

*М. П. Бєро, С. Я. Бєро, В. В. Волобуєв*  
 Обласна клінічна психоневрологічна лікарня —  
 Медико-психологічний центр (м. Донецьк)

**Надання медико-психологічної і психотерапевтичної допомоги пацієнтам з поєднаною нервово-психічною патологією в кабінеті «Телефону довіри» з використанням психодинамічного і психоаналітичного підходу**

У статті проаналізовані особливості надання медико-психологічної і психотерапевтичної допомоги в кабінеті «Телефону довіри» пацієнтам з поєднаною нервово-психічною патологією із застосуванням психодинамічного і психотерапевтичного підходів. Досліджена редукція тривожної і депресивної симптоматики у пацієнтів з поєднаною нервово-психічною патологією.

*Ключові слова:* нервово-психічна патологія, медико-психологічна і психотерапевтична допомога, кабінет «Телефону довіри».

*M. P. Bero, S. Ya. Bero, V. V. Volobuyev*  
 Regional Clinical Psychoneurological Hospital —  
 Medical and Psychological Center (Donets'k)

**The providing of medico-psychological and psychotherapeutic help for patients with complex neurological and psychiatric pathology in the "Telephone of trust" cabinet with the use of psychodynamical and psychoanalytical approach**

In the article the features of providing of medico-psychological and psychotherapeutic help are analysed in the cabinet of "Telephone of trust" for patients with complex neurological and psychiatric pathology with the use of psychodynamical and psychoanalytical approach. Reduction of anxious and depressive symptoms is investigated for patients with complex neurological and psychiatric pathology.

*Keywords:* neurological and psychiatric pathology, medico-psychological and psychotherapeutic help, the "Telephone of trust" cabinet.

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

*Н. В. Книш*

Міська клінічна лікарня № 5 (м. Суми),  
 Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)

**ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ПРЕДИКТОРИ ДЕФОРМАЦІЇ СІМЕЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ МОЗКОВИЙ ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ, ЯК МІШЕНІ ПОДАЛЬШОЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТА СІМЕЙНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

На стадії раннього відновного періоду перебігу мозкового ішемічного інсульту (МІІ), 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 родинних стосунків, сімейної тривоги та сприйняття жінками джерел соціальної підтримки. Визначені варіанти сімейної взаємодії у родинах жінок, які перенесли МІІ: непатологічний — із збереженням взаємин і позитивною сімейною взаємодією, що має високий реабілітаційний потенціал (29,1 % сімей основної групи № 1 і 35,0 % сімей основної групи № 2) та патологічний (деформований) — із руйнуванням взаємин і негативною сімейною взаємодією, що характеризується негативним реабілітаційним ресурсом та шкідливим впливом на загальний стан обстежених (70,9 % родин основної групи № 1 та 65,0 % — основної групи № 2).

*Ключові слова:* сімейна взаємодія, жінки, мозковий ішемічний інсульт.

Мозкові ішемічні інсульти, які щорічно вражають велику кількість дорослого населення, є всесвітньою проблемою, як в економічно розвинених, так і в країнах з перехідною економікою. Епідеміологічні дослідження останніх років свідчать, що мозкові ішемічні інсульти (МІІ) продовжують домінувати в структурі всіх цереброваскулярних розладів як найважливіша медико-соціальна проблема. Зокрема, в Об'єднаній Європі щорічно реєструється 1,75 млн. інсультів, у США — 700 тис., в Росії понад 450 тис. Статистичні дані останніх років свідчать, що в середньому кожні 45 секунд у США і кожні 90 секунд у Росії приблизно в одного з 4-х чоловіків та однієї з 5-ти жінок віком до 45 років виникає інсульт [1—4]. Україна, на жаль, не є винятком.

