

ПСИХІАТРІЯ, НАРКОЛОГІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

<https://doi.org/10.35339/ekm.2019.85.04.03>

УДК 616.45-001/.3-055.2: 616.895.8

В.А. Герасимук¹, Н.К. Агішева²

¹*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

²*Харківська медична академія післядипломної освіти*

РОЛЬ І МІСЦЕ СТРЕС-ДОЛАЮЧОЇ ПОВЕДІНКИ В ФОРМУВАННІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ДРУЖИН, ЧОЛОВІКИ ЯКИХ СТРАЖДАЮТЬ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Вивчено ролі та місця стрес-долаючої поведінки в формуванні психологічної дезадаптації у дружин, чоловіки яких хворіють на параноїдну шизофренію (ПШ). На базі КЗ «Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. О.І. Ющенко» було обстежено 120 жінок, чоловіки яких хворіли на ПШ та 50 жінок, чоловіки яких не мали психічних і поведінкових розладів. В результаті дослідження підтверджено гіпотезу про наявність у дружин хворих на ПШ чоловіків ознак психічної, сімейної, психосоціальної та особистісно-поведінкової дезадаптації різного наповнення й вираженості, констеляція яких складає клінічну картину цілісного феномену психологічної дезадаптації жінок, що різняться залежно від тривалості хвороби та може бути реалізована у двох клініко-психологічних варіантах: субдезадаптивному зчеплено-співзалежному, притаманному дружинам чоловіків з тривалістю психічної хвороби до 8 років, та дезадаптивному роз'єднано-дистанційному, характерному для дружин чоловіків з давністю захворювання від 8 до 15 років. В ході дослідження доведено, що в процесі формування та динаміці розвитку і прогресування психологічної дезадаптації провідне місце належить стрес-долаючій поведінці, яка одномоментно є її дескриптором і предиктором.

Ключові слова: *дружина психічнохворого, параноїдна шизофренія, психологічна дезадаптація, стрес-долаюча поведінка, копінг-стратегії, копінг-ресурси.*

Вступ

Наявність у родині хворого на параноїдну шизофренію (ПШ) є надзвичайно потужним стресовим фактором, який впливає на функціонування усіх членів сімейної системи [1]. Результати сучасних досліджень стверджують, що родичі хворих на шизофренію потерпають від емоційної депривації та конфліктності, фрустраційних переживань, наслідком чого є афективна нестійкість з вираженими негативними емоціями розчарування і гніву [2–7]. Страх, збентеженість, надмірне психоемоційне навантаження, що формуються як патологічна відповідь на прояви психічної хвороби родича, низька толерантність до невідомості щодо перспектив його захворювання, відсутність соціальної підтримки, стигма-

тизація та інше, негативно позначаються на психологічному стані усіх членів мікросоціального оточення хворого [8, 9].

Тривало присутній стрес призводить до поступового виснаження адаптаційних механізмів і ресурсів особистості і, як наслідок, до порушення психічної адаптації, зриву функціональних систем життєдіяльності та розвитку порушень психічної та соматичної сфер різного ступеня вираженості [10–12].

Стани психологічної дезадаптації у родичів психічнохворих пацієнтів останні десять–п'ятнадцять років привертають увагу дослідників. Так, науковцями описані прояви психічної дезадаптації у родичів хворих з першим епізодом психозу [9], створені психоосвітні керівництва для них [4], вивчена динаміка ресурсу сім'ї,

де проживає хворий на ПШ [5], досліджені особливості психологічної дезадаптації у дружин та матерів пацієнтів із різною тривалістю захворювання на ПШ [13], висвітлена специфіка психологічного реагування чоловіків, дружини яких хворіють на ПШ [14, 15].

Однак, поза увагою дослідників залишається важливе питання щодо ролі ресурсного арсеналу копінг-поведінки в процесі формування психологічної дезадаптації у родичів психічно хворих пацієнтів. Між тим, зрозуміло, що стрес-долаюча копінг-поведінка, як активна стратегія та індивідуальний спосіб взаємодії суб'єкта з важкою життєвою ситуацією, є найважливішою формою адаптаційних процесів і реагування індивіда на стресові ситуації, а відсутність результатів її ретельного вивчення унеможливує створення дійсно ефективних персоналізованих психокорекційних програм, спрямованих на психокорекцію і психологічну підтримку такого важливого і великого контингенту споживачів медико-психологічної допомоги, як родичі хворих на ПШ.

Мета дослідження – вивчити роль і місце стрес-долаючої поведінки в формуванні психологічної дезадаптації у дружин, чоловіки яких страждають на ПШ, залежно від тривалості захворювання, задля визначення специфічних мішеней заходів медико-психологічної підтримки для даного контингенту.

Матеріал і методи

Для досягнення поставленої мети, з дотриманням принципів біоетики і деонтології, на базі КЗ «Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. О.І. Ющенка» було обстежено 120 жінок, віком від 22 до 55 років (середній вік – 38 років), чоловіки яких хворіли на ПШ. Критеріями включення були наявність у чоловіка діагнозу «Шизофренія, параноїдна форма» (F20.0 згідно з дослідницько-діагностичними критеріями МКХ-10), проживання з хворим в одній оселі. Критеріями виключення були жінки, що мали психічні або хронічні інвалідизуючі соматичні захворювання. У 65,8 % жінок тривалість хвороби чоловіка була від одного до восьми років (вони склали основну групу дослідження 1, ОГ1), у 34,2 % – від восьми до п'ятнадцяти років (вони склали основну групу дослідження 2, ОГ2). Даний розподіл за тривалістю хвороби був обумовлений особливостями її перебігу, що, за твердженням І.Я. Гуровича зі співавторами [16], впливають на стан сімейного гомеостазу. В якості порівняльної групи було обстежено 50 жінок віком від 21 до 56 років (середній вік – 36 років), які були

репрезентативними з основною групою обстежуваних за основними соціально-демографічними характеристиками та мали чоловіків без клінічно виражених розладів психіки й поведінки.

