

Н. В. Книш

Міська клінічна лікарня № 5 (м. Суми),

Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)

ОСОБИСТІСНІ ВЛАСТИВОСТІ ЖІНОК У ВІДНОВНОМУ ПЕРІОДІ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ ЯК МІШЕНІ ПОДАЛЬШОЇ МЕДИЧНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТА СІМЕЙНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

На стадії раннього відновного періоду перебігу ішемічного інсульту обстежено 210 жінок. Основну групу № 1 склали 110 одружених жінок, основну групу № 2 — 100 самотніх жінок, які виховували дітей віком від 12 до 16 років. Досліджені особливості акцентуованих рис характеру, особистісні властивості, копінг-стратегії та механізми психологічного захисту пацієнток. Встановлена диференціація індивідуально-психологічних властивостей у жінок різних груп. Зроблено висновок, що для розроблення комплексних заходів медично-психологічної реабілітації, необхідно обов'язково отримувати весь спектр об'єктивної інформації щодо психологічного та емоційного життя жінок в залежності від складу та взаємовідносин у родині. Це надасть можливість виявити та проаналізувати існуючі проблеми пацієнток й встановити потребу та рівень психотерапевтичного втручання.

Ключові слова: особистісні особливості, жінки, ішемічний інсульт.

Гострі порушення мозкового кровообігу є однією з провідних проблем клінічної медицини, тому що обумовлюють високу смертність та посідають перше місце в структурі первинної інвалідності [1—7]. Мозковий інсульт щорічно вражає від 5 до 6 млн людей у всьому світі [8]. В Україні цій показник стає біля 175 тис. [9]. Постінсультна інвалідність посідає перше місце серед усіх причин інвалідності й становить 3,2 випадки на 10 000 населення [10, 11].

Встановлено, що через 1 місяць після інсульту афективні та/або когнітивні порушення виявляються у 93 % пацієнтів, а через рік вони повністю регресують тільки у 19 % хворих [11—13].

Розлади психічної діяльності і негативні психологічні чинники у хворих, що перенесли ішемічний мозковий інсульт (ІМІ), значно ускладнюють перебіг захворювання та відновно-реабілітаційні процеси. Внаслідок важкого стресу, обумовленого інсультом, у хворих відразу ж змінюється спосіб життя через виникнення складних соціально-психологічних проблем у зв'язку з труднощами адаптації в сім'ї і суспільстві. Разом з порушенням рухових функцій, розладів чутливості та вищих коркових функцій, негативна дія соціально-психологічних чинників, опосередкована особистісними особливостями, є вагомими аргументами, що призводять до розвитку поліморфних афективно-емоційних змін [13—17].

Проблема медичної допомоги хворим, які перенесли ІМІ, активно вивчається вченими [5, 7, 9, 18—26]. Проте, на теперішній час у наукових дослідженнях не з'ясовано вплив особистісних та сімейних аспектів на формування способів відновлення умінь і навичок незалежного існування хворих у післяінсультному періоді життєдіяльності. Так, у дослідженнях бракує вивчення впливу на стан хворих, які перенесли ІМІ, їх індивідуально-психологічних властивостей, рівня сімейної адаптації та факторів психосоціальної підтримки близькими родичами [27].

Крім того, незважаючи на існуючі наукові дані щодо наявності гендерних особливостей поширеності та клінічної динаміки ІМІ [28, 29], в сучасній науковій літературі та реальній клінічній практиці відсутні розробки щодо адресної диференційованої допомоги жінкам, які перенесли ІМІ. Відсутні наукові роботи, присвячені розробленню заходів медично-психологічної реабілітації в залежності від рівня сімейної адаптації та сімейної підтримки у жінок, які перенесли ІМІ, з врахуванням їх особистісних особливостей, що знижує ефективність медично-психологічної допомоги даній категорії пацієнтів.

Таким чином, з урахуванням вищезазначеного, метою даної роботи було вивчення індивідуально-психологічних особливостей жінок, які перенесли ІМІ, в залежності від їх сімейного статусу, для визначення «особистісних мішеней» впливу заходів медично-психологічної реабілітації.

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 разі 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 проводилось на стадії раннього відновного 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 оцінці когнітивного статусу показник більше 21 балу за шкалою Mini-mental state examination (MMSE).

Базові соціально-демографічні та клінічні неврологічні показники у обстежуваних були однорідними, що дало підставу вважати отримані результати дослідження такими, що репрезентативно відображали генеральну сукупність.

Аналіз індивідуально-психологічних властивостей обстежуваних проводили за допомогою методики діагностики акцентуацій характеру Г. Шмішека [30], опитувальника Міні-муль (скороченого варіанту Міннесотського багатостороннього особистісного переліку MMPI) [30], методики вивчення стилів стрес-долаючої поведінки «Способи копіngu» (в адаптації Т. А. Крюкової, 2002) [30] та методики «Індекс життєвого стилю» для встановлення

механізмів психологічного захисту (Л. І. Вассерман, О. Ф. Єришев, Е. Б. Клубова, 1998) [30].

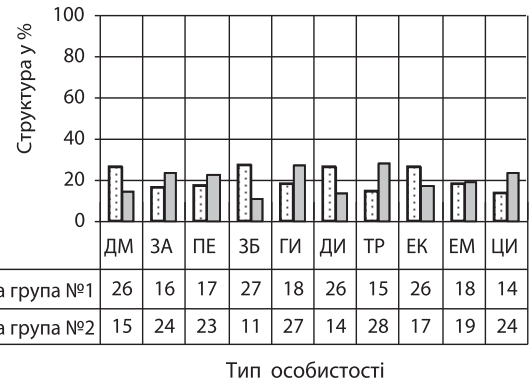
Статистичне оброблення отриманих результатів здійснювали за допомогою системи управління базами даних MS Access v.8 for Windows 95, програми MS Excel v.8.0.3 і програми SPSS 10.0.5 for Windows.

В цілому, за результатами дослідження індивідуально-психологічних властивостей, між пацієнтками двох основних груп встановлені істотні розбіжності, як за частотою їх зустрічаємості, так і за ступенем їх вираженості. В процесі роботи встановлені провідні особистісні характеристики хворих, що мали негативну дію на стан сімейної взаємодії, процес швидкості відновлення пацієнток та формування станів дезадаптації.

За результатами дослідження розподілу пацієнток за загальною структурою акцентуацій (рис. 1) серед обстежуваних основної групи № 1 переважали провідні риси акцентуацій характеру у вигляді демонстративності (26,0 %), збудливості (27,0 %), гіпертимності (18,0 %), циклотимності (14,0 %) ($p < 0,001$). У основній групі № 2 провідні акцентуовані риси розподілилися таким чином: застрягання (24,0 %), тривожно-боязливості (28,0 %), педантичності (23,0 %), гіпертимності (27,0 %), циклотимності (24,0 %) ($p < 0,001$). В цілому, можна констатувати, що обстежені основної групи № 1 та № 2 за загальною структурою акцентуованості характеру значно різнилися, в залежності як від складу родини, так і взаємовідносин з значущою в сім'ї особою.