Проблему медичної допомоги хворим, які перенесли МІІ, активно вивчають вчені [5—9]. 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. Крім того, незважаючи на існуючі наукові дані щодо наявності гендерних особливостей поширеності та клінічної динаміки МІІ [10, 11], в сучасній науковій літературі та реальній клінічній практиці відсутні розробки щодо адресної диференційованої допомоги жінкам, які перенесли МІІ. Між тим, на сьогодні визначено, що ключовою ланкою любого реабілітаційного процесу виступає родина пацієнта, відновний потенціал якої залежить від стану родинних стосунків. Саме тому вивчення особливостей сімейної взаємодії для оцінки реабілітаційного потенціалу сім'ї є обов'язковим під час розроблення будь-якої реабілітаційної стратегії, у тому числі і медико-психологічної допомоги жінкам, які перенесли МІІ. Проте, незважаючи на актуальність вищевикладеного, на сьогоднішній день в науковій літературі і в реальній клінічній практиці відсутні дослідження, які б об'єднували в собі вивчення психологічних і сімейних аспектів реабілітації жінок у відновному періоді МІІ.

Таким чином, з урахуванням вищезазначеного, метою даної роботи було визначення психосоціальних предикторів деформації сімейної взаємодії жінок, які перенесли МІІ, в рамках системно-ціннісного підходу

Матриця розуміння, емоційного притягнення та авторитетності у родині (опитувальник РЕА)

Параметр/відповідь	Групи					
	Основна № 1			Основна № 1-Ч		
	N	%	$\pm m$	N	%	$\pm m$
<b>Розуміння</b>						
Так	31	28,2	4,5	34	30,9	4,6
Ні	77	70,0	4,6	73	66,4	4,7
Не знаю	2	1,8	1,3	3	2,7	1,6
<b>Емоційне тяжіння</b>						
Так	32	29,1	4,5	35	31,8	4,7
Ні	76	69,1	4,6	71	64,5	4,8
Не знаю	2	1,8	1,3	4	3,6	1,9
<b>Авторитетність</b>						
Так	33	30,0	4,6	35	31,8	4,7
Ні	75	68,2	4,7	74	67,3	4,7
Не знаю	2	1,8	1,3	1	0,9	0,9

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

дослідження сімейних відносин, рівня емпатичних здібностей жінок та ступеня емоційного відгуку членів їхніх родин.

За допомогою клінічного, психодіагностичного, соціально-демографічного методів дослідження обстежено 210 жінок, які перенесли МІІ, та близьких членів їхніх 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 проводили 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 МІІ 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 в обстежених були однорідними, що дало підставу вважати отримані результати дослідження такими, що репрезентативно відображали генеральну сукупність.

Для досягнення поставленої мети використовували опитувальник «Розуміння, емоційне тяжіння, авторитетність» (РЕА) А. Н. Волкової [12] (для жінок основної групи № 1 та їхніх чоловіків); тест «Кінетичний малюнок сім'ї» (КМС) Р. Бэнса, С. Кауфмана [12] з точки зору проєкції дитиною «відчуття родини» (для дітей жінок основної групи № 2); методику «Аналіз сімейної тривоги» (АСТ) Е. Г. Ейдемільера, В. Юстицькіса [13] та шкалу соціальної підтримки MSPSS Д. Зімета в адаптації В. М. Ялтонського та Н. О. Сироти [14].

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.

Аналіз партнерських відносин у осіб основної групи № 1 свідчив, що в цілому структура розподілу думок пацієнток та їх чоловіків щодо розуміння, емоційного тяжіння та авторитарності збігається (табл. 1). Так, серед усіх обстежених пацієнток лише 28,2% відмічали розуміння своїх чоловіків, були емоційно притягнені 29,1% та вважали чоловіка авторитетним — 30,0% жінок. Серед чоловіків розподіл по цим параметрам/відповідям склав, відповідно, — 30,9%, 31,8%, 31,8%. У свою чергу, на відсутність розуміння, емоційного притягнення та авторитетності серед жінок вказали 70,0%, 69,1% та 68,2% пацієнток, відповідно, а серед чоловіків, відповідно, — 66,4%, 64,5%, 67,3%. Структура розподілу відповідей щодо стану партнерської взаємодії, на наш погляд, демонструє загальну та глибоку проблему порушення взаємовідносин у всіх сферах функціонування у 70% родин.

