

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.97

Л. М. Абсалямова

кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри практичної психології
Харківський національний педагогічний університет
імені Г. С. Сковороди

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ НЕВРОТИЧНО ХВОРИХ

Стаття присвячена розгляду гендерних відмінностей якості життя у хворих на невроз. Підкреслюється, що вивчення якості життя потрібне як із урахуванням благополуччя людини за наявності у неї якої-небудь патології, так і з точки зору ефективності її лікування. Доводиться, що до лікування сприйняття якості життя хворими неврозами, як жінками, так і чоловіками, характеризуються нижчими показниками, ніж у здорових осіб, в основному співпадає. Показано, що гендерні відмінності проявляються в тому, що чоловіки оцінюють якість свого життя вище, ніж жінки, у сфері фінансів, незалежності і життєвих пріоритетів, а жінки ні в одній зі сфер функціонування не оцінюють якість свого життя вище, ніж чоловіки.

Ключові слова: гендер, якість життя, невроз, копінг-стратегії, особистісні переконання, психопатологія, фобії.

Постановка проблеми. У психології набувають все більшої актуальності дослідження якості життя (ЯЖ). Після тривалого активного пошуку універсального критерію для оцінки стану основних функцій людини: фізичної, психологічної, соціальної і духовної, сучасна наука повернулася до найважливішого принципу клінічної практики «лікувати не хворобу, а хворого».

Якість життя – це сприйняття індивідумом свого становища в житті в контексті культури і систем цінностей, в яких він живе, відповідно до його власних цілей, очікувань, стандартів і клопотів [3; 4; 6].

Аналіз публікацій по темі. Публікації останніх років свідчать, що ЯЖ досить широко вивчається в клінічній практиці. Останніми роками дедалі більша увага приділяється ЯЖ, пов'язаному зі здоров'ям [1; 2; 5]. При цьому відзначається, що пацієнт не завжди може розраховувати на зцілення. Перспектива повернутися до активного життя в соціальному і економічному аспектах для нього важливіша, ніж наявність хронічного захворювання, дефекту або вади [3; 4; 5]. Вивчення ЯЖ потрібне як із урахуванням благополуччя людини за наявності у неї якої-небудь патології, так і з точки зору ефективності її лікування. Параметри ЯЖ можуть бути досить точними показниками ефективності лікування або реабілітації пацієнтів.

Мета статті – презентація результатів психологічного дослідження гендерних відмінностей якості життя невротично хворих людей.

Матеріал і методи дослідження. У дослідження були включені хворі, що страждають на невротичні розлади, відповідно до критеріїв рубрик класифікації МКХ-10: F.40 – 23 людини, F.41 – 32 людини і F.45 – 25 людей. Всього було обстежено 80 пацієнтів (жінок – 48 і чоловіків – 32) у віці від 18 до 65 років. Тривалість захворювання у хворих складала від 1 року до 5 років, в середньому 3,2 роки. Усі пацієнти знаходилися на стаціонарному лікуванні у неврологічному відділенні Інституту неврології, психіатрії та наркології НАМН України з 2013 по 2015 рр. Дослідження проходило в два етапи: пацієнти, що відповідають критеріям відбору, включались до експерименту впродовж семи днів від моменту прийому на стаціонар і повторно за сім днів до виписки. Усі пацієнти отримували психотерапевтичну допомогу у рамках індивідуальної особистісно-орієнтованої (реконструктивної) психотерапії.

Психофармакотерапія здійснювалася диференційовано, залежно від структури встановленого психопатологічного синдрому. Психофармакологічне лікування проводилося за допомогою антидепресантів збалансованої дії, анксиолітиків, нейролептиків зі сприятливим профілем переносимості і безпечності.

У процесі дослідження були використані наступні методи:

1. Опитувальник «Способи копіngu» (The Ways of Coping Questionnaire – WOCQ) для визначення ситуаційно-специфічних копінг-стратегій.

2. Опитувальник для дослідження особистісних переконань.

3. Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики SCL.

4. Опитувальник якості життя ВООЗ (ВООЗЯЖ-100).