Узагальнюючи результати дослідження пацієнток за методикою Г. Шмішека, а також враховуючи анамнез життя, ми з'ясували, що пацієнтки основної групи № 1 із високим ступенем акцентуації за демонстративним типом характеризувалися схильністю до прикрашання своєї персони, авантюризму, артистизму, позерству ($p < 0,001$), демонстрування емоційної лабільності. У 33,0 % пацієнток основної групи № 1 виявлено егоцентризм із неадекватною самооцінкою власних дій ($p < 0,001$); у 55,0 % встановлено схильність до конфліктності ($p < 0,001$).

Пацієнтки основної групи № 1 із діагностованою акцентуацією за збудливим типом характеризувалися слабкістю емоційного контролю. У таких пацієнток виявлена підвищена імпульсивність (15,3 %) ($p < 0,001$), схильність до конфліктів (23,2 %) ($p < 0,001$), низька мотивація до праці (22,6 %) ($p < 0,001$), слабкість відношення до своїх обов'язків (19,5 %) ($p < 0,001$).



Примітка. ДМ — демонстративність; ЗА — застрягання; ПЕ — педантичність; ЗБ — збудливість; ГИ — гіпертимність; ДИ — дистимічність; ТР — тривожно-боязливості; ЕК — екзальтованість; ЕМ — емотивність; ЦИ — циклотимність

Рис. 1. Розподіл досліджуваних пацієнток за загальною структурою акцентуованих рис характеру

Пацієнтки основної групи № 2 із акцентуацією за гіпертимним типом характеризувалися як такі, що їм бракує відчуття дистанції у відносинах з іншими (22,0 %) ($p < 0,001$), вибухами гніву та роздратуванням (24,2 %) ($p < 0,001$). Хворі тієї ж групи із акцентуацією за тривожно-боязливим типом характеризувалися зниженою контактністю (28,0 %) ($p < 0,001$), зниженим настроєм (32,2 %) ($p < 0,001$), реакцією страху на ставлення до них оточуючих (27,2 %) ($p < 0,001$), полярною зміною настрою (26,0 %) ($p < 0,001$).

Розподіл досліджуваних за середнім балом вираженості акцентуованих рис (табл. 1) свідчить про схожу тенденцію щодо розподілу діапазонів вираженості акцентуацій в обох групах: діапазон середніх значень менше 12 балів діагностовано у 29,1 % жінок основної групи № 1 та у 35 % пацієнток основної групи № 2; середні значення у межах 12—18 балів виявились притаманними 43,6 % жінок основної групи № 1 та 44,0 % — основної групи № 2; виражена акцентуація (середні значення в амплітуді 18—24 бали) мали місце у 27,3 % пацієнток основної групи № 1 та 16,0 % — основної групи № 2.

Проте, при проведенні міжгрупового аналізу за ступенем вираженості акцентуацій виявлено їх розбіжності.

Таблиця 1

Розподіл досліджуваних за середнім балом вираженості акцентуацій

| Група | Рівень у балах | Шкали | | | | | | | | | | Питома вага досліджуваних, % (n, % ± m) |
|-------|----------------|-------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| | | ДМ | ЗА | ПЕ | ЗБ | ГИ | ДИ | ТР | ЕК | ЕМ | ЦИ | |
| ОН° 1 | < 12 | 8 | 9 | 10 | 7 | 11 | 10 | 5 | 6 | 8 | 10 | 29,1 ± 4,5 |
| | 12—18 | 18 | 12 | 13 | 18 | 12 | 18 | 14 | 18 | 16 | 13 | 43,6 ± 5,0 |
| | 18—24 | 24 | 24 | 18 | 24 | 18 | 23 | 19 | 24 | 22 | 19 | 27,3 ± 4,5 |
| ОН° 2 | < 12 | 8 | 8 | 9 | 8 | 10 | 9 | 8 | 11 | 10 | 11 | 35,0 ± 4,8 |
| | 12—18 | 15 | 18 | 18 | 15 | 18 | 13 | 18 | 13 | 16 | 18 | 44,0 ± 5,0 |
| | 18—24 | 19 | 24 | 23 | 19 | 24 | 19 | 24 | 20 | 22 | 24 | 16,0 ± 3,7 |

Примітки: ДМ — демонстративність; ЗА — застрягання; ПЕ — педантичність; ЗБ — збудливість; ГИ — гіпертимність; ДИ — дистимічність; ТР — тривожно-боязливості; ЕК — екзальтованість; ЕМ — емотивність; ЦИ — циклотимність. ОН° 1 — основна група № 1 (n = 110); ОН° 2 — основна група № 2 (n = 100)

Під час вивчення підгрупи осіб з акцентуаціями в діапазоні 12—18 балів виявлено, що в обстежених основної групи № 1 серед акцентуованих рис переважали демонстративність (середній бал — 18; 12,0 %), збудження (середній бал — 18; 13,0 %), дистимічність (середній бал — 18; 14,0 %), екзальтованість (середній бал — 18; 12,0 %). В основній групі № 2 — застрягання (середній бал — 18; 16,0 %), тривожно-боязливність (середній бал — 18; 14,0 %), педантичність (середній бал — 18; 15,0 %), гіпертимність (середній бал — 18; 16,0 %), циклотимність (середній бал — 18; 12,0 %). Як видно, усі виявлені тенденції діагностовано на верхній межі «тенденція/акцентуація», що свідчило про потенційну можливість їх загострення до акцентуації при наявності провокуючих емоційних чинників. У свою чергу, така риса акцентуації як емотивність була відносно однаково виражена у пацієнток обох груп (середній бал — 16; 13,0 % та, відповідно, середній бал — 16; 14,0 %) ($p < 0,001$).

Така ж сама тенденція мала місце в осіб з діапазоном акцентуацій 18—24 бали: обстежуваним основної групи № 1 були властиві демонстративність (середній бал — 24; 20,0 %), збудження (середній бал — 24; 21,0 %), дистимічність (середній бал — 23; 22,0 %), екзальтованість (середній бал — 24; 21,0 %). В основній групі № 2, відповідно, переважали: застрягання (середній бал — 24; 25,0 %), тривожно-боязливність (середній бал — 24; 26,0 %), педантичність (середній бал — 23; 27,0 %), гіпертимність (середній бал — 24; 21,0 %), циклотимність (середній бал — 24; 23,0 %). У свою чергу, така акцентуація як емотивність, як й у випадку із формуванням тенденцій, була відносно однаково виражена у пацієнток обох груп (середній бал — 22; 24,0 % та відповідно середній бал — 22; 23,0 %) ($p < 0,001$).