Детальний аналіз показників за окремими показниками партнерської взаємодії (рис. 1) довів, що за оцінкою середнього балу за шкалою розуміння у жінок та їх чоловіків основної групи № 1 в цілому відсутня картина відчуття розуміння особистості партнера та суб'єктивного відчуття його індивідуальних особливостей, поведінки, думок, почуттів і намірів. За результатами оцінки емоційного тяжіння встановлено, що частіше партнери «відштовхували» один одного із небажанням спілкуватися. Виявлений низький середній бал характеризував труднощі у спілкуванні та відчуття втоми один від одного. За шкалою авторитетності встановлено труднощі у сприйманні партнера як особистості та прийнятті його світогляду, інтересів, думок. Низький бал свідчив про неухвалене ставлення до партнера як до особистості.



Рис. 1. Середній бал за окремими шкалами методики РЕА подружжя основної групи № 1

З метою виявлення родинної взаємодії під час оцінювання психосоціальних предикторів сімейної адаптації/деадаптації жінок основної групи № 2 надано аналіз рисунком дітей (проєктивний тест КМС) з точки зору проєкції дитиною «відчуття родини». Виявлено, що 65% дітей були властиві відчуття безсилля, власної незначущості, відчуття, що оточуючі подавляють їхню активність та надмірно їх контролюють. У поодиноких

випадках діагностувалося стійке неблагополуччя емоційного самовідчуття у родині внаслідок напруженої емоційної атмосфери. Почасту у дітей по відношенню до матері спостерігалася підвищена збудженість, а в деяких випадках — амбівалентне ставлення. Такі діти відчували власну малу значущість, відторгнутість, самотність.

Таким чином, у 65 % випадків встановлено деформованість процесу емоційного спілкування між матер'ю та дитиною. Аналіз отриманих результатів дозволив виокремити декілька варіантів деформації стану взаємодії «мати — дитина» в неповних родинях, де жінка перенесла МІІ: а) напруженість матері — відчуття страху у дитини ( $p \leq 0,001$ ); б) тривожність у матері — відчуття самотності у дитини ( $p \leq 0,001$ ); в) домінуюча поведінка матері — збудженість у дитини ( $p \leq 0,001$ ); г) агресивне реагування матері — холодність у дитини ( $p \leq 0,001$ ); д) завищені вимоги матері до дитини — агресивне реагування дитини ( $p \leq 0,001$ ); е) зацикленість матері на власному здоров'ї — замкнутість дитини ( $p \leq 0,001$ ).

Отримані результати були враховані нами під час розроблення сімейних аспектів медико-психологічної реабілітації жінок, які перенесли МІІ, особливо — при формуванні психотерапевтичних заходів, спрямованих на нормалізацію стану взаємодії «мати — дитина».

Для встановлення загального емоційного тла хвилювань жінок та їхніх близьких, пов'язаних з їх позиціями у родині, та визначення наявності та вираженості емоційних переживань сімейної провини, тривожності та напруження використано опитувальник АСТ. Результати дослідження сімейної тривоги покладені в основу медико-психологічних заходів реабілітації, де виокремлені показники стали «сімейними мішенями» впливу. Оцінка взаємин у родині надала можливість отримати інформацію щодо особливостей спілкування, якості особистісного життя, засобів проведення відпочинку, спільності інтересів та цінностей, дослідити морально-психологічні основи родинних відносин. Треба зазначити, що, використовуючи цю методику, ми спиралися на загальноприйняте твердження, що спілкування і добрі взаємовідносини між подружжям є основою сімейного благополуччя й включають важливу функцію — бажання особи щодо забезпечення особистого психологічного комфорту собі й близьким [15]. Спілкування і взаємини подружжя у благополучних сім'ях характеризують відкритість, інтимність, довіра один до одного, високий рівень взаємної симпатії, конструктивність, рефлексивність, гнучкий, демократичний характер розподілу ролей у сім'ї, моральна й емоційна підтримка. Спілкування дає можливість проявитися одній з найважливіших сімейних функцій — психотерапевтичної. Особистісна сумісність (психологічний рівень подружньої сумісності) — це автоматичний розподіл психологічного навантаження, вироблення оптимальних способів спілкування, розуміння спонтанних проявів партнера та адекватне реагування на них. Духовна взаємодія партнерів, їхня духовна сумісність проявляються на соціокультурному рівні подружніх відносин (спільність ціннісних орієнтацій, життєвих цілей, мотивації, соціальної поведінки, інтересів, потреб, а також спільність поглядів на проведення сімейного дозвілля). Відомо, що схожість