5. Математико-статистична обробка результатів дослідження.

З метою порівняння якості життя хворих на невротичні розлади і контингенту здорових, з числа останніх була виділена порівняльна група (67 осіб), що не відрізнялася від основної за основними соціально-демографічними параметрами.

Для математико-статистичної обробки була складена відповідна карта, що включала паспортні, соціальні, клінічні і клініко-психологічні показники. Подальший аналіз включених до неї даних проводився за допомогою пакету статистичних програм STATISTICAL, SPSS for Windows 21 версія. По кожному показнику визначалися середньоквадратичні відхилення, обчислювалися середні величини і середні похибки, визначалися середні значення змін показників від першого до другого дослідження. Для визначення статистичної достовірності використовувався непараметричний критерій Манна-Уїтні (внаслідок того, що вибірка ненормальна за розподілом).

Основні результати дослідження. Аналіз отриманих результатів за допомогою методики для вивчення копінг-поведінки Р. С. Лазаруса (The Ways of Coping Questionnaire – WOCQ) показав, що вираженість стратегій копінг-поведінки у чоловіків при вступі розподілилася таким чином (у міру зниження значущості): «Планування вирішення проблеми» ($2,7 \pm 0,61$), «Прийняття відповідальності» ($2,55 \pm 0,73$), «Пошук соціальної підтримки» ($2,39 \pm 0,55$), «Самоконтроль» ($2,36 \pm 0,58$), «Позитивна переоцінка» ($2,26 \pm 0,9$), «Конфронтація» ($2,00 \pm 0,63$), «Втеча» ($1,85 \pm 0,57$), «Дистанціювання» ($1,81 \pm 0,60$).

У жінок вираженість стратегій копінг-поведінки при вступі розподілилась таким чином: «Пошук соціальної підтримки» ($2,65 \pm 0,83$), «Прийняття відповідальності» ($2,52 \pm 0,84$), «Планування вирішення проблеми» ($2,43 \pm 0,81$), «Самоконтроль» ($2,05 \pm 0,63$), «Втеча» ($2,04 \pm 0,85$), «Конфронтація» ($2,00 \pm 0,75$), «Позитивна переоцінка» ($1,96 \pm 0,8$), «Дистанціювання» ($1,75 \pm 0,65$).

Таким чином, до лікування хворі з невротичними розладами, як чоловіки, так і жінки, найчастіше використовували такі копінг-стратегії або механізми копінгу зі стресом як: «Планування вирішення проблеми», «Пошук соціальної підтримки» і «Прийняття відповідальності». Проте чоловіки на перше місце ставили «Планування вирішення проблеми»- цілеспрямовані проблемно-фокусовані зусилля зі зміни ситуації, включаючи аналі-

тичний підхід до вирішення проблеми, а у жінок на першому місці виявився «Пошук соціальної підтримки», – зусилля із пошуку інформації, а також дієвої або емоційної підтримки оточення. Крім того з'ясувалося, що чоловіки частіше, ніж жінки, використовували стратегію «Самоконтроль», докладаючи зусилля по регулюванню своїх почуттів і дій, тоді як жінки частіше, ніж чоловіки, віддавали перевагу стратегії «Втеча», уявному прагненню і поведінці, спрямованій на уникання проблеми. Така ж копінг-стратегія, як «Дистанціювання» – когнітивні зусилля, спрямовані на віддалення від ситуації і, тим самим, зменшення її значущості, виявилася найменше використовуваною пацієнтами з невротичними розладами, як чоловіками, так і жінками.

Аналіз отриманих результатів за Опитувальником для дослідження особистісних переконань (Н. Kassiove, A. Berger [7]) показав, що вираженість особистісних переконань у чоловіків із невротичними розладами до лікування розподілилася таким чином (у міру зменшення раціональності мислення): «Низька фрустраційна толерантність» ($30,34 \pm 6,84$), «Самооцінка» ($29,03 \pm 5,06$), «Катастрофізація» ($28,34 \pm 6,07$), «Обов'язковість відносно інших» ($28,34 \pm 4,99$), «Обов'язковість відносно себе» ($25,47 \pm 5,22$). У жінок, хворих на неврози, вираженість ірраціональних переконань розподілилася таким чином (у міру зменшення раціональності мислення): «Низька фрустраційна толерантність» ($30,29 \pm 5,07$), «Обов'язковість відносно інших» ($30,27 \pm 4,07$), «Самооцінка» ($29,33 \pm 4,49$), «Катастрофізація» ($28,44 \pm 5,67$), «Обов'язковість відносно себе» ($24,75 \pm 4,78$).