Такий розподіл пацієнток не став несподіваним, тому що виявлені у процесі дослідження анамнестичні дані щодо стану родинних взаємовідносин дозволили окреслити загальні причини розвитку сімейних конфліктів та, як наслідок, формування на їх основі стійких реакцій особистості у вигляді тенденцій або акцентуацій, а саме: а) постійна тривожність, яка більш виражена у пацієнток основної групи № 2 та є наслідком «гіперхвилювання» за дитину; б) специфічні форми соціальної поведінки: штучно або ситуаційно надбана демонстративна поведінка у жінок основної групи № 1, в основі якої полягало бажання жінки повернути до себе максимум уваги з метою впливу на чоловіка (почасти, це підсвідоме бажання жінки контролювати поведінку чоловіка у контексті виникнення у нього позашлюбних зв'язків); з) бажання почувати себе слабкішою для повернення до себе уваги, почасти із агресивною поведінкою.

Наступним етапом дослідження стало вивчення структури особистості за допомогою опитувальника Міні-мульти. Інтерпретацію особистісних властивостей обстежуваних проводили із врахуванням сформованих у процесі взаємодії вроджених — базових властивостей у їх поєднанні із чинниками середовища та паралельним взаємовпливом емоцій, мотивацій, інтелектуальних особливостей, стилю міжособистісної поведінки. За результатами дослідження шляхом аналізу на етапі практичної перевірки теоретичної гіпотези в цілому виявлено провідні індивідуально-типологічні тенденції на усіх рівнях особистості, які обумовлювали, з одного

боку, індивідуальність, а з іншого — подібність у емоціях та поведінці пацієнток обох груп.

У ході дослідження для оцінювання достовірності відповідей спочатку було проведено аналіз результатів, отриманих за трьома шкалами, співвідношення між показниками за якими дозволили зробити висновки щодо достовірності результатів дослідження: шкала L — спрямована на виявлення прагнення досліджуваного виглядати більш позитивно (оцінка щирості обстежуваного); шкала F — за допомогою якої встановлювалася тенденція до агравації, схильність досліджуваних щодо надмірної оцінки та важливості хвилювань та прагнень повернути до себе увагу; шкала K — яка дозволила скоригувати завищену відкритість досліджуваних або їх прагнення зменшити існуючу симптоматику.

Серед досліджуваних не виявлено пацієнток із низькими показниками (нижче 26 балів) та високими показниками (більше 70 сирих балів) за шкалою «?». Взагалі, середній бал у всіх пацієнток розподілився у межовій нормі даної шкали (36—40 сирих балів), що надало можливість вважати кількість відповідей, наданих досліджуваними обох груп достатніми, а результати оцінювання відповідей достовірними.

За результатами дослідження жінок за допомогою опитувальника Міні-мульти (табл. 2) встановлено, що в обстежуваних при розрахунку усереднених показників за контрольними шкалами для основної групи № 1 та основної групи № 2 середній бал склав: за шкалою L — 21 бал — 16 (41,0 ± 4,9 %) у основній групі № 1, 17 балів — 14 (43,8 ± 5,0 %) у осіб основної групи № 2 ($p < 0,001$); за шкалою F, відповідно — 78 балів — 12 (30,8 ± 4,6 %) та 79 балів — 10 (31,3 ± 4,6 %) ($p < 0,001$); за шкалою K, відповідно, 18 балів — 11 (28,2 ± 4,5 %) та 18 балів 8 (25,0 ± 4,3 %) ($p < 0,001$). Але встановлено, що обстежуваним основної групи № 1, які мали результат за шкалою L 66—69 Т, були характерні низький адаптивний потенціал та недостатність самосприйняття. Пацієнткам основної групи № 2, які мали результат за шкалою F 65—72 Т, була властива емоційна нестійкість та дисгармонічність. В обстежуваних обох груп, які мали результат за шкалою K більше 66 Т, було виявлено схований внутрішній конфлікт або особистісні проблеми. У всіх обстежуваних обох груп із високим середнім балом за трьома шкалами виявлено емоційне напруження ($p < 0,001$).

Таблиця 2

Розподіл дослідження жінок за середнім балом за контрольними шкалами опитувальника Міні-мульти

| Шкали | Групи | | | | | |
|-------|-----------------------|------|--------------|-----------------------|------|-------------|
| | Основна № 1 (n = 110) | | | Основна № 2 (n = 100) | | |
| | Сер. бал | абс. | % ± m | Сер. бал | абс. | % ± m |
| L | 21 | 16 | 41,0 ± 4,9* | 17 | 14 | 43,8 ± 5,0* |
| F | 78 | 12 | 30,8 ± 4,6* | 79 | 10 | 31,3 ± 4,6* |
| K | 18 | 11 | (28,2 ± 4,5* | 18 | 8 | 25,0 ± 4,3* |

Примітки: L — брехня; F — достовірність; K — корекція; * — достовірність розбіжностей між показниками шкал у досліджуваних групах $p \leq 0,001$.

Результати розподілу пацієнок за усередненим «профілем особистості» по основним шкалам (табл. 3) свідчать, що профілі особистості пацієнок основної групи № 1 та основної групи № 2 значно відрізнялися. В цілому серед обстежуваних пацієнтів основної групи № 1 та основної групи № 2 не діагностовано «нормативного особистісного профілю» у межах 46—55 Т. Так, у 68,0 % пацієнок основної групи № 1 та 70 % пацієнок основної групи № 2 виявлено показники базових шкал на рівні 67—74 Т, що свідчило про наявність виражених особистісних рис, які утруднюють соціально-психологічну адаптацію ($p < 0,001$). У обстежуваних основної групи № 1 такою шкалою була: шкала *Hs* — пацієнтки мали схильність до втрати рівноваги у складних (конфліктних) ситуаціях та знижені адаптаційні можливості ($p < 0,001$); у хворих основної групи № 2 — шкала *D*, що обумовлювало наявність в них підвищеної тривожності, невпевненості у собі, схильності до самозвинувачення ($p < 0,001$); у пацієнок обох груп — шкала *Hу*, про що свідчила агравація соматичного захворювання ($p < 0,001$) та шкала *Se*, що визначало наявність у жінок підвищеної чутливості, відчуженість у міжособистісних стосунках ($p < 0,001$).