інтересів, потреб, цінностей і т. ін. є одним з факторів подружньої сумісності і стабільності шлюбу [15].

У нашому дослідженні, відповідно до визначення авторів методики [13], під «сімейною тривоєю» розумівся стан тривоги у одного або кількох членів сім'ї, якій тяжко усвідомлювався й важко локалізувався. Характерною ознакою даного типу тривоги було наявність сумнівів, страхів, побоювань, що стосуються, перш за все, сім'ї — здоров'я її членів, їх пізніх повернень, сутичок і конфліктів. Тривога ця звичайно не поширювалася на несімейні сфери — виробничу діяльність, родинні, сусідські відносини і т. п. В основі «сімейної тривоги», як правило, були погано усвідомлювані невпевненість жінки/чоловіка в якомусь дуже важливому аспекті сімейного життя (наприклад, невпевненість у почуттях іншого чоловіка, в собі). Нерідко подібні хвилювання, що суперечать уявленням про себе, витіснялися, що призводило до виникнення у сімейних відносинах тривоги. Важливими складовими «сімейної тривоги» вважалося відчуття безпорадності і нездатності втручатися у перебіг подій у родині, з метою спрямування їх у бажане русло. Пацієнтки з «сімейно-обумовленою тривоєю» не відчували себе значимою дійовою особою у родині (незважаючи на реальне відігравання важливої позиції та активної ролі у родині). Результати дослідження «сімейної тривоги» відображені у матриці сімейної тривоги у пацієнток та членів їхніх родин (табл. 2), яка демонструє, що результати дослідження структури сімейної тривоги у пацієнток та членів їхніх родин у досліджуваних групах значно різняться. Так, у жінок основної групи № 1 провідною рисою виявлено переважаючу у структурі тривожності показників за субшкалою сімейної вини «В — вина» — 77 (70,0 ± 4,6 %). У їхніх чоловіків (група № 1-Ч) встановлено переважаючу сімейного напруження «Н — напруження» — 79 (71,8 ± 4,5 %). У пацієнток основної групи № 2 встановлено домінування тривожних проявів «Т — тривожність» — 67 (67,0 ± 4,7 %).

Таблиця 2

Матриця сімейної тривоги у пацієнток та членів їхніх родин у досліджуваних групах (опитувальник АСТ)

Субшкали/ відповідь	Групи								
	Основна № 1			Основна № 1-Ч			Основна № 2		
	N	%	± m	N	%	± m	N	%	± m
<b>В — вина (сімейна вина членів родини):</b>									
Так	77	70,0	4,6	56	50,9	5,0	50	50,0	5,0
Ні	31	28,2	4,5	52	47,3	5,0	47	47,0	5,0
Не знаю (?)	2	1,8	1,3	2	1,8	1,3	3	3,0	1,7
<b>Т — тривожність (сімейна тривожність членів родини):</b>									
Так	55	50,0	5,0	53	48,2	5,0	67	67,0	4,7
Ні	54	49,1	5,0	54	49,1	5,0	31	31,0	4,6
Не знаю (?)	1	0,9	0,9	3	2,7	1,6	2	2,0	1,4
<b>Н — напруження (сімейне напруження членів родини):</b>									
Так	57	51,8	5,0	79	71,8	4,5	48	48,0	5,0
Ні	50	45,5	5,0	30	27,3	4,5	50	50,0	5,0
Не знаю (?)	3	2,7	1,6	1	0,9	0,9	2	2,0	1,4

Аналіз структури та рівня загальної сімейної тривоги у пацієнток та членів їхніх родин продемонстрував розбіжність превалюючих психопатологічних її феноменів у обстежених різних груп, проте, високий рівень загальних показників в усіх респондентів (рис. 2).