Комплексне обстеження включало застосування клініко-психологічного, психодіагностичного і статистичного методів дослідження. Психодіагностичне дослідження містило кілька змістовно різних блоків: стан психоемоційної сфери визначали за допомогою опитувальника «Рівень невротизації і психопатизації» [17] та клінічних рейтингових шкал тривоги (HARS) і депресії (HDRS) М. Hamilton [18]; рівень стресового навантаження та стрес-протективних ресурсів особистості – за шкалою психосоціального стресу Л. Рідера [19] і методики визначення стресостійкості Д. Холмса–Раге [20]; особливості функціонування сімейної системи оцінювали за методикою визначення рівня сімейної тривоги «АСТ» Е. Ейдеміллера, В. Юстицькіса [21], методикою визначення ставлення родичів до наявності психічного захворювання у члена родини [22] та шкалою FACES-3, створеною Д.Х. Олсоном, Дж. Портнером, І. Лаві в 1985 р. та адаптованою М. Перре в 1986 р., застосування якої дало змогу оцінити рівень сімейної згуртованості та флексibilityності родини як системи [23]; рівень психосоціального функціонування діагностували за допомогою опитувальника ВООЗ «ЯЖ-100» [24]; вивчення особливостей копінг-поведінки проводили з використанням опитувальника «Засоби долаючої поведінки» А. Лазаруса, С. Фолкмана в адаптації Т. Крюкової [25], методика діагностики копінг-поведінки Е. Хейма [26] та методики А. Меграбяна щодо визначення стану комунікативних копінг-ресурсів особистості [27]. Статистичний метод був використаний для оцінки розбіжностей між групами та залежностей між факторами.

Результати та їх обговорення

В результаті дослідження було підтверджено попередню гіпотезу про наявність у дружин хворих на ПШ чоловіків ознак психічної, сімейної, психосоціальної та особистісно-поведінкової дезадаптації різного наповнення й вираженості, констеляція яких складала клінічну картину цілісного феномену психологічної дезадаптації жінок, що різнилась залежно від тривалості хвороби (*табл. 1*).

Так, у більшості дружин ОГ1 рівень невротизації виявився підвищеним (39,2 %) або високим (31,6 %), в той час, як у питомій ваги жінок ОГ2 – високим (36,6 %) та дуже висо-

Таблиця 1. Змістовна і кількісна характеристика ознак психологічної дезадаптації у дружин хворих на ПШ чоловіків, залежно від тривалості захворювання, %

Показник та його вираженість		ОГ1, n=79	ОГ2, n=41	ГП, n=50
<i>Ознаки психічної дезадаптації</i>				
Рівень невротизації	низький	3,8%	2,4%	20,0%
	знижений	7,6%	4,9%	20,0%
	невизначений	12,7%	7,3%	34,0%
	підвищений	39,2%	14,6%	22,0%
	високий	31,6%	36,6%	4,0%
	дуже високий	0	34,1%	0
Депресія	відсутня	39,2%	14,6%	92,0%
	малий депресивний епізод	53,2%	63,4%	8,0%
	тяжкий депресивний епізод	7,6%	22,0%	0
Тривога	субклінічна тривога	41,8%	12,2%	90,0%
	тривожний стан	51,9%	73,2%	10,0%
	тривожний розлад	6,3%	14,6%	0
Рівень психосоціального стресу	низький	10,1%	0	48,0%
	помірний	34,2%	24,4%	52,0%
	високий	55,7%	75,6%	0
Стресостійкість	висока	7,6%	0	22,0%
	межова	30,4%	17,1%	78,0%
	низька	62,0%	82,9%	0
<i>Ознаки сімейної дезадаптації</i>				
Складові сімейної тривоги	тривога	73,4%	82,9%	10,0%
	вина	68,4%	31,7%	2,0%
	напруга	44,3%	87,8%	6,0%
Рівень сімейної тривоги	високий	39,2%	82,9%	4,0%
Тип ставлення до психічної хвороби чоловіка	адекватний	27,8%	9,8%	0
	драматизуючий	64,6%	29,3%	
	негативний	7,6%	61,0%	
Рівень сімейної згуртованості	дуже низький роз'єднаний	32,9%	92,7%	10,0%
	низький розділений	0	0	38,0%
	помірний зв'язаний	0	0	34,0%
	надмірно високий зчеплений	67,1%	7,3%	18,0%
Рівень сімейної флексибільності (гнучкості)	дуже низький ригідний	3,8%	78,0%	20,0%
	низько-помірний структурований	17,7%	0	32,0%
	помірний гнучкий	20,3%	0	40,0%
	надмірно високий хаотичний	58,2%	22,0%	8,0%
<i>Ознаки психосоціальної дезадаптації</i>				
Параметри якості життя	фізична сфера	зниження життєвої активності		нормативні показники
		підвищена втома		
		порушення режиму сон/відпочинок		
	психологічна сфера	брак позитивних емоцій		нормативні показники
		висока інтенсивність негативних емоцій		
		знижена самооцінка		
	соціальні відносини	брак особистісних стосунків		нормативні показники
		брак практичної соціальної підтримки		
		низька сексуальна активність		
	навколишнє середовище	брак відчуття фізичної безпеки та захищеності		нормативні показники
низький рівень фінансових ресурсів				
брак медичної і соціальної допомоги				
<i>Ознаки особистісно-поведінкової дезадаптації у вигляді деформації стрес-долаючої копінг-поведінки</i>				
Копінговий репертуар	втеча-уникнення	21,3%	33,8%	0
	дистанціювання	20,0%	27,5%	0
	конфронтація	18,8%	2,5%	0
	пошук соціальної підтримки	12,5%	20,0%	24,0%
	самоконтроль	3,8%	2,5%	28,0%
	прийняття відповідальності	5,0%	2,5%	20,0%
	планування вирішення проблеми	13,8%	5,0%	18,0%
Когнітивні копінги	адаптивні	0	0	92,0%
	відносно адаптивні	41,8%	7,3%	8,0%
	неадаптивні	58,2%	92,7%	0
Емоційні копінги	адаптивні	0	0	90,0%
	відносно адаптивні	39,2%	12,2%	10,0%
	неадаптивні	60,8%	87,8%	0
Поведінкові копінги	адаптивні	0	0	88,0%
	відносно адаптивні	36,7%	9,8%	12,0%
	неадаптивні	63,3%	90,2%	0
Типологія копінгів (типів реагування)	когнітивно-некритичний		когнітивно-безпорадний	когнітивно-адекватний
	емоційно-некомпетентний		емоційно-дезадаптивний	емоційно-врівноважений
	несамостійно-конфліктний		поведінково-унікаючий	поведінково-відповідальний
Комунікативні копінг-ресурси	емпатія	недостатність (61,3% від максимальної вираженості)	брак (44,7% від максимальної вираженості)	розвинена (89,5% від максимальної вираженості)
	афіліація	недостатність (60,5% від максимальної вираженості)	брак (48,4% від максимальної вираженості)	достатня (85,2% від максимальної вираженості)
	сенситивність до знехтування	підвищена (68,3% від максимальної вираженості)	висока (88,8% від максимальної вираженості)	низька (44,6% від максимальної вираженості)