Таблиця 3

Розподіл пацієнок за усередненим профілем особистості

| Групи | Бали | Шкали | | | | | | | |
|----------------------------------|------------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | | <i>Hs</i> | <i>D</i> | <i>Hу</i> | <i>Pd</i> | <i>Pa</i> | <i>Pt</i> | <i>Se</i> | <i>Ma</i> |
| Основна № 1 (<i>n</i> = 110) | B^2 | 57 | 70 | 69 | 68 | 78 | 59 | 55 | 73 |
| | K^3 | 11 | — | 7 | 7 | — | 20 | 20 | 5 |
| | Σ^4 | 65 | 70 | 77 | 76 | 78 | 78 | 72 | 76 |
| Основна № 2 (<i>n</i> = 100) | B^2 | 40 | 58 | 40 | 42 | 56 | 32 | 42 | 43 |
| | K^3 | 10 | — | 6 | 6 | — | 17 | 16 | 4 |
| | Σ^4 | 47 | 58 | 47 | 49 | 56 | 48 | 59 | 48 |

Примітки. Шкали: *Hs* — іпохондрії, *D* — депресії, *Hу* — істерії, *Pd* — психопатії, *Pa* — паранояльності, *Pt* — психастенії, *Se* — шизоїдності, *Ma* — гіпоманії. B^2 — середній сирий бал; K^3 — коефіцієнт; Σ^4 — середній підсумковий бал. Достовірність розбіжностей показників шкал у групах $p \leq 0,001$

У свою чергу, у 34,0 % пацієнок основної групи № 1 та 32 % пацієнок основної групи № 2 встановлено показники за базовими шкалами вищі, ніж 75 Т, що свідчило про серйозні проблеми з порушенням адаптації.

Такими шкалами виявлено: шкалу *Pd*, де у хворих спостерігалися конфлікти, спалахи агресії, нестійкий настрій, збудженість ($p < 0,001$); за шкалою *Pa* — агресивність, конфліктність із оточуючими; за шкалою *Pt* — особи із тривогою, постійним сумнівом; за шкалою *Ma* — нестійкість інтересів. Встановлено, що у пацієнок основної групи № 2 почасту формувалася стенічний тип реагування, якій характеризувався високими показниками гіперстенічного профілю, відображаючи проблеми самотності та самостійного виховання дитини ($p < 0,001$).

Виходячи із загальної гіпотези дослідження про відмінність психосоціальних рис пацієнок, які перенесли ІМІ, в залежності від складу родини, з метою пошуку найбільш ефективних та адекватних психотерапевтичних впливів для окремих родинних пар, нами досліджено зв'язок між віковими характеристиками пацієнок та структурою їх особистості. Такий підхід обрано, виходячи із думки, що система медично-психологічної реабілітації пацієнок повинна будуватися на принципах та підходах, які враховують їхні особистісні властивості та «віковий досвід». Через те що у дослідженні віковий діапазон пацієнок склав 35—50 рр., тобто мав місце вік активного виконання жінкою максимальної кількості родинних (материнських) функцій/зобов'язань, під «віковим досвідом» розглядалися усі нюанси життя жінки, які властиві її віку, стилю життя, культурному, соціальному, релігійному світосприйняттю та ін. Результати дослідження розподілу жінок за віком та структурою особистості відображено у табл. 4.

Серед пацієнок основної групи № 1 спостерігалася динамічна картина вікової зміни показників за підсумковим балом за шкалами *Hs*, *D*, *Hу*, *Se* від середньо-підвищеного до патологічного ступеня їх вираженості. У пацієнок основної групи № 2 така динаміка спостерігалась, відповідно, за шкалами *Pd*, *Pa*, *Pt*, *Ma* (див. табл. 4). У подальшому, при розробленні психотерапевтичних заходів, ці дані було покладено у наукове обґрунтування диференціації спеціалізованої медично-психологічної допомоги із врахуванням як особистісних рис, так й вікового аспекту пацієнок. Треба зазначити, що у пацієнок основної групи № 2, на протигагу пацієнткам основної групи № 1, вікові залежності зміни структури особистості відповідали умовним віковим формуванням та були більш «зрілими» внаслідок досвіду самостійного життя та надбаної «звички» розраховувати лише на себе, що проявлялося у формуванні індивідуально-типологічних особливостей у більш пізньому віці ($p \leq 0,001$).

Таблиця 4

Розподіл пацієнтів за віком та структурою особистості

| Вік, у роках | Група | Шкали, у балах | | | | | | | | Всього | |
|--------------|-------------------------------|----------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------------|-------------------------|
| | | <i>Hs</i> | <i>D</i> | <i>Hу</i> | <i>Pd</i> | <i>Pa</i> | <i>Pt</i> | <i>Se</i> | <i>Ma</i> | <i>n</i> , абс. | <i>n</i> , % ± <i>m</i> |
| 35—40 | Основна № 1 (<i>n</i> = 110) | 70 | 73 | 74 | 62 | 58 | 59 | 72 | 61 | 56 | 50,9 ± 5,0 |
| | Основна № 2 (<i>n</i> = 100) | 56 | 68 | 59 | 78 | 78 | 79 | 61 | 81 | 32 | 32,0 ± 4,7 |
| 41—45 | Основна № 1 (<i>n</i> = 110) | 77 | 79 | 81 | 66 | 63 | 59 | 79 | 62 | 34 | 30,9 ± 4,6 |
| | Основна № 2 (<i>n</i> = 100) | 55 | 64 | 58 | 80 | 73 | 79 | 69 | 82 | 12 | 12,0 ± 3,2 |
| 45—50 | Основна № 1 (<i>n</i> = 110) | 78 | 80 | 82 | 65 | 60 | 62 | 83 | 63 | 20 | 18,2 ± 3,9 |
| | Основна № 2 (<i>n</i> = 100) | 59 | 69 | 60 | 84 | 79 | 81 | 65 | 83 | 56 | 56,0 ± 5,0 |

Примітки. Шкали: *Hs* — іпохондрії, *D* — депресії, *Hу* — істерії, *Pd* — психопатії, *Pa* — паранояльності, *Pt* — психастенії, *Se* — шизоїдності, *Ma* — гіпоманії. Достовірність розбіжностей показників шкал у групах $p \leq 0,001$

Наступним у дослідженні стало вивчення стилів стрес-долаючої поведінки за допомогою використання методики «Засоби копінг». За визначенням автора концепції совладаючої (*coping*) поведінки Р. Лазаруса (1970), існують три типи стратегії совладання із погрожуючою ситуацією: механізми захисту Его; прямі дії — напад або втеча, що супроводжуються гнівом або страхом; со-владання («копінг») без афекту, коли реальна погроза відсутня, але потенційно існує.

Виходячи із вищевикладених стратегій, застосування даної методики у жінок, які перенесли ІМІ, надало змогу визначити стиль їх поведінки в стресовій або проблемній ситуації, а також оцінити застосування конструктивних форм поведінки, а саме: здатність до самоконтролю, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, планування вирішення проблем, готовність до позитивної переоцінки. Також вивчено неконструктивні форми поведінки, а саме, здатність (рівень) до дистанціювання, втечі, конфронтації.