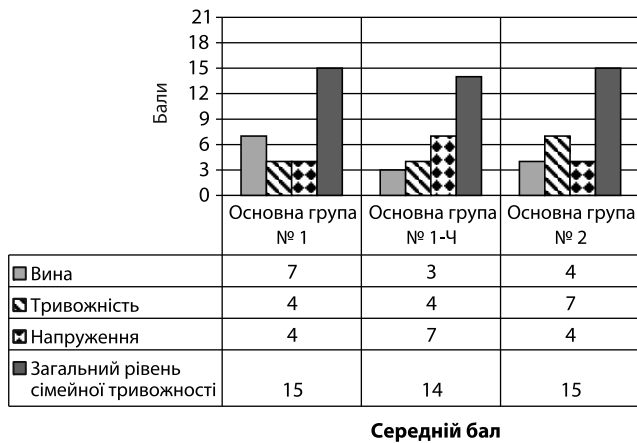


Рис. 2. Розподіл тривожності у пацієнток та членів їхніх родин у досліджуваних групах (опитувальник АСТ)

Пацієнткам основної групи № 1 із завищеним середнім балом (14 та більше) за субшкалою «В — вина» було властиво неадекватне відчуття відповідальності за все негативне, що відбувається в родині. В осіб основної групи № 1-Ч із завищеним середнім балом (14 та більше) за субшкалою «Н — напруження» було властиво відчуття, що виконання сімейних обов'язків становить непосильне для них завдання. Пацієнткам основної групи № 2 із завищеним середнім балом (14 та більше) за субшкалою «Т — тривожність» було властиво відчуття, що ситуація в родині не залежить від їх власних зусиль. Виявлені особливості лягли в основу психотерапевтичних заходів під час надання допомоги жінкам у відновному періоді МІІ.

Оцінка суб'єктивного сприйняття наявності/відсутності соціальної підтримки жінками, які перенесли МІІ, здійснювалось, за рекомендацією авторів методики, за трьома аспектами: «родина», «друзі», «інші значущі особи» (табл. 3).

Таблиця 3

**Розподіл пацієнток за суб'єктивним сприйняттям соціальної підтримки (тест MSPSS)**

Джерело підтримки	Групи					
	Основна № 1			Основна № 2		
	N	%	±m	N	%	±m
<b>Родина</b>						
Так	32	29,1	4,5	72	72,0	4,5
Ні	78	70,9	4,5	28	28,0	4,5
<b>Друзі</b>						
Так	31	28,2	4,5	75	75,0	4,7
Ні	79	71,8	4,5	35	35,0	4,7
<b>Інші значущі особи</b>						
Так	12	10,9	3,3	70	70,0	4,6
Ні	98	89,1	3,1	30	30,0	4,6

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

Отримані результати свідчать, що лише 32 пацієнтки (29,1 ± 4,5 %) основної групи № 1 сприймали родину як систему соціальної підтримки. Серед пацієнток основної групи № 2 вважали родину як систему соціальної підтримки 72 жінки (72,0 ± 4,5 %). На наш погляд, така ситуація обґрунтовується «більшою міцністю емоційного зв'язку» між матір'ю та дитиною, яка, у свою чергу, базується на «набутої з часом спільною відповідальністю один за одного» в умовах сумісного проживання. Така ситуація склалася й при визначенні соціальної підтримки серед друзів та інших значущих осіб, де пацієнтки основної групи № 2, у порівнянні із основною групою № 1, у більшості випадків відзначали наявність такої підтримки.

Враховуючи вищевикладений розподіл показників за суб'єктивним сприйняттям соціальної підтримки, досліджено загальний рівень (середній бал) суб'єктивного сприйняття соціальної підтримки у досліджуваних пацієнток (рис. 3).