ким (34,1 %). Депресивні прояви на рівні малого депресивного епізоду були характерні для 53,2 % обстежених ОГ1, а у 39,2 % значущі прояви депресії були відсутні. Серед жінок ОГ2, навпаки, переважна більшість мали клінічно виражені симптоми депресивного розладу – 63,4 % на рівні малого депресивного епізоду, 22,0 % – тяжкого депресивного епізоду. Психо-патологічні прояви тривоги на рівні тривожного стану були притаманні 51,9 % жінок ОГ1, а у 41,8 % вони мали субклінічний рівень вираженості. В той же час, серед дружин ОГ2 переважна більшість (73,2 %) потерпала від наявності станів патологічної тривоги, а 14,6 % – від повноцінного клінічно окресленого тривожного розладу. Кількість осіб з високим рівнем психосоціального стресу була більшою серед жінок ОГ2 (75,6 % проти 55,7 % ОГ1), а помірною – навпаки, ОГ1 (34,2 % проти 24,4 % ОГ2); слід зазначити, що серед ОГ1 у 10,1 % дружин рівень психосоціального стресу виявився низьким, а серед ОГ2 таких осіб не було. Схожа тенденція була виявлена при вивченні стресостійкості обстежених: низький її рівень був притаманний переважній більшості жінок ОГ2 (82,9 %) та достатньо великій, проте значуще меншій кількості дружин ОГ1 (62,0 %), у той час, як межовим рівнем стресостійкості характеризувалась третина жінок ОГ1 (30,4 %) і майже вдвічі менша кількість жінок ОГ2 (17,1 %). Таким чином, можна стверджувати про наявність у дружин хворих на ПШ чоловіків ознак психічної дезадаптації у вигляді підвищення невротизації, депресивних і тривожних проявів, які прогресують зі збільшенням тривалості захворювання чоловіка.

Ще більш виражена патологічна динаміка залежно від тривалості захворювання родича на ПШ була виявлена при аналізі ознак сімейної дезадаптації, встановлених в обстежених жінок. Якщо серед ОГ1 високий рівень сімейної тривоги був притаманний 39,2 % осіб, то серед ОГ2 таких осіб вже стало 82,9 %. Звертала на себе увагу змістовна трансформація складових сімейної тривоги: у дружин ОГ1 превалювали ознаки тривоги (73,4 %) і вини (68,4 %), а у жінок ОГ2 – напруги (87,8 %) і тривоги (82,9 %). Негативна динаміка мала місце і для типів ставлення до психічної хвороби родича: якщо серед осіб ОГ1 превалювали драматизуючий (64,6 %) і адекватний (27,8 %), то серед ОГ2 – негативний (61,0 %) і драматизуючий (29,3 %) типи. Це було свідченням втрати віри у позитивний результат

лікування чоловіка та накопичення, в першу чергу, емоційної та психологічної втоми від проблем, які виникали у зв'язку із захворюванням чоловіка. Результати аналізу рівнів сімейної згуртованості й сімейної гнучкості також продемонстрували негативну динаміку функціонування сімейної системи обстежених жінок зі збільшенням тривалості захворювання їх чоловіків. Треба зазначити, що серед родин з хворим на ПШ чоловіком з 4 можливих рівнів згуртованості зустрічались тільки два – дуже низький роз'єднаний або надмірно високий зчеплений. При цьому серед жінок ОГ1 більшість (67,1 %) знаходились у надмірно зчеплених стосунках, а серед ОГ2 – 92,7 % обстежених, навпаки, мали дуже низький – роз'єднаний – рівень згуртованості. Це свідчило про те, що в родинях ОГ1 у більшості випадків панували вимоги у надмірній емоційній близькості один до одного, члени цих родин не мали навиків діяти окремо один від одного, їх стосунки були низько диференційованими, а діяльність родини мала жорсткі зовнішні межі на тлі слабких внутрішніх кордонів між її членами та була сфокусована на вирішення суто внутрішніх проблем. На відміну від них, в ОГ2 члени родин були емоційно дистанційованими, мали неузгоджену поведінку та великі труднощі при наданні підтримки один одному. За параметром сімейної флексибільності більше половини родин ОГ1 (58,2 %) мали надмірно високий хаотичний її рівень, внаслідок чого в цих родинях був відсутній чіткий розподіл сімейних ролей, приймалися імпульсивні і непродумані рішення, що призводило до непередбаченості сімейних процесів. Серед родин ОГ2 78,0 % мали дуже низький ригідний рівень сімейної гнучкості, внаслідок чого ці родини не мали змоги адекватно реагувати на життєві задачі, які поставали перед ними. Слід підкреслити, що родинам обох груп були притаманні найбільш несприятливі поєднання типів згуртованості і гнучкості – зчеплений і хаотичний в родинях ОГ1 і роз'єднаний ригідний – в родинях ОГ2.

Треба зазначити, що за ознаками психосоціальної дезадаптації обстежені жінки не мали значущих розбіжностей залежно від тривалості захворювання чоловіка на ПШ. Найбільш проблемними сферами функціонування, які найбільше впливали на зниження якості їх життя, виявились питання, пов'язані з навколишнім середовищем, а саме, брак медичної та соціальної допомоги, низький рівень фінансових ресурсів, брак відчуття фізичної

безпеки та захищеності, а також сфера соціальних відносин, в якій найбільш значущими були питання браку практичної соціальної підтримки та особистісних стосунків.

Аналіз особливостей стрес-долаючої поведінки у дружин хворих на ПШ дав змогу стверджувати, що їх копінговий репертуар був деформованим, причому зі збільшенням тривалості хвороби чоловіка відбувались якісні зміни в арсеналі застосованих неконструктивних копінгів. Провідними копінг-стратегіями серед більше ніж 70 % жінок ОГ1 були втеча-уникнення (21,3 %), дистанціювання (20,0 %), конфронтація (18,8 %) і пошук соціальної підтримки (12,5 %). Серед більше ніж 80 % дружин ОГ2 зустрічались стратегії втечі-уникнення (33,8 %), дистанціювання (27,5 %) та пошуку соціальної підтримки (20,0 %). Таким чином, зі зростанням тривалості психічної хвороби чоловіка, кількість використання копінг-стратегій втечі-уникнення та дистанціювання збільшувалась, а конфронтація заміщувалась пошуком соціальної підтримки, потреба в якій зростала з часом.

