

ведінки, прагнення до самовладання. У $47,7 \pm 5,4$ % осіб зі сформованою фазою «Резистенція» найбільш типовою виявлялася стратегія «Конфронтації», яка характеризувалася прагненням до не завжди цілеспрямованої поведінкової активності із наявністю агресивних тенденцій, спрямованих на зміну ситуації, що припускає певну ступінь ворожості і готовності до ризику.

У $33,7 \pm 5,1$ % медпрацівників виявлено формування третьої фази ЕВ «Виснаження» з переважанням стратегії «Дистанціювання», які демонстрували спроби подолання негативних переживань через суб'єктивне зниження значущості проблеми та ступеня емоційної залученості в неї з використанням інтелектуальних прийомів раціоналізації, переключення уваги та відсторонення. У $19,8 \pm 4,3$ % фаза «Виснаження» була повністю сформованою з провідною стратегією «Втечі-уникнення», яка передбачає реагування за типом ухилення: заперечення або повне ігнорування проблеми, пасивність, нетерпіння, спалахи роздратування, вживання алкоголю з метою зниження болісного емоційного напруження.

Подібний розподіл фаз у структурі синдрому емоційного вигорання та домінуючих стратегій копінг-поведінки у медичних працівників онкологічного профілю свідчить про переважання психологічного захисту у вигляді редукції професійних обов'язків та розширення сфери економії емоцій, та є додатковим провокуючим чинником для розвитку психогенних психічних розладів у хворих на злякисні новоутворення.

УДК 616.89-008.19159.93-054.72

Венгер О. П.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України» (м. Тернопіль)

Клінічні особливості суб'єктивного контролю у емігрантів та реемігрантів, хворих на депресивні розлади

Проблема еміграції та рееміграції в Україні є однією з найактуальніших державних та суспільних проблем. При оціночній кількості українських мігрантів у 6,5—7 млн осіб, еміграція має постійну тенденцію до збільшення. Сьогодні міграцію розглядають як один з факторів, що впливає на стан психічного здоров'я населення. У структурі особистості емігрантів виявляються емоційна нестійкість, тривожність, соціальна інтроверсія, конформність на поведінковому рівні, підозрілість, слабка інтеграція особистісних рис у вигляді емотивності та фрустрованості, низький рівень фрустраційної толерантності. У низці досліджень висувалася гіпотеза про існування особливого «міграційного» психотипу, який є ядром комплексу причин (зокрема неусвідомлюваних), що спонукають людину реалізувати рішення про еміграцію. При цьому інші дослідники зауважують, що не існує універсальних характеристик людини або набору певних рис, які б сприяли процесу адаптації до будь-якої культури.

Метою дослідження було вивчення особливостей суб'єктивного контролю у емігрантів та реемігрантів порівняно з не емігрантами. Для цього за допомогою методики «Рівень суб'єктивного контролю» було проведено обстеження 196 осіб, які щонайменше протягом останнього року проживали за межами України і планували найближчим часом повернутися за кордон (емігранти), 191 осіб, які не менше року проживали за межами України і протягом останнього року повернулися для постійного проживання

в Україну (реемігранти) та 198 осіб, які постійно проживають в Україні, і ніколи не виїжджали за її межі для тривалого проживання (не емігранти). Усі обстежені хворі перебували на лікуванні в Тернопільській обласній психоневрологічній лікарні за період 2010—2014 років, їм був встановлений остаточний клінічний діагноз депресивного розладу відповідно до критеріїв МКХ-10. Психогенні депресивні розлади (коди за МКХ-10 F43.21 та F43.22) встановлені у 69 не емігрантів, 68 емігрантів та 67 реемігрантів, ендогенні (коди за МКХ-10 F31.3, F31.4, F32.1, F32.2, F33.1 та F33.2) — відповідно у 65, 66 та 63 осіб, органічні (код за МКХ-10 F06.3) — відповідно у 64, 62 та 61 осіб; розбіжності не значущі.

