

ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК, ЯКИМ ВИКОНАНА ГІСТЕРЕКТОМІЯ, ТА ЇХ ВПЛИВ НА РОЗВИТОК ДЕЗАДАПТИВНИХ СТАНІВ У РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

В статті розглядаються особистісні особливості жінок, яким була виконана гістеректомія. Показана роль передиспонууючих характеристик особистоті у розвитку дезадаптивних станів у жінок після гістеректомії. Здійснено порівняльний аналіз варіантів особистісних профілів у жінок після гістеректомії з різним відношенням до наслідків оперативного втручання. Зроблені висновки відносно особистісних утворень, які впливають на розвиток дезадаптивних станів у жінок які перенесли видалення матки.

Ключові слова: гістеректомія, дезадаптивні стани, особистісні особливості.

А.С. Кочарян, А.О. Макаренко

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН, КОТОРЫМ СДЕЛАНА ГИСТЕРЕКТОМИЯ, И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

В статье рассматриваются личностные особенности женщин, которым выполнена гистеректомия. Показана роль преддиспонирующих характеристик личности в развитии дезадаптивных состояний у женщин после гистеректомии. Осуществлен сравнительный анализ вариантов личностных профилей у женщин после гистеректомии с разным отношением к последствиям оперативного вмешательства. Сделаны выводы относительно личностных образований, которые влияют на развитие дезадаптивных состояний у женщин, которые перенесли удаление матки.

Ключевые слова: гистеректомия, дезадаптивные состояния, личностные особенности.

A.S.Kocharyan, A.O.Makarenko

PERSONAL FEATURES OF WOMEN BY WHICH IT IS MADE HYSTERECTOMY, AND ITS INFLUENCE ON DEVELOPMENT ДЕЗАДА DESADAPTIVE CONDITIONS IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD

In clause are considered personal features of women's, which it is executed hysterectomy. The role predetermining characteristics of the person on development desadaptive conditions at women's after hysterectomy is shown. The comparative analysis of variants of personal structures at women after hysterectomy b with the different consequences of operative intervention is carried out. Are drawn conclusions concerning personal formations which influence development дезадаптивних conditions and installations at women's which have transferred removal of a uterus.

Key words: hysterectomy, desadaptive conditions, personal features.

Постановка проблеми та її зв'язок з важливими науковими та практичними завданнями. На сьогодні гістеректомія є однією з найчастіше

виконуваних операцій в гінекологічній практиці. Збільшення числа гістеректомій пов'язано з ростом гінекологічних захворювань, які потребують оперативного втручання [2 – 4; 7]. Крім цього, вік контингенту жінок, яким необхідне радикальне оперативне втручання, омолоджується. За свідченням вчених, після оперативних втручань на матці розповсюдженість психологічних проблем становить до 80% [8]. Втрата фертильності багатьма жінками сприймається як втрата жіночності, що може в окремих випадках стати довготривалою негативною психоемоційною ситуацією, яка може призвести до психічної дезадаптації. Стан жіночого організму після видалення матки та фактори, які впливають на перебіг раннього та пізнього післяопераційного періоду, досить тривало вивчаються лікарями, проте психологічним проблемам цих жінок довгий час уваги не приділяли. Існуючі в літературі дані свідчать, що психоемоційні стани соматичних та хірургічних хворих відрізняються різноманітністю – від психологічного благополуччя до глибокої психічної дезадаптації. У сучасному психологічному науковому знанні загальновизнаним є факт що, одна й та сама подія може бути травмуючою для одної людини, та разом з тим не зачіпати іншої, тобто існують індивідуальні розбіжності особистості по сприйняттю до впливу конктетного стресора, які виступають факторами, які потенціюють, або навпаки гальмують дезадаптацію. Все вищевикладине зумовлює актуальність дослідження вивчення факторів, що викликають дезадаптацію у жінок після гістеректомії у раньому періоді після оперативного втручання.

Аналіз досліджень і публікацій. Проаналізувавши літературу, яка містить дані щодо проблеми прооперованих жінок в об'ємі гістеректомії можна виділити наступні психосоціальні параметри [2 – 5; 8], що впливають на психіку жінок, які перенесли радикальні операції: символічне значення матки і відношення до її повного видалення, розуміння характеру операції, розуміння результатів операції, змінення сексуального і естетичного статусу, відношення до стерильності і, в зв'язку з цим, відношення до родичів та чоловіка, а також експектації їх відношення до хворої, розуміння необхідності подальшої гормональної терапії.