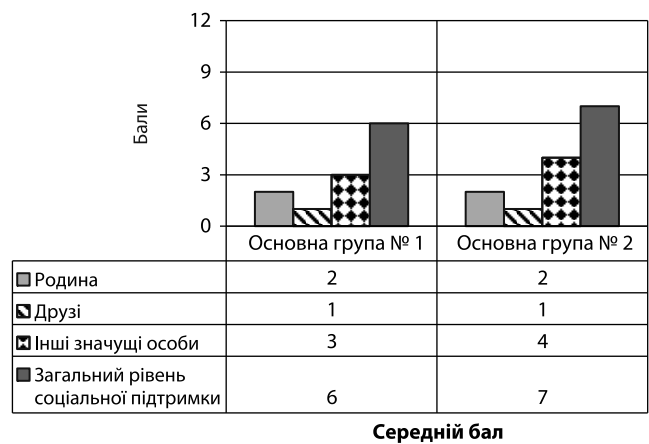


Рис. 3. Середній бал суб'єктивного сприйняття соціальної підтримки у досліджуваних пацієнток (тест MSPSS)

За аналізом отриманих даних можна стверджувати, що для пацієнток основної групи № 1 та основної групи № 2 більш важливе значення у житті мали інші значущі особи, ніж родина та друзі. До таких осіб пацієнтки відносили найближчих родичів, з якими у них склалися давні добрі відносини, а також медичний персонал, який допомагав відновленню після перенесеного МІІ. Як бачимо, після перенесеного МІІ жінки у більшості випадків ідентифікують родину як таку, що не може забезпечити їм адекватну соціальну підтримку. Така ситуація у жінок основної групи № 2 є цілком зрозумілою, коли дитина дійсно не може надати необхідну, повну соціальну підтримку матері, а у більшості випадків потребує у неї сама. У пацієнток основної групи № 1 дану ситуацію необхідно розглядати як таку, що потребує медико-психологічного втручання, спрямованого, насамперед, на:

а) зміну соціальних паттернів поведінки жінки в умовах наявності ускладнень внаслідок МІІ, які значно обмежують соціальне функціонування жінки — варіант «перебудови соціальних очікувань від себе»;

б) використання існуючих соціальних паттернів поведінки жінки за рахунок пристосування умов, в яких вони застосовуються, — варіант «адаптації соціального оточення».

Окремим напрямком у втручанні повинна бути психотерапевтична робота із чоловіками та, за можливістю, із найближчим оточенням жінки, яка перенесла МІІ.

Аналіз отриманих результатів дослідження щодо психосоціальних предикторів сімейної адаптації/деадаптації жінок, які перенесли МІІ, та їхніх родин дозволив зробити низку узагальнень, які повинні обов'язково враховуватися під час комплексного лікування пацієнток, та особливо — у медико-психологічній роботі з жінкою та її родиною.

1. У 70 % родин основної групи № 1 між подружжям спостерігаються порушення розуміння, емоційного тяжіння та авторитетності, що свідчить про загальну проблему порушення взаємовідносин у всіх сферах функціонування у родині. У 65 % родин основної групи № 2 мають місце порушення адекватної взаємодії та емоційного спілкування в системі «мати — дитина».

2. Важливою складовою «сімейної тривоги» є відчуття безпорадності і нездатності втручатися у перебіг подій у родині, з метою спрямування їх у бажане русло. Пацієнтки з високою сімейно-обумовленою тривоگو не відчужують себе значимою дійовою фігурою у родині, незважаючи на реальне відігравання важливої позиції та активної ролі у родині. Пацієнткам основної групи № 1 властиво неадекватне відчуття відповідальності за усе негативне, що відбувається у родині, а їхнім чоловікам — відчуття, що виконання сімейних обов'язків є непосильним для них завданням. Пацієнткам основної групи № 2 властиво відчуття, що ситуація в родині не завжди залежить від їх власних зусиль.