Слід враховувати той факт, що Опитувальник для дослідження особистісних переконань Х. Кассінова і Е. Бергера служить для вивчення міри раціональності мислення, тому, чим нижче отримані результати за якоюсь зі шкал Опитувальника, тим більше ірраціональність мислення, досліджувана за допомогою цієї шкали.

Таким чином, вираженість ірраціональних переконань, що створюють людині проблеми і ускладнюють її соціальне функціонування, у хворих із невротичними розладами, як у чоловіків, так і у жінок істотно не відрізнялась при вступі. Хворі на неврози, як чоловіки, так і жінки при прийомі мали найбільш раціональне мислення, тобто найрідше вибирали ірраціональні переконання, що належать до шкали «низька фрустраційна толерантність», що показує нездатність людини витримувати або приймати світ, якщо він відрізняється від того, яким йому належить або слід бути, наприклад: «Існують речі, які я не можу витримати».

Пацієнти з неврозами обох статей найчастіше обирали ірраціональні переконання, що належать до шкали «Обов'язковість відносно себе» (найбільш ірраціональне мислення за цією шкалою);

цій групі пацієнтів понад усе властиво пред'являти самим собі жорсткі вимоги відносно того, яким чином слід чинити в тих чи інших випадках, а якщо ж цей спосіб дій неможливий в силу певних причин, то це нестерпно. Наприклад, «Є декілька причин, чому я не повинен робити помилок на роботі». Проте у чоловіків із невротичними розладами, більшою мірою, аніж у жінок із тією ж нозологією, були виражені ірраціональні переконання за шкалою «Обов'язковість відносно інших». Чоловіки виявилися більше схильні, ніж жінки, висувати вимоги відносно того, як слід діяти іншим у різних ситуаціях, як іншим людям слід поводитися. Наприклад, «Існують деякі речі, які оточуючі точно не повинні робити». Таким чином, хворим із невротичними розладами більшою мірою властиві ірраціональні вимоги відносно себе, а також лякливі судження про те, що усе навкруги моторшне і страхітливе, що люди, предмети не такі, якими вони мають бути, в меншій мірі до інших (чоловікам властивіше, ніж жінкам) і в останню чергу до світу в цілому.

Аналіз результатів, отриманих за Опитувальником вираженості психопатологічної симптоматики (SCL – 90) показав, що основні клінічні шкали у чоловіків із невротичними розладами при вступі розподілилися таким чином (по мірі зменшення вираженості психопатологічної симптоматики): «Тривожність» (1,13±0,89), «Обсесивність-компульсивність» (1,09±0,66), «Міжособистісна сензитивність» (0,94±0,76), «Депресивність» (0,93±0,63), «Соматизація» (0,9±0,74), «Ворожість» (0,84±0,78), «Шкала додаткових значень» (0,81±0,6), «Фобії» (0,71±0,61), «Паранояльність» (0,63±0,72).

У жінок, хворих на неврози, показники основних клінічних шкал розподілилися таким чином (по мірі зменшення вираженості психопатологічної симптоматики): «Тривожність» (1,54±0,89), «Депресивність» (1,51±0,88), «Обсесивність-компульсивність» (1,43±0,95), «Соматизація» (1,29±0,85), «Міжособистісна сензитивність» (1,19±0,87), «Шкала додаткових значень» (1,16±0,76), «Фобії» (1,15±0,99), «Ворожість» (0,97±1,16), «Паранояльність» (0,76±0,75).