Мета статті – описати особистісні особливості жінок, яким виконана гістеректомія та на основі порівняння особистісних профілів зробити висновки відносно переддиспонуєчих характеристик дезадаптивних станів в ранньому післяопераційному періоді.

Виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів. За результатами опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики (SCL – 90 – R) [8, с.147-244] жінки були розподілені на дві групи – жінки з вираженою симптоматикою і дисгармонійним відношенням відносно свого положення (основна група – гр.1) та з їх відсутністю (група порівняння – гр. 2).

На цьому етапі роботи ми досліджували особистісні особливості жінок, яким була виконана гістеректомія. Задача виявлення особистісних особливостей пов'язана з тими обставинами, що останні виступають як «слабкий ґрунт», котрий є передумовою розвитку дезадаптивних станів в результаті захворювання та його наслідків. Найбільш адекватним методом для вирішення поставленої задачі було використання стандартизованого багатофакторного методу дослідження особистості (Л.М.Собчик). Нами були побудовані усереднені особистісні профілі жінок з двох груп (рис.1). Як видно з рисунку, усереднений профіль (код профілю:1'38274609/5 FKL*) жінок з дезадаптивними станами може бути описаний як помірно підвищений, що може виявляти як акцентовані риси, так і повідомляти про порушення адаптації. Шкала оптимізму дещо знижена, що відображає зниження життєлюбства та активності. Посередній профіль (код профілю:'8456193720 KFL) жінок з ефективним виходом із ситуації оперативного втручання розташований в широкому коридорі норми та виявляє ведучі тенденції, які визначають характерологічні особливості. Відмінною рисою профілю жінок групи порівняння відносно основної групи є підвищення по шкалі «мужності/жіночності», що визначає посилення стеничних характеристик та

* Для зручності всі побудовані нами профілі було закодовано. Використовувався засіб кодування за Хатеуейом [5, с.112], шкали достовірності відображені у ступені їх зниження.

більш виражені риси мужності, в той час як у жінок з дезадаптивними станами ця шкала відображає більш типову для жіночої статі рольову поведінку.

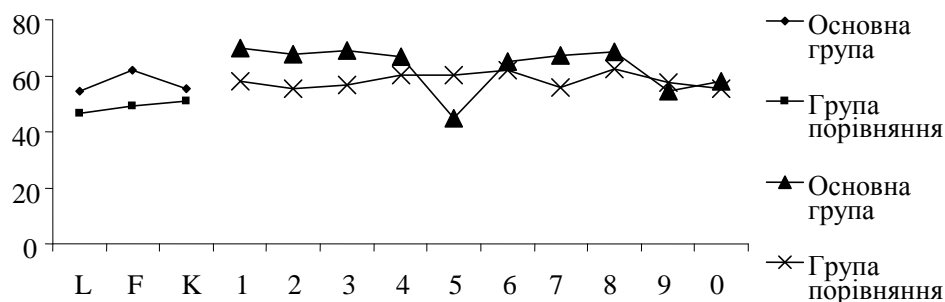


Рис. 1. Усереднені профілі особистості жінок після гістеректомії. Примітка: тут і далі: вісь Y – Т-бали; вісь X – шкали СБДО відповідно 1 – шк. невротичного над контролю; 2 – шк. песимістичності; 3 – шк. емоційної лабільності; 4 – шк. Імпульсивності; 5 – шк. мужності/жіночності; 6 – шк. ригідності; 7 – шк. тривожності, 8 – шк. індивідуалістичності; 9 – шк. оптимізму та активності; 0 – шк. інтроверсії.

Посередній профіль за СБДО дає узагальнену тенденцію, котра нівелює індивідуальні особливості, тому нами було виділено декілька варіантів особистісних профілів (в складі 1 та 2 груп), які були типологічно схожими та однорідними в особистістому відношенні.

Перший варіант профілю (рис. 2; 21,53% спостережень; код профілю'132786409 FKL) особистості жінок з дезадаптивними станами характеризується змішаним типом реагування, такий профіль має назву «невротичний» або профіль з негативним нахилом, оскільки профіль має виражений підйом по шкалам невротичної триади (1, 2, 3). Перша шкала в структурі невротичної триади виявляє механізм захисту по типу «втечі в хворобу» та виявляє признаки госпіталізації та іпохондрічний розвиток особистості. В цілому профіль характерний для станів емоційної напруженості, зниженого настрою та падіння життєвого тону. В ситуаціях стресу – схильність до стоп-реакцій, блокування активності, знижений поріг толерантності до стресу. Профіль відображає пригніченість настрою не лише пов'язану з негативними переживаннями, але й певні особистісні особливості: схильність до гострого

переживання невдач, до хвилювань з самокритичним відношенням до себе, своїх недоліків та невпевненістю у собі.