Нами виявлено, що емігрантам, хворим на психогенні депресивні розлади, притаманне зміщення локус-контролю з тенденцією до інтерналізації в сферах досягнень, невдач, в сімейних, трудових, міжособистісних відносинах, та слабкої екстерналізації — щодо здоров'я і хвороби. У реемігрантів, на відміну від емігрантів, виявлено зміщення локус-контролю у бік екстерналізації в сфері досягнень, в сімейних відносинах, в сфері трудових відносин, міжособистісних відносин, і в бік інтернальності — в сфері невдач та щодо здоров'я і хвороби.

Отже, емігрантам притаманний найвищий рівень суб'єктивного контролю і переважання інтернального типу контролю як у загальній інтернальності, так і в сферах досягнень, невдач, сімейних, трудових, міжособистісних відносин. Натомість, для реемігрантів типовим був екстернальний тип внутрішнього контролю, як загалом, так і у сферах досягнень, сімейних, трудових, міжособистісних відносин; при цьому в сфері досягнень реемігранти виявляють інтернальний тип суб'єктивного контролю. Як емігрантам, так і реемігрантам притаманний екстернальний тип суб'єктивного контролю щодо здоров'я і хвороби, що свідчить про пасивне ставлення до хвороби.

УДК 616.891.8-08

Георгиевская Н. В.

Харьковский национальный медицинский университет (г. Харьков)

Психотерапевтическая помощь замужним женщинам при различных формах сексуальной дезадаптации

Невротические расстройства у женщин часто сопровождаются сексуальными расстройствами, по данным различных авторов это составляет от 40 до 80 % случаев всей патологии. Данные нарушения нередко приводят к снижению репродуктивной функции и распаду брака. Нами было проведено системное исследование сексуальной дезадаптации супружеской пары при невротическом расстройстве у жены, результаты которого послужили основанием для разработки системы патогенетически направленной психотерапии.

Предложенная нами система психотерапевтической коррекции состояла из четырех компонентов: когнитивного (информационного), аффективного (эмоционального), поведенческого и личностного. При этом проводимые психотерапевтические мероприятия адресуются к трем подсистемам личности супругов — интраиндивидной, интериндивидной и метаиндивидной.

Разработанная система психотерапии была проведена нами 250 супружеским парам с сексуальной дезадаптацией, в которых жены страдали невротическим расстройством (неврастенией, смешанным диссоциативным и обсессивно-компульсивным расстройством, ипохондрическим расстройством).

Психотерапевтическая коррекция состояла из трех основных этапов. На первом установочном этапе проводилось выявление и устранение неадекватных и деструктивных установок, оценок и представлений супругов в области сексуального взаимодействия. Основными методами для этого этапа мы выбрали рациональную и информационную психотерапию. Рациональную психотерапию осуществляли в форме индивидуальной, парной и групповой психотерапии, используя техники, разработанные А. Ellis, W. Dryden. Основной задачей этапа считали корректировку так называемого иррационального мышления у супругов. В основе иррациональных взглядов, ведущих к таким нездоровым эмоциям как тревога, гнев, злость, обида, депрессия, стыд, вина или ревность, лежит мыслительный процесс, известный в теории рационально-эмоциональной поведенческой терапии как «долженствование».

На втором этапе психотерапевтической коррекции воздействия для пациенток были направлены на дезактуализацию переживаний, связанных с сексуальной дезадаптацией, компенсацию неадекватных эмоциональных реакций на нее, а также на повышение сексуально-эротической привлекательности брачного партнера. Психокоррекционные усилия для мужей пациенток на этом этапе были направлены на изменение закрепившегося девиантного сексуального поведения и привлекательности образа сексуального брачного партнера. На втором этапе психотерапии основными методами коррекции в работе с пациентками и их мужьями были аутотренинговые и гипносуггестивные техники, а также модифицированный нами вариант мотивационной психотерапии А. Ю. Дышлевого. Успешность данного этапа у женщин определяется регрессом невротической симптоматики и формированием позитивной установки в отношении брачного партнера. Успешность этапа для мужей пациенток является регуляризация образа брачного сексуального партнера, формирование адекватных мотиваций сексуального поведения и мотивов полового акта.