За результатами дослідження щодо розподілу типів копінг-стратегій у жінок, які перенесли ІМІ (табл. 5), неконструктивні форми поведінки виявились притаманними 78 жінкам (70,9 %) основної групи № 1 та 65 пацієнткам (65,0 %) з основної групи № 2, а саме: у 26,4 % пацієнтів основної групи № 1 та у 25 % пацієнтів основної групи № 2 визначені агресивні зусилля щодо зміни ситуації, що передбачало ворожість та готовність до ризику у вигляді конфронтації; когнітивні зусилля відокремитися від ситуації і зменшити її значущість у вигляді дистанціювання були характерні, відповідно, для 27 (24,5 %) та 23 (23,0 %) пацієнтів; наявне прагнення і поведінкові зусилля, спрямовані до втечі або уникнення від проблеми, діагностовано, відповідно, у 25 (22,7 %) та 21 (21,0 %) ($p \leq 0,001$).

Таблиця 5

Розподіл типів копінг-стратегій у досліджуваних жінок

| Копінг-стратегія | Групи | | | |
|-------------------------------|-------------|------------|-------------|------------|
| | Основна № 1 | | Основна № 2 | |
| | абс. | % ± m | абс. | % ± m |
| Конфронтація | 29 | 26,4 ± 4,4 | 25 | 25,0 ± 4,3 |
| Дистанціювання | 27 | 24,5 ± 4,3 | 23 | 23,0 ± 4,2 |
| Самоконтроль | 5 | 4,5 ± 2,1 | 4 | 4,0 ± 2,0 |
| Пошук соціальної підтримки | 6 | 5,5 ± 2,3 | 8 | 8,0 ± 2,7 |
| Прийняття відповідальності | 7 | 6,4 ± 2,4 | 7 | 7,0 ± 2,6 |
| Втеча-уникнення | 25 | 22,7 ± 4,2 | 21 | 21,0 ± 4,1 |
| Планування вирішення проблеми | 5 | 4,5 ± 2,1 | 6 | 6,0 ± 2,4 |
| Позитивна переоцінка | 6 | 5,5 ± 2,3 | 6 | 6,0 ± 2,4 |
| Всього | 110 | 100,0 | 100 | 100,0 |

Примітка: Достовірність розбіжностей показників шкал у групах $p \leq 0,05$.

Виходячи із результатів дослідження типів копінг-поведінки, надано загальну характеристику поведінки пацієнток обох груп. Так, в цілому совладання із труднощами супроводжувалося постійною зміною когнітивних й поведінкових зусиль жінки з метою керування

зовнішніми й внутрішніми вимогами, які оцінюються як такі, що потребують подолання. Основним завданням у совладанні із негативними життєвими обставинами у пацієнток були: а) подолання існуючих труднощів; б) зменшенні їхньої негативної дії та наслідків; в) уникнення труднощів або терпіння їх. Можна характеризувати совладаючу поведінку жінок як цілеспрямовану соціальну поведінку. Така поведінка дозволяла впоратися з важкою життєвою ситуацією (стресом) засобами, які для жінки є адекватними її особистісним особливостям та ситуації. Ця свідомо поведінка спрямована на перетворення ситуації або на пристосування до неї, якщо ситуація не піддається контролю. Таким чином, стилі й стратегії які застосовує жінка після перенесення ІМІ, є елементами свідомої соціальної поведінки, за допомогою яких вона справляється з життєвими труднощами як при наявності чоловіка (із позитивними або негативними якостями), так й із наявністю дитини.

Отже, у обох групах серед типів копінг-поведінки переважали: конфронтація, дистанціювання та втеча-уникнення (див. табл. 5). За аналізом даних стратегій додатково вивчений конфронтаційний копінг за рівнем напруження як, на наш погляд, найбільш дезадаптуєчий варіант, що руйнує родинні взаємини. В обох групах пацієнток у структурі конфронтаційного копінг за рівнем напруження значно переважав високий його рівень (табл. 6). Дані результати підтверджують гіпотезу про «конфронтаційну завантаженість» жінок, яка з часом стає основною дезадаптуючою моделлю поведінки. У свою чергу, незначна кількість жінок із низьким (адаптаційний варіант копінг) та середнім рівнем (адаптаційний потенціал особистості у пограничному стані) свідчить про неможливість жінок самостійно без заходів медично-психологічної реабілітації відновити та використовувати позитивні стратегії при подоланні проблем.

Таблиця 6

Розподіл досліджуваних пацієнток за рівнем напруження конфронтаційного копінг

| Рівень | Сумарний бал | Групи | | | |
|----------|--------------|----------------------|------------|----------------------|------------|
| | | Основна № 1 (n = 29) | | Основна № 2 (n = 25) | |
| | | абс. | % ± m | абс. | % ± m |
| Низький | 0—6 | 5 | 17,2 ± 3,8 | 3 | 12,0 ± 3,2 |
| Середній | 7—2 | 6 | 20,7 ± 4,1 | 5 | 20,0 ± 4,0 |
| Високий | 13—8 | 18 | 62,1 ± 4,9 | 17 | 68,0 ± 4,7 |

Примітка. Достовірність розбіжностей показників шкал у групах $p \leq 0,001$

За результатами аналізу даних табл. 5 та 6 узагальнено основні характеристики жінок, які перенесли ІМІ, за стилем та стратегіями копінг-поведінки. Так, в цілому жінки, які використовували конфронтаційний копінг, характеризувалися агресивними зусиллями щодо зміни ситуації ($p \leq 0,001$). Жінкам із дистанціюванням були властиві когнітивні зусилля відокремитися від ситуації й зменшити її значущість ($p \leq 0,001$). Жінки із стратегією «втеча-уникнення» проявляли прагнення й поведінкові зусилля, спрямовані до втечі або уникнення проблем ($p \leq 0,001$). Пацієнтки, які використовували позитивні стратегії (жінки із добрими відносинами із чоловіками

та дітьми), у якості самоконтролю спрямовували зусилля на регулювання власних почуттів і дій у пошуку соціальної підтримки; зусилля у пошуку інформаційно-діючої й емоційної підтримки; у прийнятті відповідальності — визнання власної ролі у проблемі бажанням та спробами її вирішення; у плануванні рішення проблеми — фокусування зусиль на зміну ситуації із аналітичним підходом до проблеми; у позитивної переоцінки — зусилля спрямовувалися на створення позитивного значення з фокусуванням на зростання власної особистості ($p \leq 0,001$).