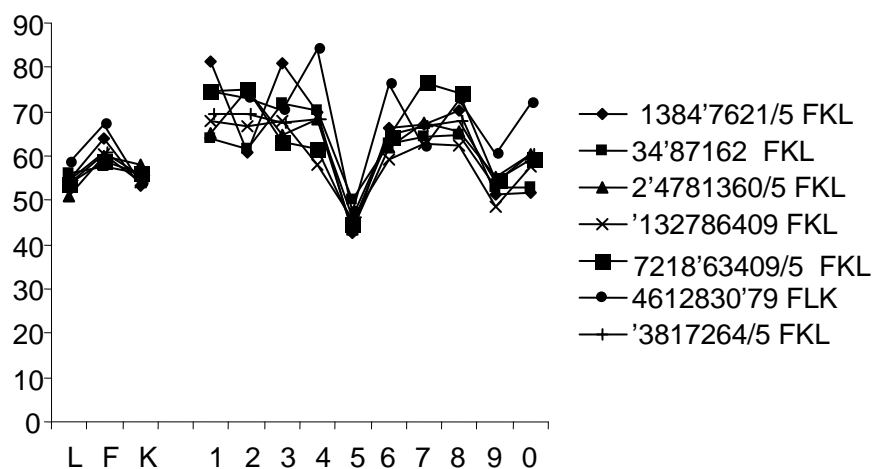


Рис. 2. Усереднені профілі особистості жінок основної групи.

Другий варіант (рис.3; 18,46% спостережень; код профілю 34'87162 FKL) профілю особистості жінок з дезадаптивними станами характеризується змішаним типом реагування. Поєднання високих показників по 3 та 4 шкалах значно посилюють характеристики третьої, збільшуючи вірогідність поведінкових реакцій по істеричному типу зі схильністю до самозбудження, вираженим стремлінням до емоційного втягування. Поєднання високих сьомої та третьої шкал відображає проблему внутрішньо протирічного, змішаного типу реагування, в якому зіштовхуються різнопланові тенденції; схильність до активності та рішучих дій зі схильністю до блокування активності в випадках стресу. Напруженість, внутрішній конфлікт каналізується по психосоматичному варіанту або проявляється неврастенічною симптоматикою.

Третій варіант (рис. 4; 16,92 % спостережень; код профілю 1384'7621/5 FKL) особистості жінок 1 групи виявляє деяке підкреслення існуючих проблем, драматизацію труднощів та агравації стану. Профіль характеризується як «високо розташований», виявляє змішаний тип реагування, наявність так званої конверсійної п'ятірки, яка притаманна істеричному неврозу (поєднання 1-ї і 3-ї та

відносно низької 2-ї шкали). В даному випадку емоційна напруженість перекладається в соматичні розлади.

Четвертий варіант (рис.5; 16,92% спостережень; код профілю 7218'63409/5 FKL) профілю особистості жінок першої групи помірно підвищений та характеризується змішаним типом реагування. Профіль відображає картину тривожно-депресивного стану з іпохондрічними включеннями. В момент виникнення стресової ситуації можуть підсилюватись тормозні тенденції – невпевненість та стоп-реакції. Загострення тривожно-помислових, ананкасих та сензитивних рис особистості, подвійний пік 7-ї та 8-ї шкали, який практично сягає відмітки 80 Т балів, характерний для стану хронічної соціальної дезадаптації та є ознакою вираженого комплексу неповноцінності, відчуття своєї інаковості в оточуючому середовищі.

П'ятий варіант профілю (рис. 6; 12,30 % спостережень; код профілю 2'4781360/5 FKL) жінок основної групи характеризується змішаним типом реагування та відхиленням стану від нормального. Профіль відображає пасивно-страждальну позицію та високий рівень усвідомлення проблем, песимістичну оцінку власних перспектив. Високі показники по шкалі 2 можуть бути пов'язані з різким розчаруванням та у зв'язку з захворюванням, що порушує звичайний хід життя. Особи з переважаючою шкалою 2 відрізняються найбільшою вразливістю по відношенню до життєвих негараздів. Сензитивний тип реагування поєднується з імпульсивністю та елементами демонстративності, про що повідомляє підвищення по шкалі 4. В випадках стресу – тормозні тенденції, невпевненість, різке падіння життєвого тону, тривога, почуття страху. Шкала 5 відображає м'якість, жіночність та вразливість.