У чоловіків і жінок із невротичними розладами до лікування переважали скарги невротичного реєстру: симптоми, що відображають почуття гнітючого безпричинного внутрішнього занепокоєння, відчуття нервозності, внутрішньої напруги у поєднанні з соматичними і моторними проявами («Тривожність»); нав'язливі думки і страхи, когнітивні ускладнення («Обсесивність-компульсивність»); почуття особистої неадекватності і неповноцінності в соціальних контактах, самоосуд, почуття незручності і вираженого дискомфорту при міжособовій взаємодії, схильність до рефлексії і занижена самооцінка

(«Міжособистісна сензитивність»); скарги на поганий настрій, згасання інтересу до діяльності, недостатність мотивації і втрату життєвої енергії та інші депресивні скарги («Депресивність»); різноманітні соматоформні скарги і соматичні еквіваленти тривоги («Соматизація»).

Таким чином, у пацієнтів із невротичними розладами на початку лікування вираженість провідної психопатологічної симптоматики за даними симптоматичного Опитувальника виявилася «в діапазоні невротичного реєстру». Проте у чоловіків на перше місце вийшла тривожно-фобічна симптоматика, а у жінок тривожно-депресивна, крім того, у чоловіків відносно більше вираженою, в порівнянні з жінками, виявилася соціофобічна симптоматика і ворожість.

Для виявлення значущих відмінностей між чоловіками і жінками, що хворіють на неврози, використовувався критерій Манна-Уїтні (и). Цей критерій використовувався тому, що кількість респондентів у групах була різною, розподіл показників у групах відрізнявся від нормального.

Аналіз результатів. Опитувальник якості життя ВООЗ (ВООЗЯЖ-100) показав, що респонденти чоловічої статі при вступі оцінювали якість свого життя значно вище, ніж жінки, за такими параметрами ЯЖ як: духовна сфера ($i=565$; $p<0,05$), субсфера «Свобода, фізична безпека і захищеність» ($i=612,5$; $p<0,05$), субсфера «Духовність/релігія/особисті переконання» ($i=565$; $p<0,05$), субсфера «Фінансові ресурси» ($i=558,5$; $p<0,05$). Респонденти жіночої статі не оцінили при вступі якість свого життя значно вище ($p>0,05$), ніж чоловіки, за жодним параметром.

Чоловіки значно вище, ніж жінки, оцінювали якість свого життя у сфері особистих вірувань і переконань, які надають існуванню індивіда сенс, цінність і перспективу, позитивно впливаючи на якість життя, допомагаючи впоратися з життєвими труднощами, структуруючи життєвий досвід, даючи певні відповіді на духовні і особистісні питання, а також, в загальному сенсі забезпечуючи певне відчуття благополуччя. Крім того, у чоловіків із невротичними розладами більшою мірою, аніж у жінок із тією ж нозологією, виявилася розвинене почуття свободи, безпеки і захищеності, а також ресурси, що забезпечують суб'єктивне відчуття безпеки, захищеності і свободи. Також респонденти чоловічої статі значно вище, ніж респонденти жіночої, оцінювали якість свого життя в сфері фінансового благополуччя. Чоловіки з невротичними розладами, більше, ніж жінки з тією ж патологією, виявились задоволені мірою матеріального благополуччя власного життя, доходами, що забезпечують це благополуччя життя, можливостями дозволити собі купувати те, що може мати вплив на якість життя, незалежністю, яку забезпечують фінансові ресурси (або інші дже-

рела доходу). У них більшою мірою, аніж у жінок, наявне відчуття, що їм вистачає того, що вони мають.

Таким чином, якість життя у жінок із невротичними розладами в жодній зі сфер функціонування не виявилася вищою, аніж у чоловіків. Чоловіки ж із невротичними розладами оцінили якість свого життя вище, ніж жінки, у сфері фінансів, незалежності і життєвих пріоритетів.

За стратегіями копінг-поведінки, яким віддається перевага, значущі відмінності були виявлені тільки у копінг-стратегії «Самоконтроль». Ця поведінкова стратегія значно частіше обиралася при прийомі чоловіками, в порівнянні з жінками ($i=572$; $p<0,05$). Таким чином, чоловікам із невротичними розладами більше, ніж жінкам, властиво було докладати зусилля із регулювання та контролю своїх почуттів і дій.

