

діапазоні ситуацій та реагувати вираженим станом тривожності ($p \leq 0,05$), особливо, коли вони стосувалися оцінки їх компетенції й престижу ($p \leq 0,05$).

Загальний міжгруповий аналіз розподілу реактивної та особистісної тривожності у досліджених пацієнток встановив, що для пацієнток основної групи № 1 була більш властивою реактивна (ситуативна) тривожність — 60,9 % (із середнім балом 72) для пацієнток основної групи № 2 — особистісна тривожність — 65,0 % (із середнім балом 69). Така ситуація, на наш погляд, склалася внаслідок наявності «преморбідно-особистісного завищеного тривожного тла» у жінок основної групи № 2 внаслідок підвищеної емоційної відповідальності за виховання дитини.

У жінок основної групи № 1 виявлено тенденцію до зниження власних депресивних хвилювань та своєрідна анозонозія клінічних симптомів депресії (визначення їх відсутності за суб'єктивною оцінкою). У свою чергу, пацієнтки основної групи № 2 мали схильність до «приховування» симптомів тривоги внаслідок чинника «хвилювання за дитину». У основній групі № 2 у відсотковому показнику, а також показнику ступеня виразності, переважали «психічні» симптоми над «соматичними», як усередині групи, так й у порівнянні із пацієнтками основної групи № 1.

За допомогою кореляційного аналізу між усією сукупністю показників виявлено такі, що мають міцний достовірний зв'язок зі станом сімейної взаємодії пацієнток (негативним чи позитивним). Встановлено, що серед усіх обстежених основної групи № 1 29,1 % (32) жінок та їх чоловіків можливо віднести до групи із «позитивним потенціалом та високими захисними якостями» щодо збереження благополуччя у процесі сімейної взаємодії. Серед обстежених основної групи № 2 до даної групи віднесено 35,0 % (35) пацієнток та їх дітей. До групи із «негативним потенціалом та низькими захисними якостями» щодо збереження благополуччя у процесі сімейної взаємодії серед пацієнток основної групи № 1 віднесено 70,9 % (78) жінок та їх чоловіків, основної групи № 2 — 65,0 % (65) жінок та їхніх дітей.

За результатами досліджень кваліфіковані такі варіанти сімейної взаємодії у родинях жінок, які перенесли ІМІ: непатологічний — із збереженням взаємовідносин і позитивною сімейною взаємодією, що має протективний вплив на психоемоційний стан пацієнток (29,1 % сімей основної групи № 1 і 35,0 % сімей основної групи № 2) та патологічний (деформований) — із руйнуванням взаємовідносин і негативною сімейною взаємодією, що характеризується шкідливим впливом на психоемоційні показники обстежених (70,9 % родин основної групи № 1 та 65,0 % — основної групи № 2).

Таким чином, встановлено, що на стан психоемоційних показників жінок, які перенесли ІМІ, за умови конгруентності усіх інших характеристик, більш вагомий вплив має не склад їхніх родин (повна або неповна), а варіант сімейної взаємодії (непатологічний або деформований).

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

УДК 159.923:392.6-615.851

ТИП ТЕМПЕРАМЕНТУ ЯК ВИЗНАЧАЛЬНИЙ КРИТЕРІЙ ВИДУ ПОРУШЕННЯ КОМУНІКАЦІЇ У ЧОЛОВІКІВ З СЕКСУАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ

М. В. Маркова, В. П. Коломієць

*Харківська медична академія післядипломної освіти,
Центр планування сім'ї, м. Київ*

Ключові слова: тип темпераменту, чоловіки, сексуальні розлади

Мета роботи: визначення типу темпераменту як базової характеристики комунікаційної здатності та комунікативної спрямованості у чоловіків з сексуальними розладами різного генезу, для розробки системи їх психологічного консультування.