Шостий варіант профілю (рис. 7; 7,96% спостережень; код профілю '3817264/5 FKL) характеризується змішаним типом реагування та виявляє характерологічні особливості. Поєднання підвищеної 3 та 8 шкали з низькою 5 притаманне жінкам з вираженою естетичною спрямованістю, з багатою уявою, з надмірною емоційністю та вразливістю. Підйом по шкалі 7 зумовлений емоційно складною ситуацією, якою для такого варіанту особистості є гістеректомія.

Сьомий варіант (рис.8; 6,15% спостережень; код профілю 4612830'79 FLK) профілю високо розташований, що виявляє відхилення стану від нормального. Загалом профіль відображає різноплановість тенденцій, що виявляє змішаний тип реагування, при якому висока потреба в самореалізації сполучається з високим самоконтролем, стриманню поведінкових реакцій.

В групі жінок, які заперечували наявність переживань, пов'язаних з фактом втрати матки, було виділено шість типологічно схожих профілів особистості.

Перший варіант профілю (рис. 9; 36,11% спостережень; код профілю '1568 KFL), виявляє характерологічні особливості та характеризується змішаним типом реагування. Перша шкала виявляє мотиваційну спрямованість на відповідність нормативним критеріям як в соціальному оточенні, так і в сфері фізіологічних функцій організму. Основна проблема даного типу особистості – придушення спонтанності (невимушеності, безпосередності реакцій), стримання активної самореалізації, контроль над агресивними імпульсами, гіперсоціальна спрямованість інтересів; інертність в прийнятті рішень, надвідповідальність сполучається з тенденцією уникнення відповідальності із страху не впоратись. Гіперсоціальність установок виглядає фасадом, за яким приховуються роздратованість, схильність осуджувати інших, хто дозволяє собі реалізовувати власні бажання всупереч нормативним правилам.

Другий варіант особистісного профілю жінок другої групи (рис. 10; 18,05% спостережень; код профілю 65'83214 KFL) характеризується стеничним типом реагування. Профіль помірно підвищений, що може вказувати на акцентовані риси особистості. Основою такого типу особистості є патологічна стійкість афекту, афективна захопленість домінуючою ідеєю. До певної межі ці жінки викликають враження осіб стійких до стресу, що в значній мірі обумовлено їх непідвласністю середовищному впливу (гомономністю) та тугорухливістю нервових процесів з труднощами переключення зі звичного стану в інший та новий. Виражені риси мужності, нежіночний стиль поведінки.

В третьому варіанті (рис. 11; 12,5% спостережень; код профілю 945'6873120 KFL) особистісного профілю жінок з другої групи спостерігався стеничний тип

реагування. Підвищення по 9-й шкалі в поєднанні з 4-ю шкалою виявляє акцентуацію по гіпертимному типу, завищену самооцінку, інфантилізм, емоційну незрілість. Подібний профіль виявляє гіперкомпенсаторну реакцію гіпоманіакального типу з тенденцією до відкидання проблем в ситуації об'єктивно складній, яка загрожує важкими наслідками. В ситуаціях стресу такі особистості проявляють надмірну активність. Захисний механізм по типу відкидання проблем. П'ята шкала відображає риси мужності, стремління до емансипації та самостійності в прийнятті рішень.

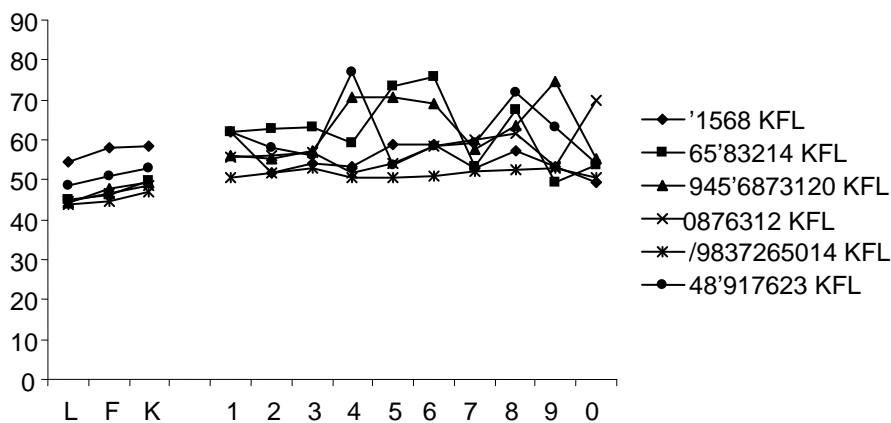


Рис. 3. Усереднені профілі особистості жінок групи порівняння.