Наступним кроком у дослідженні стало вивчення індивідуально-психологічних особливостей жінок, які перенесли ішемічний інсульт, та визначення «особистісних мішеней» впливу заходів медично-психологічної реабілітації. Даний етап проводився із використанням методики «Індекс життєвого стилю» для встановлення механізмів психологічного захисту. Треба зазначити, що у сучасній науковій психологічній літературі виділяють три підходи до дослідження стратегій совладання: психодинамічний, диспозиціональний, когнітивно-поведінковий. Представники психодинамічного підходу виходять із загальних психодинамічних уявлень про природу механізмів совладання та кожен з них представляє свою ієрархію копінг-процесів й захисних механізмів. Згідно з ними, копінг є вищим ступенем психічної адаптації і припускає гнучку і свідому поведінку, спрямовану на зниження напруження і вирішення внутрішньопсихічних конфліктів. Прибічники диспозиціонального підходу розглядають копінг як відносно стабільні риси особистості або стиль поведінки особистості. На їх думку, риси більшою чи меншою мірою відбивають повсякденну модель поведінки людей відносно подій, що відбуваються в їх житті. Представники когнітивно-поведінкового підходу розглядають копінг як суму когнітивних і поведінкових зусиль, що витрачаються особою для послаблення впливу стресу. Виділяють два види копінга: націлений на емоції (регуляція емоцій) та націлений на проблему (усунення проблеми, яка викликала дистрес). Також виокремлюють копінг, який може бути спрямований на досягнення фізичного і душевного благополуччя.

Вважається, що при диференціації основних відмінностей щодо розуміння понять «совладання» та «психологічний захист» як засобів адаптації, слід враховувати, що механізми «совладання» є пластичними, але вимагають від людини більшої витрати енергії і включення когнітивних, емоційних і поведінкових зусиль. У свою чергу, механізми захисту схильні до швидшого зменшення емоційного напруження і тривоги, працюють за принципом «тут та зараз».

Механізми психологічного захисту у жінок, які перенесли ІМІ, забезпечують регулятивну систему стабілізації, спрямовану на зменшення тривоги, яка виникає при усвідомленні конфлікту або перешкод самореалізації. У пацієнток психологічний захист спрацьовував при виникненні негативних, психічно травмуючих переживань і визначав поведінку жінки як таку, що усувала психічний дискомфорт і тривожне напруження. В цілому, психологічний захист (у конструктивній або деструктивній формі) у пацієнток був спрямований на подолання почуття непевності в собі, власної неповноцінності, захисту ціннісної свідомості й підтримки стабільної самооцінки. Механізми психологічного захисту та вищевикладені механізми копінг-поведінки у пацієнток необхідно

розглядати як найважливіші форми адаптаційних процесів та реагування на стресову ситуацію, якою є як сам факт перенесення ІМІ, так й адаптація до життя у періоді після перенесення інсульту. Тобто за рахунок механізмів психологічного захисту відбувається послаблення психічного дискомфорту у рамках неусвідомленої діяльності психіки. У свою чергу, копінг-поведінка використовується пацієнтками як стратегія дій, спрямована на усунення психологічної погрози.

За допомогою методики «Індекс життєвого стилю» досліджено 8 видів захисних механізмів: витіснення, заперечення, заміщення, компенсація, реактивне створення, проєкція, інтелектуалізація (раціоналізація), регресія. У кожній пацієнтки у ході обстеження проведено дослідження особистісних реакцій, які виникають в різних ситуаціях та побудовано профіль захисної структури. Результати розподілу показників у досліджуваних за механізмами психологічного захисту у жінок, які перенесли ІМІ, відображено у табл. 7.

Таблиця 7

Розподіл показників у досліджуваних за механізмами психологічного захисту

| Матеріал захисту | Групи | | | | | |
|---------------------|-----------------------|-------------|-------------|-----------------------|-------------|-------------|
| | Основна № 1 (n = 110) | | | Основна № 2 (n = 100) | | |
| | M | S | ± m | M | S | ± m |
| Заперечення | 6,44*** | 2,21 | 0,38 | 4,3*** | 2,94 | 0,25 |
| Витіснення | 3,00* | 1,96 | 0,38 | 6,15*** | 2,81 | 0,34 |
| Регресія | 1,68*** | 1,69 | 0,21 | 4,3* | 2,89 | 0,24 |
| Компенсація | 1,75 | 1,5 | 0,19 | 3,2 | 2,18 | 0,22 |
| Проєкція | 6,58*** | 2,65 | 0,44 | 8,7*** | 3,6 | 0,32 |
| Заміщення | 1,81*** | 1,92 | 0,33 | 3,6*** | 3,10 | 0,26 |
| Інтелектуалізація | 7,80 | 2,23 | 0,37 | 5,9*** | 2,63 | 0,27 |
| Реактивне утворення | 3,34 | 2,25 | 0,37 | 3,3 | 2,18 | 0,14 |

Примітка: достовірність відмінностей середніх показників у досліджуваних: *** — $p < 0,001$; ** — $p < 0,01$; * — $p < 0,05$

В цілому, в залежності від сімейного статусу, у жінок спостерігаються різні механізми психологічного захисту, які пов'язані із адаптацією в умовах перенесеного ІМІ. Усі пацієнтки виявили напруженість механізмів психологічного захисту, що свідчить про наявність актуальної психотравмуючої ситуації ($p \leq 0,001$). Встановлено, що для пацієнток основної групи № 1 характерні підвищення показників «заперечення» ($p \leq 0,001$) й «регресії» ($p \leq 0,001$) існуючих проблем, що свідчить про недостатнє усвідомлення й виключення зі свідомості подій та фактів, які завдають психологічний біль при їхньому визнанні. У свою чергу, у пацієнток основної групи № 2 виявлено високі значення «витіснення» ($p \leq 0,001$) та «проєкції» ($p \leq 0,001$) сполучених із «інтелектуалізацією» ($p \leq 0,001$), що свідчить про усвідомлення психотравмуючої ситуації. Проте, виявлено, що пацієнтки схильні приписувати локалізацію зовні неприйнятних для них почуттів та «розумовий», позбавлений емоційності, спосіб подолання конфліктної або фруструючої ситуації ($p \leq 0,001$). У таких жінок у побуті, а також при взаємовідносинах із дітьми надмірний контроль емоцій й імпульсів, залежність

від раціональної інтерпретації ситуації призводить до «захисту» себе у ситуації психологічного конфлікту шляхом зниження значущості чинників його виникнення ($p \leq 0,001$). Встановлена вираженість за вищезгаданими шкалами свідчить про неефективність даного механізму психологічно захисту у період після інсульту та про «блокадну поведінку», спрямовану на зниження напруження внаслідок емоційного реагування та умов зовнішнього середовища, які призвели до дезадаптації. Виявлено, що у пацієнток основної групи № 2 чинником психологічного та емоційного перенапруження є підвищена чутливість до браку стимулів у зовнішньому середовищі, що проявляється дистресом (високий показник «регресії»).