Треба зазначити, що дружини хворих на ПШ, незалежно від тривалості захворювання, не використовували адаптивних копінг-стратегій будь-якої модальності. Однак, серед ОГ1 більш ніж третина використовувала відносно адаптивні когнітивні (41,8 %), емоційні (39,2 %) та поведінкові (36,7 %) копінги, в той час як серед дружин ОГ2 переважна більшість осіб користувалась виключно неадаптивними когнітивними (92,7 %), емоційними (87,8 %) й поведінковими (90,2 %) копінговими стратегіями.

Для жінок ОГ1 характерною виявилась комбінація неадаптивних когнітивних копінгів, яка була визначена як *когнітивно-некритичний* тип реагування, при якому вони відмовлялись прийняти реальний діагноз або прогноз захворювання чоловіка та подальшу негативну трансформацію їх життєвої перспективи, що проявлялось або у нескінченному пошуку нових лікарів та методів лікування, або розчаруванням у медичних втручаннях та зневірою у перспективу нормалізації сімейного життя. Особливості емоційного копінгу ОГ1 виділено як *емоційно-некомпетентний* тип реагування, що проявлялося або у спробах гіперопіки чоловіка, або роздратуванням відносно нього. Неадаптивні поведінкові стратегії подолання, встановлені у даного контингенту, були типологізовані як *несамостійно-конфліктний* тип поведінкового реагування, при якому жінки

обирали деструктивні шляхи каналізації психо-емоційної напруги внаслідок відчуттів емоційної відторгнутості та самотності або через прагнення перекласти відповідальність на інших, або через конфліктну поведінку відносно хворого та, почасти, медичного персоналу, задіяного у лікуванні чоловіка з ПШ.

Неадаптивні стратегії подолання, характерні жінкам ОГ2, складали інші копінгові профілі, порівняно з ОГ1. Так, мозаїчний розподіл неконструктивних когнітивних копінгів, призводив до формування *когнітивно-безпорадного типу реагування*, при якому жінки ОГ2 відмовлялися визнавати свою роль у лікуванні чоловіка та підтримці належного рівня сімейного функціонування, прагнучі відсторонитися від психотравмуючої ситуації. Компіляція неконструктивних емоційних копінгів призводила до виникнення в них *емоційно-дезадаптивного типу реагування*, який характеризувався амплітудою негативних емоційних реакцій від демонстрації активної діяльності з вираженими негативними емоційними переживаннями, до повної бездіяльності та спонтанним бажанням усунути від вирішення будь-яких проблем. Мозаїка неконструктивних поведінкових копінгів формувала *поведінково-унікаючий тип реагування*, при якому жінки відчували образу на несправедливість власної долі, гнів та агресію до оточуючих, покладаючи на них відповідальність за порушення здоров'я чоловіка та трансформацію родинних стосунків, що супроводжувалось проявами байдужості та ігноруванням проблеми.

Вивчення стану копінгової ресурсної бази висвітлює процес виснаження комунікативних копінг-ресурсів зі збільшенням тривалості захворювання чоловіка на ПШ. З одного боку, недостатність емпатичних і афіліативних тенденцій у жінок ОГ1 трансформувалось у виражений їх брак у жінок ОГ2, а з іншого – підвищена сенситивність до знехтування, притаманна особам ОГ1 ставала дуже високою у жінок ОГ2. Це наводило на думку про відсутність стрес-протективних можливостей обстежених та розтлумачувало встановлені закономірності щодо негативної динаміки стрес-долаючої поведінки у бік неконструктивних і неадаптивних копінг-стратегій, та патологічної трансформації типів копінгової відповіді в усіх її модальностях, а саме, когнітивно-некритичного типу, характерного жінкам ОГ1, у когнітивно-безпорадний, притаманний ОГ2; емоційно-некомпетентного, встановленого в ОГ1, до емоційно-дезадаптивного, виявле-

ного в ОГ2; несамотійно-конфліктного, виявленого в ОГ1, до поведінково-унікаючого у жінок ОГ2. Це, в свою чергу, призводило до потягнення дезадаптивних проявів у психічній, сімейній і психосоціальній сферах обстежених жінок.

Для ідентифікації ролі і місця стрес-долаючої поведінки в формуванні психологічної дезадаптації у дружин, чоловіки яких страждають на ПШ, залежно від тривалості захворювання, були досліджені взаємозв'язки між вираженістю копінгів, що найбільше зустрічались серед обстежених, станом їх копінг-ресурсної бази та інтенсивністю ознак дезадаптації в психічній, сімейній і психосоціальній сферах (табл. 2). При цьому ступінь зв'язку між дослідженими змінними визначали за наступною градацією: «0» – зв'язок не встановлено; «+» – 0,60–0,69 – вірогідний прямий вплив; «++» – 0,70–0,79 – вагомий прямий вплив; «+++» – $\geq 0,80$ – дуже вагомий прямий вплив; «-» – 0,60–0,69 – вірогідний зворотний вплив; «--» – 0,70–0,79 – вагомий зворотний вплив; «--» – $\geq 0,80$ – дуже вагомий зворотний вплив.

В результаті аналізу з'ясовано, що серед симптомів психічної дезадаптації найсильніше від показників стрес-долаючої поведінки залежить рівень психосоціального стресу, що випробовують обстежені (для неконструктивних копінгів втечі–уникнення, дистанціювання конфронтації, а також чутливістю до знехтування виявлено прямий, а для ресурсів емпатії та афіліації – зворотний дуже вагомий кореляційний зв'язок), а також рівень невротизації (дуже вагомий прямий зв'язок встановлено для стратегії втечі–уникнення та чутливості до знехтування, вагомий зв'язок – стратегії дистанціювання (прямий), ресурсів емпатії (зворотні) і афіліації (прямий)). Треба зазначити, що кореляційні зв'язки різної сили (від вірогід-

ного до дуже вагшого) були встановлені для усіх показників копінг-поведінки та усіх виділених ознак психічної дезадаптації.