Четвертий профіль (рис. 12; 12,5% спостережень; 48'917623 KFL) характеризується стеничним типом реагування, у ситуації стресу у осіб з піком по 4 шкалі проявляється дієвість, рішучість та мужність. Поєднання 8-ї та 4-ї шкал вказує на підкреслений нонконформізм, жорсткість установок. Захисні механізми: схильність до підвищеної поведінкової активності, відреагування зовні та відхід у світ фантазій П'ятий варіант профілю (рис. 13; 12,5 % спостережень; /9837265014 KFL[†]) особистості жінок був віднесений до конконтарної норми, тобто притаманний гармонійним особистостям.

Шостий варіант (рис. 14; 6,94 % спостережень; код профілю '0876312 KFL) особистості жінок 2 групи характеризувався змішаним типом реагування.

[†] Профіль закодовано засобом по Уелшу [5, с. 112]

Ведучий пік по шкалі 0 виявляє пасивність особистісної позиції та більшу зверненість в світ внутрішніх переживань як константну властивість особистості (тобто інтровертивність). Такому типу особистості властива замкнутість та сором'язливість. Характерні прихованість та вибірковість в контактах. В стресі – заторможеність, втеча від проблем в самотність.

Висновки та перспективи подальших розвідок у даному напрямі.

В ході проведення дослідження були встановлені особистісні особливості жінок з дезадаптивними станами, які є переддиспонуєчими у виникненні цих станів. Загалом було виділено сім варіантів типологічно схожих особистісних характеристик, які виявились певною передумовою для утворення дезадаптивних станів, що виявляється, по-перше, в акцентованих рисах особистості, по-друге, наявності схильності до гострого переживання невдач, самокритичному відношенні до себе, невпевненістю у собі, вираженому комплексу неповноцінності, пасивно-страждальній позиції, песимістичності, (коди: '132786409, 7218'63409/5, 2'4781360/5), по-третє, істеричному радикалі особистості (коди: 1384'7621/5, 34'87162, '3817264/5), по-четверте, фемінінній позиції, м'якості та вразливості, по-п'яте, змішаному типі реагуванні на стрес. Гальмівний ефект дезадаптивних станів забезпечується особистісними особливостями, які варіюють від конконтартної норми до вираженої характерологічної структури особистості, яка проявляється в : 1) високому емоційному контролю, гіперсоціальності та завищеній нормативності 2) ригідності афекту, вираженості рис себелюбства та егоїстичних тенденціях 3) маскулінних рисах, 4) гіпертимних характеристиках та інфантильності, 5) інтровертивності як прояву базового радикалу недовірливості та приховуваності, 6) стенічному типі реагування в випадках стресу.

Список літератури

1. Адамян Л.В., Аскольская С.И., Кудрякова Т.А. та ін. Психоемоциональное состояние женщин после гистерэктомии // Акушерство и гинекология. – 1999. – №1. – С. 31-34.

2. Запорожан В.М., Бітенський В.С., Рожковська Н.М. та ін. Особливості психосоматичних реакцій у жінок після гістеректомії //Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2002. – №1. – С. 76-78.
3. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Аскольская С.И., Фролова О.Г. Здоровье и качество жизни женщин после тотальной и субтотальной гистеректомии, произведенной по поводу миомы матки //Акушерство и гинекология. – 1999. – №1. – С. 31-34.
4. Свірідова В.В. Порівняльна характеристика психоемоційного стану жінок, які перенесли оперативні втручання на внутрішніх статевих органах //Медицинская психология. – 2009. – Т.4. – 1 (13). – С. 88.
5. Собчик Л.Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. – СПб.: Речь, 2003. – 624 с.
6. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – С. 147-244.
7. Тихомиров А.Л., Олейник Ч.Г. Миома матки и гормональная контрацепция // Здоровье женщины и менопауза. – 2008. – №2 (34). – С. 90-91.
8. Харди И. Врач, сестра, больной. – Budapest.:Издательство академии наук Венгрии, 1981. – 458 с.
9. Roseske N. C. Hysterectomy and other gynecological surgeries a psychological view // Women's place in medicfl and psychological interfaces. – 2007 – Vol. 1 – P. 172-180.