3. 65 % дітей пацієнток основної групи № 2 властиво відчуття безсилля, власної незначущості, відчуття, що оточуючи подавляють його активність, надмірно його контролюють, недостатність емоційного спілкування. Стейке неблагополуччя емоційного самовідчуття у родині фіксується внаслідок напруженої емоційної атмосфери, а у деяких випадках спостерігається амбівалентне ставлення, відчуття власної малозначущості, відторгнутості, самотності.

4. Встановлено декілька варіантів деформації процесу взаємодії між матір'ю та дитиною, що проявляється у вигляді таких зв'язків: а) напруженість матері — відчуття страху у дитини; б) тривожність у матері — відчуття самотності у дитини; в) домінуюча поведінка матері — збудженість у дитини; г) агресивне реагування матері — холодність у дитини; д) завищені вимоги матері до дитини — агресивне реагування дитини; е) зацикленість матері на власному здоров'ї — замкнутість дитини.

5. Пацієнтки основної групи № 1 у більшості (70,9 %) не сприймають родину як систему соціальної підтримки. У свою чергу, 72,0 % пацієнток основної групи № 2 вважають родину системою соціальної підтримки, що обґрунтовується «більшою міцністю емоційного зв'язку» між матір'ю та дитиною, яка,

у свою чергу, базується на «набутої з часом спільною відповідальністю один за одного» в умовах сумісного проживання. Встановлено, що для пацієнток основної групи № 1 та основної групи № 2 важливу роль у житті відіграють найближчі родичі.

6. Визначено, що під час допомоги жінці психотерапевтичне втручання повинне бути спрямовано на: а) зміну соціальних паттернів поведінки жінки в умовах наявності ускладнень (внаслідок інсульту), які значно обмежують її соціальне функціонування — варіант «перебудови соціальних очікувань від себе»; б) використання існуючих соціальних паттернів поведінки жінки за рахунок пристосування умов, в яких вони застосовуються — варіант «адаптації соціального оточення».

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 властивостями» щодо збереження благополуччя у процесі сімейної взаємодії. Серед обстежених основної групи № 2 до даної групи віднесено 35,0 % (35) пацієнток та їхніх дітей. До групи із «негативним потенціалом та низькими захисними властивостями» щодо збереження благополуччя у процесі сімейної взаємодії серед пацієнток основної групи № 1 віднесено 70,9 % (78) жінок та їхніх чоловіків, в основній групі № 2 — 65,0 % (65) жінок та їхніх дітей.

За результатами досліджень класифіковані такі варіанти сімейної взаємодії у родині жінок, які перенесли МІІ: непатологічний — із збереженням взаємовідносин і позитивною сімейною взаємодією, що має високий реабілітаційний потенціал (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 негативним реабілітаційним ресурсом і шкідливим впливом на загальний стан обстежених (70,9 % родин основної групи № 1 та 65,0 % — основної групи № 2).

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

#### Список літератури

1. Волошин П. В. Лечение сосудистых заболеваний головного и спинного мезга [Текст] / П. В. Волошин, В. И. Тайцлин. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 688 с.
2. Міщенко Т. С. Судинні захворювання головного мозку: ситуація в світі та в Україні [Електронний ресурс] / Т. С. Міщенко // Therapia. — 2009. — № 12 (42). — Режим доступу : <http://therapia.ua/therapia/2009/12/sudynni-zakhvoryuvannya-holovnoho-mozku-sytuatsiya-v-sviti-ta-v-ukrayini>
3. Зозуля І. С. Профілактика судинних захворювань головного мозку [Електронний ресурс] / І. С. Зозуля // Ваше здоров'я. — 2011. — № 18. — Режим доступу : <http://www.vz.kiev.ua>.