Серед провідних проявів сімейної дезадаптації найбільш вагшого впливу показників стрес-долаючої поведінки дістали ознаки деформації сімейної згуртованості, які найбільш сильно залежали від вираженості дистанціювання (прямий зв'язок) та емпатії (зворотний зв'язок), усі інші параметри копінг-поведінки (окрім конфронтації), надавали на стан сімейної згуртованості вагшого впливу (втеча–уникнення і чутливість до знехтування – прямий, афіліація – зворотний). На інтенсивність

Таблиця 2. Результати аналізу наявності та інтенсивності взаємозв'язків між показниками стрес-долаючої поведінки і ознаками психологічної дезадаптації дружин хворих на ПШ чоловіків

Дезадаптивна ознака	Копінг-стратегії			Копінг-ресурси		
	втеча–уникнення	дистанціювання	конфронтація	емпатія	афіліація	чутливість до знехтування
Невротизація	+++	++	+	--	++	+++
Тривога	++	++	+	---	++	+++
Депресія	++	+	+	--	--	+++
Рівень психосоціального стресу	+++	+++	+++	---	---	+
Стресостійкість	--	-	--	++	++	---
Сімейна тривога	++	+	0	+	+	0
Деформація сімейної згуртованості	++	+++	+	---	--	++
Якість життя	--	-	-	++	++	0

сімейної тривоги вагомий прямий вплив мала вираженість копінгу втечі–уникнення, а стратегія конфронтації та вираженість афіліативних тенденцій не впливали на стан даного показника.

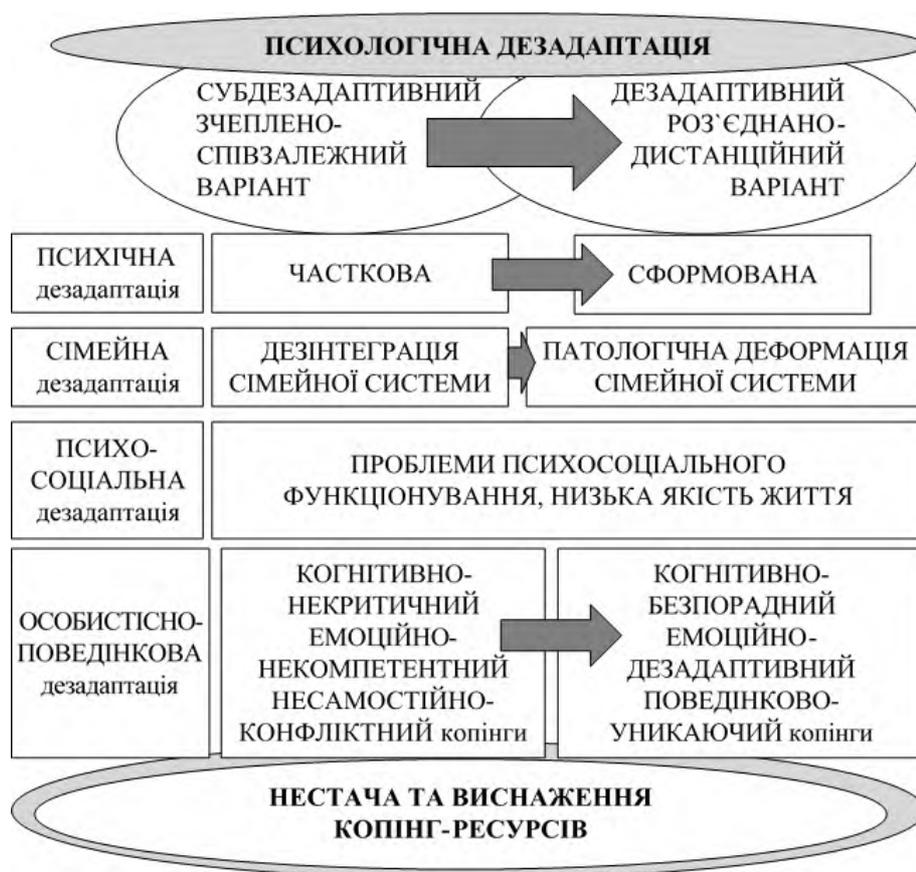
Рівень якості життя виявився прямо пов'язаним з вираженістю емпатичних і афіліативних тенденцій, і зворотно пов'язаним зі стратегією втечі–уникнення на рівні вагшого впливу.

Таким чином, можна впевнено стверджувати, що наявність і вираженість дезадаптивних ознак в психічній, сімейній і психосоціальній сфері дружин хворих на ПШ чоловіків, тісно пов'язані зі станом їх копінгового репертуару і копінгової ресурсної бази. Це обґрунтовує ключову роль і провідне місце стрес-долаючої поведінки у формуванні психологічної дезадаптації у зазначеного контингенту.

Узагальнення отриманих даних дозволило створити модель формування психологічної дезадаптації у дружин психічнохворих чоловіків з різною тривалістю захворювання (рисунки).

В результаті дослідження встановлено два клініко-психологічних варіанти дезадаптації дружин чоловіків, хворих на ПШ. У жінок, захворювання чоловіків яких становило від

Експериментальна і клінічна медицина. 2019. № 4 (85)



Модель формування психологічної дезадаптації у дружин чоловіків, хворих на ПШ, з різною тривалістю захворювання

одного до восьми років, тією чи іншою мірою вираженості зустрічались прояви *субдезадаптивного зчеплено-співзалежного варіанту*, що характеризувався драматизацією ситуації, надмірною емоційною залученістю в проблему, некритичністю до власної поведінки, обумовленої синдромом співзалежності та неадекватним стрес-подоланням. Дружинам чоловіків з тривалістю захворювання на ПШ від восьми до п'ятнадцяти років були притаманні прояви *дезадаптивного роз'єднано-дистанційного варіанта*, провідними симптомами якого були роздратування, втома, байдужість і уникання проблем, пов'язаних з хворобою чоловіка, які, на тлі виснаження копінг-ресурсів та патологічної трансформації неконструктивних і неадаптивних копінгів, потечіювали подальше прогресування дезадаптивного стану.

Висновки

В результаті дослідження було підтверджено гіпотезу про наявність у дружин хворих на ПШ чоловіків ознак психічної, сімейної, психосоціальної та особистісно-поведінкової дезадаптації різного наповнення й вираженості, констеляція яких складає клінічну картину

цілісного феномену психологічної дезадаптації жінок, що різниться залежно від тривалості хвороби, та може бути реалізована у двох клініко-психологічних варіантах.

Субдезадаптивний зчеплено-співзалежний варіант, для якого характерна часткова психічна дезадаптація, дезінтеграція сімейної системи, проблеми психосоціального функціонування зі зниженням якості життя та специфічні прояви особистісно-поведінкової дезадаптації, притаманний дружинам чоловіків з тривалістю психічної хвороби до 8 років.