Аналіз отриманих результатів дослідження особистісних властивостей жінок, що перенесли ІМІ, у відновному періоді дозволив зробити кілька узагальнень. Можна констатувати, що загальною структурою акцентуованих рис характеру пацієнтки обох груп значно різняться, як в залежності від наявності значущої особи у родині, так і від взаємовідносин із даною особою. Пацієнтки із високою вірогідністю акцентуації за демонстративним типом характеризувалися схильністю до прикрашання своєї персони, авантюризму, артистизму, позерства. У пацієнток основної групи № 1 виявлено егоцентризм із неадекватною самооцінкою власних дій, схильність до конфліктності. Пацієнтки із акцентуацією за збудливим типом характеризувалися слабкістю емоційного контролю, підвищеною імпульсивністю, низкою мотивацією до праці, слабкістю відношення до своїх обов'язків. Пацієнткам основної групи № 2 із акцентуацією за гіпертимним типом були притаманні брак почуття дистанції у відносинах з іншими, вибухи гніву та роздратування. У свою чергу, жінкам із акцентуацією за тривожно-боязливим типом — зниження контактності та настрою, страх щодо ставлення до них оточуючих.

Аналіз родинних взаємин дозволив окреслити загальні причини сімейних конфліктів та формування у жінок стійких реакцій особистості у вигляді постійної тривожності, як наслідок «гіперхвилювання» за дитину (основна група № 2), та ситуаційно надбану демонстративну поведінку (основна група № 1). Основою такої поведінки, по-перше, є привернення до себе максимум уваги з метою впливу на чоловіка (почасту це підсвідоме бажання «контролювати» чоловіка у контексті виникнення позашлюбних зв'язків), по-друге — бажання почувати себе слабкіше для привернення до себе уваги, почасту із агресивною поведінкою. У жінок групи № 2 почасту формується стеничний тип реагування, якій характеризується високими показниками гіперстенічного профілю, відображаючи проблему самотності та самостійного виховання дитини. Проте, у жінок даної групи вікові залежності зміни структури особистості відповідали умовним віковим формуванням та були більш «зрілими» внаслідок досвіду самостійного життя та надбані «звички» розраховувати лише на себе, що проявлялося формуванням тенденцій та акцентуацій у більш пізньому віці.

Виявлено, що в обох групах пацієнток серед копінг-поведінки переважали конфронтація, дистанціювання, та втеча-унікнення. У структурі більш поширеного конфронтаційного копінгу за рівнем напруження значно переважав високий рівень, що свідчить про

«конфронтаційну завантаженість» жінок, яка з часом є основною дезадаптуючою моделлю поведінки. У жінок із адаптаційним варіантом копінгу та у яких адаптаційний потенціал особистості — у пограничному стані, виявлена неможливість самостійного, без заходів медично-психологічної реабілітації відновлення позитивних стратегій подолання проблем.

У пацієнток обох груп виявлено напруження механізмів психологічного захисту, що свідчить про наявність актуальної психотравмуючої ситуації. Встановлено, що для пацієнток основної групи № 1 властиво «заперечення» й «регресії» при вирішенні проблем, що свідчить про недостатнє усвідомлення й виключення зі свідомості подій та фактів, які завдають «психологічний біль», а психологічне та емоційне перенапруження проявляються дистресом. У пацієнток основної групи № 2 — «витіснення», «проекція» та «інтелектуалізація», що свідчить про усвідомлення психотравмуючої ситуації, але позбавлення емоційного способу подолання конфліктної ситуації. Надмірний контроль емоцій й імпульсів, залежність від раціональної інтерпретації ситуації призводить до «самозахисту» жінок шляхом зниження значущості чинників його виникнення та свідчить про «блокадну поведінку» емоційного реагування.

В цілому, узагальнюючи оцінку особистісних властивостей жінок, які перенесли ІМІ, у відновному періоді інсульту, можна зазначити таке. Складність взаємозв'язків особистісних рис, що мають негативну дію на стан сімейної взаємодії та процес швидкого відновлення пацієнток, формують множинність варіантів порушення адаптації та пристосування. Для розроблення комплексних заходів медично-психологічної реабілітації із врахуванням як медикаментозної терапії, так й психотерапії, необхідно обов'язково отримувати весь спектр об'єктивної інформації щодо психологічного та емоційного життя жінок в залежності від складу та взаємин у родині. Такий підхід надає можливість виявити та проаналізувати існуючі проблеми пацієнток й встановити потребу та рівень психотерапевтичного втручання.

Список літератури

1. Мищенко, Т. С. Вторичная профилактика ишемического мозгового инсульта / Т. С. Мищенко // Украинский медицинский часопис. — 2001. — № 5 (25). — С. 9—17.
2. Москаленко, В. Ф. Стратегия борьбы с судинними захворюваннями головного мозку / В. Ф. Москаленко, П. В. Волошин, П. Р. Петрашенко // Украинский вестник психоневрологии. — 2001. — Т. 9, вип. 1(26). — С. 5—7.
3. Гусев, Е. И. Эпидемиология инсульта в России / Е. И. Гусев, В. И. Скворцова, Л. В. Стаховская // Инсульт (прилож. к Журналу неврологии и психиатрии). — 2003. — № 8. — С. 4—9.
4. Корнацький, В. М. Вплив психічного здоров'я населення України на розвиток і перебіг серцево-судинної патології / В. М. Корнацький // Матеріали пленуму правл. УНТК «Атеросклероз і ІХС: сучасний стан проблеми»: тези наук. доп. — К.: Моріон, 2003. — С. 93—95.
5. Волошин, П. В. Лечение сосудистых заболеваний головного и спинного мозга / П. В. Волошин, В. И. Тайцлин. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 688 с.
6. Епідеміологія мозкового інсульту в Україні / [Т. С. Міщенко, І. В. Здесенко, О. І. Коленко та ін.] // Український вісник психоневрології — 2005. — Т. 13, вип. 1(42). — С. 23—28.
7. Міщенко Т. С. Прогнозування наслідків ішемічного інсульту / Т. С. Міщенко, О. Д. Шульга // Там само. — 2009. — Т. 17, вип. 1(58). — С. 23—26.
8. Виберс, Д. Инсульт, клиническое руководство: Пер. с англ. — 2-е изд., испр. и допол / Д. Виберс, В. Фейгин, Р. Браун. — М.: Диалект, 2005. — 608 с.

9. Сучасна діагностика і лікування в неврології та психіатрії: Довідник лікаря «Невролог — Психіатр» / за редакцією Т. С. Мищенко, В. С. Підкоритова. — К.: Доктормедиа, 2008. — 624 с.

10. Михайлов Б. В. Инвалидность как хроническая психотравмирующая ситуация / Б. В. Михайлов, С. М. Мороз // Арх. психіатрії. — 2008. — № 2. — С. 4—8.

11. Михайлов, В. Б. Эмоциональные нарушения у лиц, перенесших инфаркт миокарда и мозговой инсульт / В. Б. Михайлов // Український вісник психоневрології. — 2009. — Т. 17, вип. 2(59). — С. 40—44.

12. Huff, W. Poststroke Depression. Epidemiologie, Risikofaktoren und Auswirkungen auf den Verlauf des Schlaganfalls / W. Huff // Nervenarzt 2003. — V. 72 (2). — P. 104—114.