Аналіз вираженості різних ірраціональних переконань у чоловіків і жінок, хворих на невротичні розлади, при вступі показав, що значущі відмінності існували тільки за критерієм «Обов'язковість відносно інших». Ці ірраціональні переконання переважали у чоловіків у порівнянні з жінками ($i=618$; $p<0,05$). Таким чином, чоловіки з невротичними розладами частіше за жінок з аналогічною патологією схильні були пред'являти жорсткі вимоги відносно поведінки оточуючих.

У ході аналізу результатів Опитувальника SCL – 90 при вступі, було виявлено, що низка показників симптоматичного Опитувальника SCL – 90 у жінок із невротичними розладами виявилася значно вищою ($p<0,05$), ніж у чоловіків: «Загальний симптоматичний індекс» (GSI), що відбиває міру вираженості психопатологічної симптоматики ($i=559$; $p<0,05$), «Індекс проявів симптоматики» (PSI), що відбиває різноманіття симптомів ($i=544,5$; $p<0,05$), «Тривожність» ($i=604,5$; $p<0,05$), «Додаткові пункти» ($i=601,5$; $p<0,05$), «Соматизація» ($i=590,54$; $p<0,05$), «Депресивність» ($i=507$; $p<0,01$). Жоден із показників симптоматичного Опитувальника SCL – 90, у свою чергу, у чоловіків не перевищив аналогічних показників у жінок.

Таким чином, до лікування жінки з невротичними розладами, які взяли участь у дослідженні, відрізнялися від респондентів-чоловіків більшою вираженістю тяжкості невротичної симптоматики, великим її різноманіттям, більшою вираженістю соматичних скарг, симптомів тривоги, депресії, порушень сну і апетиту.

Висновки:

1. До лікування сприйняття якості життя хворими невротичними розладами, як жінками, так і чоловіками, характеризуються нижчими показниками, ніж у здорових осіб, в основному співпадає. При цьому найнижча якість життя відзначається в сфері «фізичного функціонування», а найвища – в духовній сфері у чоловіків і у сфері «соціаль-

ного функціонування» у жінок. Гендерні відмінності проявляються в тому, що чоловіки оцінюють якість свого життя вище, ніж жінки, у сфері фінансів, незалежності і життєвих пріоритетів, а жінки в жодній зі сфер функціонування не оцінюють якість свого життя вище, ніж чоловіки.

2. При наявності невротичних проявів, як чоловіки, так і жінки, частіше використовують конструктивні копінг-стратегії: «Планування вирішення проблеми», «Пошук соціальної підтримки» і «Прийняття відповідальності». Чоловіки частіше, ніж жінки, використовують стратегію «Самоконтроль», а неконструктивна копінг-стратегія «Дистанціювання» найрідше використовується як чоловіками, так і жінками.

3. На етапі максимальної вираженості невротичних симптомів для обох статей характерні ірраціональні вимоги відносно себе, а також ірраціональні установки катастрофізації, у меншій мірі до інших (чоловікам властивіші, ніж жінкам) і в останню чергу до світу в цілому.

4. У процесі терапії у пацієнтів із невротичними розладами обох статей підвищується загальна якість життя і стан здоров'я, а також якість життя в окремих сферах функціонування, головним чином за рахунок поліпшення фізичного самопочуття і емоційного стану, покращуються пізнавальні функції, підвищується активність, енергія і працездатність, розширюється коло можливостей. При цьому вірогідність поліпшення якості життя знижується при більшій тривалості захворювання, а також залежить від редукції вираженості і зменшення розгорнутості психопатологічної симптоматики, а також зниження рівня дистресу.

4.1. Після проведеної терапії чоловіки з невротичними розладами оцінюють якість життя вище, ніж жінки у сфері особистих вірувань, духовних і релігійних переконань, у сфері фінансових ресурсів і сфері задоволеності своєю зовнішністю і обрисом тіла. А жінки з невротичними розладами на цьому етапі не оцінюють якість свого життєвого функціонування в жодній сфері вище, ніж чоловіки.