Деадаптивний роз'єднано-дистанційний варіант являє собою констеляцію симптомів сформованої психічної дезадаптації, патологічної деформації сімейної системи, порушення психосоціального функціонування, низької якості життя й своєрідних проявів особистісно-поведінкової дезадаптації, виникає в результаті прогресивного розвитку попереднього субдезадаптивного варіанту та подальшої негативної трансформації ключових ознак дезадаптації, яка діагностується у дружин чоловіків з давністю захворювання від 8 до 15 років.

У ході дослідження доведено, що в процесі формування та динаміці розвитку і прогресування психологічної дезадаптації провідне місце належить стрес-долаючій поведінці, яка одночасно є її дескриптором і предиктором. Дескриптивна роль припадає на актуальний копінг-репертуар особистості, предикторна – на дисконгруентність стану копінг-ресурсної бази та інтенсивності стрес-

согенних чинників, що виникають через хворобу чоловіка на ПШ, що обумовлює трансформацію вихідного дефіциту її на початковому етапі розвитку дезадаптації до значного браку та безумовного виснаження в процесі розвитку дезадаптивного процесу.

Отримані дані повинні бути враховані при розробці персоналізованих заходів психологічної підтримки для дружин чоловіків, хворих на ПШ.

Література

1. *Kageyama M.* Psychological Distress and Violence Towards Parents of Patients with Schizophrenia / M. Kageyama, P. Solomonb, K. Yokoyamac // *Archives of Psychiatric Nursing*. – 2015. – № 2. – P. 42–46.
2. The cost of caring: the relative with schizophrenia / E. Papastavrou, A. Charalambous, H. Tsanari, G. Karayiannis // *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. – 2010. – Vol. 24. – P. 817–823.
3. *Маркова М. В.* Особливості сімейної взаємодії та адаптації в родині у пацієнтів, хворих на шизофренію, з точки зору психотерапевтичного потенціалу сім'ї / М. В. Маркова, В. О. Діхтяр // *Український вісник психоневрології*. – 2010. – Т. 13, вип. 3 (64). – С. 133–134.
4. Жизнь с шизофренией. Что делать?: краткое руководство для пациентов, страдающих шизофренией и их родственников / [Н. А. Марута, А. М. Кожина, В. И. Коростий, Л. М. Гайчук]. – Харьков, 2011. – 25 с.
5. *Пшук Н. Г.* Динаміка ресурсу сім'ї, де проживає хворий на параноїдну шизофренію / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, Є. Я. Пшук // *Український вісник психоневрології*. – 2012. – Т. 20, вип. 3 (72). – С. 215.
6. *Shamsaei F.* Burden on Family Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia / F. Shamsaei, F. Cheraghi, S. Bashirian // *Iranian Journal of Psychiatry*. – 2015. – Vol. 10 (4). – P. 239–245.
7. Effects of Psychoeducation on Stigma in Family Caregivers of Patients with Schizophrenia: A Clinical Trial / S. Vaghee, A. Salarhaji, N. Asgharipour, H. Chamanzari // *Journal of Evidence Based Care*. – 2015. – Vol. 5, Issue 3. – P. 63–76.
8. *Курило В. А.* Семейный диагноз как интегральный показатель выраженности семейной дезадаптации / В. А. Курило, М. В. Маркова // *Таврический журнал психиатрии*. – 2012. – Т. 16, № 2 (59). С. 41–43.
9. *Юрьева Л. М.* Клініко-психопатологічні особливості психічної дезадаптації у родичів хворих на перший психотичний епізод / Л. М. Юрьева, Т. Й. Шустерман // *Український вісник психоневрології*. – 2007. – Т. 15, вип. 1 (50). – С. 93–96.
10. *Iseselo M. K.* The psychosocial problems of families caring for relatives with mental illnesses and their coping strategies: a qualitative urban based study in Dar es Salaam, Tanzania / M. K. Iseselo, L. Kajiya, K. I. Yahya-Malima // *BMC Psychiatry*. – 2016. – Vol. 16. – P. 146–154.
11. *Романова Е. В.* Проблема качества жизни семей пациентов с хроническими психическими расстройствами / Е. В. Романова // *Социол. и психол. аспекты семьи*. – 2001. – С. 527–533.
12. *Ширшков И. А.* К вопросу о супружеской адаптации / И. А. Ширшков // *Сб. текстов V научно-практической интернет-конференции. Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка*. – Пенза: НИЦ «Социосфера», 2010. – № 6. – С. 32–34.
13. *Шкода К. В.* Клініко-психологічна характеристика і комплексна психокорекція дезадаптації у дружин і матерів хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання, та її ефективність / К. В. Шкода // *Вісник наукових досліджень*. – 2016. – № 4 (85). – С. 108–113.
14. *Дрюченко М. О.* Особливості психоемоційного стану чоловіків, жінки яких хворіють на параноїдну шизофренію / М. О. Дрюченко // *Вісник наукових досліджень*. – 2016. – № 4. – С. 93–97.
15. *Дрюченко М. О.* Стан подружньої та дитяче-батьківської взаємодії в структурі сімейного функціонування жінок, хворих на параноїдну шизофренію / М. О. Дрюченко, М. В. Маркова // *Science Rise: Medical Science*. – 2017. – № 1 (9). – С. 39–48.
16. *Гурович И. Я.* Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А. – М.: ИД Медпрактика-М, 2004. – 492 с.
17. *Райгородский Д. Я.* Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский. – Самара: Изд. дом «Бахрах-М», 1998. – С. 73–82.
18. *Подкорытов В. С.* Депрессии. Современная терапия / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. – Харьков: «Торнадо», 2003. – 349 с.

19. Корнацький В. М. Оцінка психосоціальних чинників ризику хвороб системи кровообігу у пацієнтів первинної ланки медико-санітарної допомоги (методичні рекомендації) / В. М. Корнацький, М. В. Маркова. – Київ, 2007. – 12 с.
20. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса / Водопьянова Н. Е. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
21. Системная семейная психотерапия / [под ред. Э. Г. Эйдемиллера]. – Москва– Харьков – Минск: «Питер», 2002. – С. 83–95.
22. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией: Монография / Абрамов В. А., Жигулина И. В., Ряполова Т. Л. – Донецк: Каштан, 2009. – 584 с.
23. Лидерс А. Г. Психологическое обследование семьи. Учебное пособие-практикум для студентов факультета психологии ВУЗ / Лидерс А. Г. – [2-е изд.]. – М.: Академия, 2007. – 432 с.
24. Козловский В. Л. Оценка качества жизни больных шизофренией при проведении поддерживающей терапии / В. Л. Козловский, С. Ю. Масловский. – СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011. – 22 с.
25. Крюкова Т. Л. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) / Т. Л. Крюкова, Е. В. Куфтяк // Журнал практического психолога. – М.: 2007. – № 3. – С. 93–112.
26. Набиуллина Р. Р. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция): учебное пособие. / Р. Р. Набиуллина, И. В. Тухтарова. – Казань: 2003. – С. 23–29.
27. Mehrabian A. Public places and private space: The psychology work, play and living environments / A. Mehrabian. – N. Y.: Basic Books, 1976. – 125 p.