13. Мищенко, Т. С. Когнитивные и аффективные нарушения у постинсультных больных и возможности их коррекции / Т. С. Мищенко, Л. Ф. Шестопалова // Международный неврологический журнал. — 2007. — № 2 (12). — С. 26—30.

14. Виленский, Б. С. Аффективно-эмоциональные нарушения, осложняющие инсульт / Б. С. Виленский, Ю. Я. Тупицын // Неврологический журнал. — 2003. — Т. 8, № 2. — С. 23—26.

15. Корсунская, Л. Л. Депрессия у постинсультных больных / Л. Л. Корсунская, Г. М. Кушнир // Таврический журнал психиатрии. — 2003. — Т. 7, № 3. — С. 21—22.

16. Hackett, M. L. Frequency of depression after stroke. A systematic review of observational studies / M. L. Hackett // Stroke. — 2005. — Vol. 36. — P. 1330—1340

17. Румянцева, С. А. Энергокоррекция и качество жизни при хронической ишемии мозга / С. А. Румянцева, Е. В. Силина. — М.: Мед. книга, 2007. — 60 с.

18. Пирогова, Л. А. Использование немедикаментозных методов медицинской реабилитации у больных с мозговым инсультом в остром периоде / Л. А. Пирогова // Актуальные вопросы психического здоровья: материалы международной науч.-практ. конф. — Гродно, 2005. — С. 140—142.

19. Пирогова, Л. А. Медицинская реабилитация больных с мозговым инсультом в раннем восстановительном периоде / Л. А. Пирогова, Г. Н. Хованская // Немедикаментозные технологии в восстановительном лечении и спортивной медицине: материалы VIII Международной научной сессии по итогам НИР за 2004 год. — Мн., 2005. — С. 79—81.

20. Черняк, С. И. Реабилитация больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения методами психо- и рефлексотерапии / С. И. Черняк, Л. А. Пирогова // Актуальные вопросы психического здоровья: Материалы международной науч.-практ. конф. — Гродно, 2005. — С. 193—195.

21. Михайлов, Б. В. Медико-психологическая реабилитация больных в остром периоде инфаркта миокарда и мозгового инсульта / Б. В. Михайлов, О. В. Черная // Судинні захворювання головного мозку. — 2006. — № 4. — С. 18—20.

22. Прокудин, В. Н. Организация психосоциальной реабилитации постинсультных больных в стационаре с сопутствующей психо- и фармакотерапией / [В. Н. Прокудин, Ю. П. Бойко, А. П. Музыченко и др.] // Российский медицинский журнал. — 2006. — № 2. — С. 32—37.

23. Ковальчук, В. В. Сравнительный анализ эффективности психотерапевтических методик при реабилитации больных, перенесших инсульт / В. В. Ковальчук // Инсульт. — 2007. — № 19. — С. 43—47.

24. Купа, Т. А. Комплексное использование медицинской реабилитации в лечении постинсультных больных / Т. А. Купа, Л. А. Пирогова, С. И. Черняк // Восток — Беларусь — Запад. Сотрудничество по проблемам формирования и укрепления здоровья: материалы Международного симпозиума. — Брест, 2007. — С. 141—144.

25. Загальні принципи надання спеціалізованої медико-психологічної та психотерапевтичної допомоги хворим на хвороби системи кровообігу / [М. В. Маркова, В. В. Бабиш, Н. М. Степанова, С. А. Бахтіярова] // Матеріали Української науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сучасні проблеми клініки, терапії та реабілітації станів залежності від психоактивних речовин» 19—20 травня 2008 р. / [за заг. ред. Ю. Ф. Чуєва]. — Харків: Колегіум, 2008. — С. 108—115.

26. Маркин, С. П. Современный подход к реабилитации больных, перенесших инсульт / С. П. Маркин // Новости медицины и фармации. — 2010. — № 328. — С. 5—7.

27. Мельник, В. С. Однорічна виживаність після гострого ішемічного інсульту: прогностичні чинники відновлення функ-

ціонального стану та повсякденної життєвої активності / В. С. Мельник, О. В. Ткаченко, А. О. Іванчук // Український неврологічний журнал. — 2011. — № 1. — С. 24—28.

28. Румянцева, С. А. Депрессия при хронической ишемии головного мозга у женщин / С. А. Румянцева // Здоров'я України. — 2005. — № 5. — С. 10.

29. Митченко, Е. И. Сердечно-сосудистые заболевания у женщин: современное состояние проблемы / Е. И. Митченко // Практична ангіологія. — 2006. — № 1 (02). — С. 26—30.

30. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учебное пособие. — Самара: Издательский дом «БАХРАХ-М», 2001. — 672 с.

Надійшла до редакції 30.03.2011 р.

Н. В. Кныш

Городская клиническая больница № 5 (г. Сумы);
Харьковская медицинская академия
последипломного образования (г. Харьков)

**Личностные особенности женщин
в восстановительном периоде ишемического инсульта
как мишени последующей медико-психологической
и семейной реабилитации**

На стадии раннего восстановительного периода течения ишемического инсульта, обследовано 210 женщин. Основную группу № 1 составили 110 замужних женщин, основную группу № 2 — 100 одиноких женщин, которые воспитывали детей в возрасте от 12 до 16 лет. Исследованы особенности акцентированных черт характера, личностные свойства, копинг-стратегии и механизмы психологической защиты пациенток. Установлена дифференциация индивидуально-психологических свойств у женщин разных групп. Сделан вывод, что для разработки комплексных мероприятий медико-психологической реабилитации, необходимо обязательно получать весь спектр объективной информации о психологической и эмоциональной жизни женщин в зависимости от состава и взаимоотношений в семье. Это позволит выявить и проанализировать существующие проблемы пациенток и установить потребность и уровень психотерапевтического вмешательства.

Ключевые слова: личностные особенности, женщины, ишемический инсульт.

N. V. Knysh

Sумы City Hospital № 5 (Sумы);
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education
(Kharkiv)

**Personal characteristics of women
in the reconstruction period ischemic stroke
as targets further medical and psychological
rehabilitation**

At the early stage of the recovery period the course of ischemic stroke, examined 210 women. The main group number 1 were 110 married women, the main group number 2 — 100 single women who raised children aged 12 to 16 years. The features accentuated character traits, personality characteristics, coping strategies and psychological defense mechanisms of patients. Differed individually and psychological characteristics in women of different groups were installed. It was concluded that to develop comprehensive measures of medical and psychological rehabilitation, it is necessary to get the axis range of objective information on the psychological and emotional lives of women, depending on the structure and relationships in the family. This will enable to identify and analyze the problems of patients and establish the need and level of psychotherapeutic intervention.

Key words: personal characteristics, women and ischemic stroke.