З дотриманням принципів біоетики та деонтології обстежено 212 чоловіків, які звернулись за спеціалізованою медико-психологічною допомогою до центру планування сім'ї м. Києва протягом 2003—2009 рр. З них 157 були у шлюбі та проходили обстеження разом з дружинами, інші 55 чоловіків не мали постійної партнерки. Із 157 подружніх пар (ПП), 86 були у зареєстрованому, 71 — громадянському шлюбі. Усі ПП потерпали від незадоволеності подружнім життям та сексуальними стосунками. Обстежені були поділені на три групи. Першу групу (група 1) склали 96 ПП, в яких причиною незадоволеності шлюбом була первинна соціально-психологічна дезадаптація, яка у міру прогресування та формування порушення міжособистісної подружньої комунікації обумовила появу вторинних розладів реалізації сексуальності партнерів. У 61 ПП (група 2) первинними виявились розлади сексуальної функції чоловіків, внаслідок чого мало місце сексуально-еротична дезадаптація подружжя та порушення сексуальної комунікації. Третю групу (група 3) склали 55 не одружених чоловіків, які не мали постійної партнерки та звернулись зі скаргами на неможливість побудови постійних гармонійних відносин з жінками, що було обумовлене станом психологічної дезадаптації та порушенням особистісної комунікації та викликало в них стан внутрішньо особистісного дискомфорту, а також сексуальні проблеми, пов'язані із неможливістю вести регулярне статеве життя.

Тип темпераменту, як базову характеристику, що визначає здатність та спрямованість комунікації, вивчали за опитувальником Г. Айзенка.

Серед обстежених в групі 1 (з порушенням подружньої міжособистісної комунікації) усі чоловіки та 55,2 ± 5,0 % жінок мали екстравертовану спрямованість, яка також виявилась характерною для 27,9 ± 4,5 % чоловіків та 37,7 ± 4,4 % жінок з групи 2 (з порушенням сексуальної комунікації). Відомо, що в екстравертів — осіб із сангвінічним та холеричним темпераментом — яскраво виражена емоційність, лабільність, комунікабельність, збудливість, імпульсивність та схильність до лідерства. Сполучення в парі даних особливостей було несприятливим чинником щодо їх адекватного спілкування на різних рівнях подружньої взаємодії.

Інтровертованість виявилась притаманною 72,1 ± 4,5 % чоловіків з групи 2 та усім самотнім з групи 3 (з порушенням особистісної комунікації). Ці особи з меланхолічним і флегматичним темпераментом демонстрували замкнутість, песимістичність, стриманість, а також певну емоційну ригідність в стосунках. Інтровертована спрямованість встановлена у 44,8 ± 5,0 % жінок з групи 1 та 36,1 ± 4,8 % — з групи 2. Така поєднаність в парі також мала несприятливий вплив на адаптивний ресурс подружжів.

Амбівертованість, тобто рівнозначне представлення в структурі темпераменту як екстравертивних, так і інтровертивних рис, діагностовано лише у 26,2 ± 4,4 % жінок з групи 2. Наявність в подружній парі дружини з таким типом темпераменту могло б поліпшити стан міжособистісної комунікації, проте, за умови сексуальної дезадаптації подружжя, не мали вагомого впливу на стан їх сексуальної комунікації.

Встановлений кореляційний зв'язок між типом темпераменту та порушення комунікації у обстежених чоловіків (міцність кореляційного зв'язку показників 0,7—0,80). Так, у чоловіків з порушенням подружньої міжособистісної комунікації встановлено екстравертований тип темпераменту, у самотніх чоловіків з порушенням особистісної комунікації — інтровертований. Чоловікам з порушенням сексуальної комунікації притаманні обидва типи, проте, інтровертований зустрічався у 2,5 рази частіше, ніж екстравертований. Крім того, виявлено, що у подружжів 1 та 2 груп мало місце несприятливе поєднання типів темпераментів партнерів, що було конфліктогенним фактором формування або посилення перебігу комунікаційних порушень.

Отримані дані стали підґрунтям розробки системи психологічної корекції сексуальних розладів різного генезу у чоловіків.