На третьем этапе психотерапии супруги научались успешному, продуктивному и правильному сексуальному взаимодействию. На этом этапе повышался практический уровень их сексуальной компетентности, достигалась оптимальная согласованность взаимодействия, формировалось новое, более адаптированное сексуальное поведение. На третьем этапе психотерапевтической коррекции основными методами коррекции был сексуально-поведенческий тренинг. Этап считался завершенным при формировании и закреплении у супругов нового сексуально-поведенческого поведения и достижения обоюдной стабильной сексуальной и эмоциональной удовлетворенности.

УДК 616.89-008.441.3

Гердт И. Ю.

*Институт психотерапии (г. Кобленц, Германия)**

Особенности синтетической, межнациональной, поликультуральной социопсихотерапии иммигрантов с различными формами психических и поведенческих расстройств

Интеграция иноязычных иммигрантов в социально-экономическую жизнь Германии представляет серьезную общечеловеческую и медицинскую проблему, которая

* Данная публикация подготовлена в рамках программы сотрудничества с отделом клинической и социальной наркологии «ИНПН НАМН Украины» и ООО «Клиника доктора Артемчука».

решается в государственном плане комплексно, путём обучения приехавших людей языку и истории страны, получения нужной профессии и трудоустройства, обеспечения материальной и правовой помощью, а в случаях наличия соматической и нервно-психической патологии — посредством медицинских консультаций и проведения терапевтических курсов в амбулаторных клиниках, в т. ч. методами психотерапии (поведенческой, глубинной, психоаналитической и др.). Эти люди, до недавнего времени, представляли собой другую культуру, другую страну, другой этнос и после переезда испытывают трудности (стресс) адаптации; демонстрируют высокие уровни тревоги, напряжения, агрессии, депрессивных расстройств, а также клинические признаки невротизации, алкоголизации, наркотизации, асоциального, в т. ч. криминального поведения. Как правило, переселенцы живут в изолированных, по национальному типу, общинах, в которых сохраняются прежние верования, философия, уклад, ценности, привычки. Они испытывают враждебность, дискриминацию со стороны (и по отношению) местного населения, страх перед будущим; имеют проблемы с трудоустройством, семейной жизнью, работоспособностью и здоровьем (вплоть до инвалидизации). Всё вышесказанное отражает низкий уровень возможностей данного контингента к социально-профессиональной, личностной и национальной интеграции в условиях новой действительности, недостаток мотиваций к здоровому образу жизни и к соблюдению общепринятых стандартов поведения; отсутствие критики к болезням. Такое положение дел требует поиска, разработки и внедрения новых подходов, методов и технологий адаптации этого проблемного по многим характеристикам контингента с целью формирования у него паритетной психологии, объединяющей прежнюю и новую экзистенцию, межнациональные конфессии и философские системы; активного накопления позитивного опыта решения проблем.

В медико-социальном Центре (Институт психотерапии, г. Кобленц) нами, при анализе материалов наблюдения и лечения 250 иммигрантов с психическими расстройствами и расстройствами поведения из России, Польши, Турции, Албании, Хорватии, а в последние годы из Ирана, Сирии, Украины, было установлено, что весь этот контингент нуждается в многолетней, направленной, межкультуральной, интернациональной по содержанию, полипрофессиональной социо- и психотерапии, которая, с нашей точки зрения, должна быть выделена в отдельное направление, и даже — в отдельный метод синтетической, межкультуральной терапии. Согласно стандартным подходам к интеграции переселенцев в экономику и социальную жизнь Германии, они наблюдаются в подобных Центрах в течение трех лет и проходят курсовые психологические, правовые, медико-социальные, психотерапевтические и другие адаптационные программы в течение 120 учебных часов. Несмотря на положительные результаты такой работы — она остаётся недостаточной (и по содержанию, и по длительности), т. к. не учитывает специфики жизни иммигранта в его прежней стране. Процесс интеграции финансируется в Германии медицинскими страховыми компаниями. Показания к социотерапии и психотерапии регламентируются международной классификацией болезней (МКБ-10) и основываются на показателях ограничения жизнедеятельности и здоровья человека. Оценка состояния больного производится профильными медицинскими специалистами. В целом постановка интеграционной работы в отношении переселенцев остаётся несовершенной.