References

1. Kageyama M., Solomon P., Yokoyama K. (2015). Psychological Distress and Violence Towards Parents of Patients with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, № 2, pp. 42–46.
2. Papastavrou E., Charalambous A., Tsanari H., Karayiannis G. (2010). The cost of caring: the relative with schizophrenia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, № 24, pp. 817–823.
3. Markova M.V., Dihtyar V.O. (2010). Osoblivosti simejnoyi vzayemodiyi ta adaptaciyi v rodini u paciyentiv, hvorih na shizofreniyu, z toчки zoru psihoterapevtichnogo potencialu sim'yi [Features of family interaction and adaptation in the family in patients with schizophrenia, in terms of psychotherapeutic potential of the family]. *Ukrayinskij visnik psihonevrologiyi – Ukrainian Bulletin of Psychoneurology*, vol. 13, issue 3 (64), pp. 133–134 [in Ukrainian].
4. Maruta N.A., Kozhina A.M., Korostij V.I., Gajchuk L.M. (2011). *Zhizn s shizofreniej. Chto delat?: kratkoe rukovodstvo dlya pacientov, stradayushih shizofreniej i ih rodstvennikov [Living with schizophrenia. What to do?: A quick guide for schizophrenic patients and their families]*. Harkov, 25 p. [in Russian].
5. Pshuk N.G., Markova M.V., Pshuk Ye.Ya. (2012). Dinamika resursu sim'yi, de prozhivaye hvorij na paranoyidnu shizofreniyu [Dynamik to the resource of the family, de living ailments on paranoid schizophrenia]. *Ukrayinskij visnik psihonevrologiyi – Ukrainian Newsletter of Psychoneurology*, vol. 20, issue 3 (72), p. 215 [in Ukrainian].
6. Shamsaei F., Cheraghi F., Bashirian S. (2015). Burden on Family Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia. *Iranian Journal of Psychiatry*, vol. 10 (4), pp. 239–245.
7. Vaghee S., Salarhaji A., Asgharipour N., Chamanzari H. (2015). Effects of Psychoeducation on Stigma in Family Caregivers of Patients with Schizophrenia: A Clinical Trial. *Journal of Evidence Based Care*, vol. 5, issue 3, pp. 63–76.
8. Kurilo V.A., Markova M.V. (2012). Semejnyj diagnoz kak integralnyj pokazatel vyrazhennosti semejnoy dezadaptacii [Family diagnosis as an integral indicator of the severity of family maladjustment]. *Tavricheskij zhurnal psichiatrii – Tavrichesky journal of psychiatry*, vol. 16, № 2 (59), pp. 41–43 [in Russian].
9. Yuryeva L.M., Shusterman T.J. (2007). Kliniko-psihopatologichni osoblivosti psihichnoyi dezadaptaciyi u rodichiv hvorih na pershij psihotichnij epizod [Clinical and psychopathological peculiarities of mental maladjustment in relatives with ailments for the first psychotic episode]. *Ukrayinskij visnik psihonevrologiyi – Ukrainian Newsletter of Psychoneurology*, vol. 15, issue 1 (50), pp. 93–96 [in Ukrainian].
10. Iseselo M.K., Kajula L., Yahya-Malima K.I. (2016). The psychosocial problems of families caring for relatives with mental illnesses and their coping strategies: a qualitative urban based study in Dar es Salaam. *BMC Psychiatry*, vol. 16, pp. 146–154.