4.2. Респонденти чоловічої статі, що віддавали перевагу до лікування конструктивним копінг-стратегіям вибирають їх і після лікування. Жінки, хворі невротичними розладами, після лікування більшу перевагу починають віддавати аналітичному підходу до рішення проблем і меншому їх уникненню. Крім того, після лікування жінки з невротичними розладами частіше, ніж чоловіки, вибирають конструктивну копінг-стратегію «Пошук соціальної підтримки».

4.3. У результаті терапії у чоловіків із невротичними розладами підвищується раціональність мислення, вони менше використовують ірраціональні переконання, що стосуються жорстких вимог і оціночних суджень відносно себе, інших

людей і світу в цілому, при цьому зберігаються ідеї катастрофізації. На противагу цьому, у жінок із невротичними розладами не відбувається значущого підвищення раціональності мислення, як у чоловіків, а зберігається схильність до ірраціональних переконань, діагностованих до терапії.

Література:

1. Гурылева М.Э. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии / Гурылева М.Э., Журавлева М.В., Алеева Г.Н. // Русский медицинский журнал, т.14. – № 10. – 2006. – С. 761-763.
2. Либис Р.А. Оценка качества жизни больных с аритмиями / Р.А. Либис, А.Б. Прокофьев, Я.И. Коц // Кардиология. – 1998. – № 3. – С. 49-51.
3. Максименко С.Д. Психология внутреннего пространства свободы личности / С.Д. Максименко // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка. Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Київ, 2012. – Том 11, вип. 6. – С. 3-12.
4. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / Новик А.А., Ионова Т.И., под ред. академика РАМН Ю.Л. Шевченко. – 2-е издание. – М.ЮЛМА Медиа Групп, 2007. – 314 с.
5. Чучалин А.Г. Методы оценки качества жизни больных хроническими обструктивными болезнями легких: Пособие для врачей / Чучалин А.Г., Сенкевич Н.Ю., Белявский А.С. – М., 1999. – 122 с.
6. Шевченко Ю.Л. Концепция исследования качества жизни в здравоохранении России / Шевченко Ю.Л. // Вестник Межнародного Центра исследования качества жизни. – 2003. – С. 3-21.
7. Kassinove H. Survey of personal beliefs / H. Kassinove, A. Berger. – Hofstra University, 1988. – 214 p.

Абсалимова Л. Н. Различия качества жизни и пищевого поведения невротично больных

Статья посвящена рассмотрению гендерных различий качества жизни у больных неврозом. Подчеркивается, что изучение качества жизни нужно как с учетом благополучия человека при наличии у него какой-либо патологии, так и с точки зрения эффективности лечения. Доказывается, что до лечения восприятие качества жизни больными неврозами, как женщинами, так и мужчинами, характеризуется более низкими показателями, чем у здоровых лиц, в основном совпадает. Показано, что гендерные отличия проявляются в том, что мужчины оценивают качество своей жизни выше, чем женщины, в сфере финансов, независимости и жизненных приоритетов, а женщины ни в одной из сфер функционирования не оценивают качество своей жизни выше, чем мужчины.

Ключевые слова: гендер, качество жизни, невроз, копинг-стратегии, личностные убеждения, психопатология, фобии.

Absaliamova L. M. Gender differences in the quality of life and eating behavior of neurotic patients

The article is devoted to consideration of gender differences in quality of life for patients with a neurosis. It is underlined that the study of quality of life is needed both with taking into account of the present state of a person and his possible pathology and from the point of view of efficiency of his treatment. It is stated that before the treatment the perception of quality of life by neurotic patients, by both women and men, being characterized lower indexes, than for healthy persons, coincides mainly. It is shown that gender differences show up in that men estimate quality of the life higher than women, in the field of finances, independence and vital priorities, and women in none of spheres of functioning estimate quality of the life higher than men.

Key words: gender differences, quality of life, neurosis, coping strategies, personality persuasions, abnormal psychology, phobias.