4. Демченко М. І. Клініко-психопатологічна структура та клінічні особливості депресивних розладів у хворих, які перенесли ішемічний інсульт [Текст] / М. І. Демченко // Архів психіатрії. — 2012. — Т. 18, № 2 (69). — С. 22—30.
5. Михайлов Б. В. Медико-психологіческая реабилитация больных в остром периоде инфаркта миокарда и мозгового инсульта [Текст] / Б. В. Михайлов, О. В. Черная // Судинні захворювання головного мозку — 2006. — № 4. — С. 18—20.
6. Марута Н. А. Новые возможности терапии депрессивных расстройств [Текст] / Н. А. Марута // Здоров'я України. — 2008. — № 7/1 (додатковий). — 5 с.
7. Сучасна діагностика і лікування в неврології та психіатрії [Текст] / за ред. Т. С. Міщенко, В. С. Підкоритова // Довідник лікаря «Невролог — Психіатр». — К.: «Доктормедиа», 2008. — 624 с.
8. Загальні принципи надання спеціалізованої медико-психологічної та психотерапевтичної допомоги хворим на хвороби системи кровообігу [Текст] / [М. В. Маркова, В. В. Бабич, Н. М. Степанова, С. А. Бахтіярова] // Матеріали Української наук.-практ. конф. 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. — Х.: Колегіум, 2008. — С. 108—115.

9. Демченко М. І. Система заходів спеціалізованої психіатричної допомоги хворим на постінсультну депресію: загальні засади та специфічні особливості [Текст] / М. І. Демченко // Медична психологія. — 2012. — Т. 7, № 1 (25). — С. 63—68.

10. Румянцева С. А. Депрессии при хронической ишемии головного мозга у женщин [Текст] / С. А. Румянцева // Здоров'я України. — 2005. — № 5. — С. 10.

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

12. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учебное пособие [Текст] / под ред. Д. Я. Райгородского. — Самара: «Бахрах-М», 2008. — 672 с.

13. Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи [Текст] / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. — СПб.: Питер, 1999. — 656 с.

14. Zimet G. D. The multidimensional scale of perceived social support [Текст] / G. D. Zimet // J. Personality assessment. — 1988. — Vol. 52 (1). — P. 30—41.

15. Олифирова Н. И. Психология семейных кризисов [Текст] / Н. И. Олифирова, Т. А. Зинкевич-Куземкина, Т. Ф. Велента. — СПб., 2006. — С. 281—283.

*Надійшла до редакції 11.02.2013 р.*

**Н. В. Кныш**

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

**Психосоциальные предикторы деформации  
семейного взаимодействия женщин, перенесших  
мозговой ишемический инсульт, как мишени дальнейшей  
медико-психологической и семейной реабилитации**

На стадии раннего восстановительного периода течения мозгового ишемического инсульта (МИИ), 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 семейных отношений, семейной тревоги и восприятия женщинами источников социальной поддержки. Определены варианты семейного взаимодействия в семьях женщин, перенесших МИИ: непатологический — с сохранением взаимоотношений и положительным семейным взаимодействием, имеющим высокий реабилитационный потенциал (29,1% семей основной группы № 1 и 35,0% семей основной группы № 2) и патологический (деформированный) — с разрушением взаимоотношений и негативным семейным взаимодействием, характеризующимся отрицательным реабилитационным ресурсом и негативным влиянием на общее состояние обследованных (70,9% семей основной группы № 1 и 65,0% — основной группы № 2).

*Ключевые слова:* семейное взаимодействие, женщины, мозговой ишемический инсульт.

**N. V. Knysh**

*Sumy City Hospital № 5 (Sumy),  
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education  
(Kharkiv)*

**Psychosocial predictors family's interaction strain  
of women who have had an cerebral ischemic stroke,  
as targets further medical and psychological  
rehabilitation**

At the stage of early recovery period, the flow of cerebral ischemic stroke (CIS), surveyed 210 women. The main group number 1 were 110 married women, the main group number 2 — 100 single women who are raising children between the ages of 12 and 16. The features of family relationships, family concerns and perceptions of women sources of social support were done. Identified variants of family interaction in families of women who underwent CIS: nonpathological — maintaining family relationships and positive interaction with a protective resource rehabilitation (29.1% of households main group number 1 and 35.0% of families main group number 2) and pathological (strain) — the destruction of relationships and negative family interactions characterized by negative rehabilitation resources and impact on the overall surveyed (70.9% of families main group number 1 and 65.0% — the main group number 2).

*Keywords:* family interaction, women, cerebral ischemic stroke.