11. Romanova E. V. (2001). Problema kachestva zhizni semej pacientov s hronicheskimi psihicheskimi rasstrojstvami [The problem of the quality of life of families of patients with chronic mental disorders]. *Sociol. i psihol. aspekty semi – Sociol. and psychol. family aspects*, pp. 527–533 [in Russian].
12. Shirshkov I. A. (2010). K voprosu o supruzheskoj adaptacii [On the question of matrimonial adaptation]. *Sb. tekstov V nauchno-prakticheskoy internet-konferencii Belorusskij gosudarstvennyj pedagogicheskij universitet imeni Maksima Tanka – Sat. texts of the V scientific and practical Internet conference Belarusian State Pedagogical University named after Maxim Tank.*, № 6 (pp. 32–34). Penza: NIC «Sociosfera» [in Russian].
13. Shkoda K. V. (2016). Kliniko-psihologichna harakteristika i kompleksna psihokorekciya dezadaptaciyi u druzhin i materiv hvorih na paranoyidnu shizofreniyu z trivalimi terminami zahvoryuvannya, ta yiyi efektivnist [Clinical and psychological characteristics and complex psychocorrection of maladaptation in wives and mothers of patients with paranoid schizophrenia with long-term disease, and its effectiveness]. *Visnik naukovih doslidzhen – Bulletin of scientific research*, vol. 4 (85), pp. 108–113 [in Ukrainian].
14. Dryuchenko M. O. (2016). Osoblivosti psihoemocijnogo stanu cholovikiv, zhinki yakih hvoriyut na paranoyidnu shizofreniyu [Features of the psycho-emotional state of men whose women suffer from paranoid schizophrenia]. *Visnik naukovih doslidzhen – Bulletin of scientific research*, vol. 4, pp. 93–97 [in Ukrainian].
15. Dryuchenko M. O., Markova M. V. (2017). Stan podruzhnoyi ta dityache-batkivskoyi vzayemodiyi v strukturi simejnogo funkcionuvannya zhinok, hvorih na paranoyidnu shizofreniyu [The state of marital and child-parent interaction in the structure of family functioning of women with paranoid schizophrenia]. *Science Rise: Medical Science*, vol. 1 (9), pp. 39–48 [in Ukrainian].
16. Gurovich I. Ya., Shmukler A. B., Storozhakova Ya. A. (2004). *Psihosocialnaya terapiya i psihosocialnaya rehabilitaciya v psihiatrii [Psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation in psychiatry]*. M.: ID Medpraktika-M, 492 p. [in Russian].
17. Rajgorodskij D. Ya. (1998). *Prakticheskaya psihodiagnostika. Metodiki i testy [Practical psychodiagnosics. Techniques and tests]*. Samara: Izd. dom «Bahrah-M», pp. 73–82 [in Russian].
18. Podkorytov V. S., Chajka Yu. Yu. (2003). *Depressii. Sovremennaya terapiya [Depression. Modern therapy]*. Harkov: «Tornado», 349 p. [in Russian].
19. Kornackij V. M., Markova M. V. (2007). *Ocinka psihosocialnih chinnikov riziku hvorob sistemi krovoobigu u paciyentiv pervinnoyi lanki mediko-sanitarnoyi dopomogi (metodichni rekomendaciyi) [Assessment of psychosocial risk factors for diseases of the circulatory system in patients of primary care (guidelines)]*, Kiyiv, 12 p. [in Ukrainian].
20. Vodopyanova N. E. (2009). *Psihodiagnostika stressa [Psychodiagnosics of stress]*, SPb.: Piter, 336 p. [in Russian].
21. Ejdemiller E. G. (Eds). (2002). *Sistemnaya semejnaya psihoterapiya [Systemic family psychotherapy]*, Moskva – Harkov – Minsk: «Piter», pp. 83–95 [in Russian].
22. Abramov V. A., Zhigulina I. V., Ryapolova T. L. (2009). *Psihosocialnaya rehabilitaciya bolnyh shizofreniej: Monografiya [Psychosocial rehabilitation of patients with schizophrenia: Monograph]*, Doneck: Kashtan, 584 p. [in Russian].
23. Liders A. G. (2007). *Psihologicheskoe obsledovanie semi [Family psychological examination]* (2d ed.). M.: Akademiya, 432 p. [in Russian].
24. Kozlovskij V. L., Maslovskij S. Yu. (2011). *Ocenka kachestva zhizni bolnyh shizofreniej pri provedenii podderzhivayushej terapii [Assessment of the quality of life of patients with schizophrenia during maintenance therapy]*. SPb NIPNI im. V. M. Behtereva, 22 p. [in Russian].
25. Kryukova T. L., Kuftyak E. V. (2007). Oprosnik sposobov sovladaniya (adaptaciya metodiki WCQ) [Coping questionnaire (adaptation of WCQ methodology)]. *Zhurnal prakticheskogo psihologa – Practical Psychologist's Journal* (Moskva), № 3, pp. 93–112 [in Russian].
26. Nabiullina R. R., Tuhtarova I. V. (2003). *Mehanizmy psihologicheskoy zashity i sovladaniya so stressom (opredelenie, struktura, funkcii, vidy, psihoterapevticheskaya korekciya) [Mechanisms of psychological defense and coping with stress (definition, structure, functions, types, psychotherapeutic correction)]*. Kazan, pp. 23–29 [in Russian].
27. Mehrabian A. (1976). *Public places and privat space: The psychology work, play and living environments* N. Y.: Basic Books, 125 p.

В.А. Герасимук, Н.К. Агішева

РОЛЬ И МЕСТО СТРЕСС-ПРЕОДОЛЕВАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ЖЕН, МУЖЬЯ КОТОРЫХ СТРАДАЮТ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Изучены роли и места стресс-преодолевающего поведения в формировании психологической дезадаптации у жен, мужья которых страдают параноидной шизофренией (ПЖ), в зависимости от длительности заболевания. На базе КУ «Винницкая областная психоневрологическая больница им. А.И. Ющенко» было обследовано 120 женщин, мужья которых болели ПЖ, и 50 женщин, мужья которых не имели психических и поведенческих расстройств. В результате исследования подтверждена гипотеза о наличии у жен больных ПЖ мужчин признаков психической, семейной, психосоциальной и личностно-поведенческой дезадаптации различного наполнения и выраженности, констелляция которых составляет клиническую картину целостного феномена психологической дезадаптации женщин и различается в зависимости от продолжительности болезни, и может быть реализована в двух клинико-психологических вариантах: субдезадаптивном сцеплено-созависимом, присущему женам мужчин с продолжительностью психической болезни до 8 лет, и дезадаптивные разобщенно-дистанционном, характерном для жен мужчин с давностью заболевания от 8 до 15 лет. В ходе исследования доказано, что в процессе формирования и динамике развития и прогрессирования психологической дезадаптации ведущее место принадлежит стресс-преодолевающему поведению, которое мгновенно является ее дескриптором и предиктором.

Ключевые слова: жена психически больного, параноидная шизофрения, психологическая дезадаптация, стресс-преодолевающее поведение, копинг-стратегии, копинг-ресурсы.

V.A. Gerasimuk, N.K. Agisheva

THE ROLE AND PLACE OF STRESS-COPING BEHAVIOR IN THE FORMATION OF PSYCHOLOGICAL MALADAPTATION IN WIVES OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

In order to study the role and place of stress-coping behavior in the formation of psychological maladaptation in wives whose husbands are suffering from paranoid schizophrenia (PS), depending on the duration of the disease, on the basis of the «Vinnitsa Regional Psychoneurological Hospital named Yushchenko» surveyed 120 women, whose men were ill with PS and 50 women, whose men had no mental and behavioral disorders. The comprehensive examination included the use of clinical, psychological, psychodiagnostic and statistical methods of investigation. As a result of the study, the hypothesis about the presence in wives of patients with PS of the signs of mental, family, psychosocial and personality-behavioral disadaptation of different content and expression, the constellation of which constitutes a clinical picture of the holistic phenomenon of psychological disadaptation of women, can be confirmed. It implemented in two clinical and psychological variants: submaladaptive coupling-dependent, inherent in the wives of men with a duration of mental illness up to 8 years, and maladaptation separation-distance, inherent in the wives of men with disease duration from 8 to 15 years. In the course of the research it is proved that in the process of formation and dynamics of development and progression of psychological maladaptation the leading place belongs to stress-overcoming behavior, which is simultaneously its descriptor and predictor. The findings should be taken into account in the development of personalized psychological support measures for the wives of male patients with PS.

Keywords: wife of mentally ill man, paranoid schizophrenia, psychological maladaptation, stress-coping behavior, coping strategies, coping resources.

Надійшла до редакції 30.10.2019

Контактна інформація

Герасимук Валерія Анатоліївна – асистент кафедри медичної психології і психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

Адреса: Україна, 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56.

Тел.: +380432570360

E-mail: gerasymyk2017@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4998-1885>

Агішева Наїля Каїсівна – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти.

Адреса: Україна, 61176, м. Харків, вул. Амосова, 5.

Тел.: +380974919189

E-mail: agisevanaila085@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0332-8952>