,53 %, пацієнтів з середнім рівнем особистісної тривожності було 38,47 %, низький рівень тривожності в обстежених хворих не виявлений взагалі. За статистичним розподілом у чоловіків частки пацієнтів з високим та середнім рівнем тривожності були практично однаковими (47,37 % пацієнтів з високим рівнем та 52,63 % з середнім), на відміну від жінок, в групі яких переважали особи з високим рівнем тривожності (71,43 % проти 28,57 %). Примітно, що в підгрупах з високим та середнім рівнем тривожності абсолютні значення також були вищими у жінок, ніж у чоловіків —  $56,73 \pm 4,38$  проти  $49,33 \pm 3,74$  балів ( $p < 0,05$ ) для високого рівня тривожності, та  $38,66 \pm 4,15$  проти  $38,0 \pm 3,54$  ( $p < 0,05$ ) для середнього рівня.

За результатами тестування осіб з високим рівнем особистісної тривожності за методикою САН встановлено, що знижений настрої був у 85,45 % хворих ( $3,56 \pm 1,08$  бали), знижене самопочуття та активність відповідно у 87,55 % ( $3,9 \pm 0,78$  бали) та 86 % ( $4,11 \pm 0,98$  бали), отримані результати були дещо вищими у осіб з середнім рівнем особистісної тривожності: знижений настрої 85,4 % ( $6,29 \pm 1,40$  бали), самопочуття 83,3 % ( $3,53 \pm 1,08$  бали) та активність 77,05 % ( $3,7 \pm 1,20$  бали).

Високий рівень особистісної тривожності є більш характерним для жінок, на відміну від чоловіків, у яких при меншому рівні особистісної тривожності значно переважає тривожність ситуативна. Рівень особистісної тривожності є впливовим чинником розвитку інфаркту міокарда і може розцінюватися як підсилююча компонента традиційних факторів ризику. Провідним чинником ризику виникнення інфаркту у таких осіб є емоційне перенапруження.