**Вплив хронічного захворювання одного з партнерів на стосунки в подружній парі**

**ВИГОВСЬКА О.В.1, УДОВЕНКО Ю.М.2**

**1 Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, 2 Київський національний університет імені Тараса Шевченка**

**Анотація**

**Мета дослідження:** виявити особливості впливу хронічного захворювання одного з партнерів на подружні стосунки та психологічний стан обох партнерів.

**Методи:** опитано 60 осіб у шлюбі або партнерстві, де один з партнерів має хронічне захворювання. Застосовано комплекс психодіагностичних методик для оцінки рівня тривожності, наявності та рівню депресії, рівню якості життя, сімейної згуртованості та гнучкості, стилів поведінки у конфлікті, суб’єктивного благополуччя та соматичних симптомів. Проведено статистичний аналіз (описова статистика, кореляційний аналіз).

**Результати:** встановлено, що більшість партнерів характеризуються високим рівнем ситуативної тривожності та значною емоційною напругою; у 46,7% також зафіксовано високий рівень особистісної тривожності, значна частка має симптоми депресії та низьку якість життя. Більшість сімей демонструють низьку емоційну згуртованість та хаотичний стиль адаптації. Виявлено статистично значущі кореляції: високий рівень тривожності пов’язаний із високим рівнем дипресії та частими соматичними скаргами, а також зі зниженням суб’єктивного благополуччя та якості життя; низька сімейна згуртованість та часті конфлікти асоціюються з гіршим психологічним станом (вищою депресивністю, гіршою якістю життя).

**Обговорення:** отримані результати узгоджуються з сучасними науковими даними про двосторонній зв’язок між станом здоров’я партнера і якістю подружніх стосунків. Хронічна хвороба є потужним стресором для всієї сім’ї, що часто призводить до «каскаду» негативних ефектів: тривога здорового партнера переходить у депресію, погіршує соматичне самопочуття та взаємини. Водночас підтримка, ефективний спільний копінг («we-disease» підхід) та психологічні інтервенції можуть пом’якшити ці наслідки.

**Висновки:** хронічне захворювання одного з подружжя суттєво впливає на психологічне благополуччя обох партнерів і динаміку їхніх взаємин; необхідне комплексне психологічне супроводження таких сімей.

**Практична цінність:** на основі результатів розроблено програму психологічної підтримки подружніх пар з хронічною хворобою, спрямовану на зниження дистресу, зміцнення сімейної згуртованості та навчання конструктивних стратегій подолання.

**Ключові слова:** *хронічне захворювання; подружня пара; сімейні стосунки; тривожність; депресія; якість життя; сімейна згуртованість; психологічна підтримка*

**Актуальність роботи.**

Подружні стосунки відіграють критичну роль у переживанні хронічних захворювань. Коли один із партнерів тяжко хворіє, це стосується не лише його, а й суттєво позначається на житті другого партнера та на сімейній системі загалом. Багато досліджень свідчать, що якість життя партнерів пацієнтів із різними хронічними хворобами значно знижується – часто вона гірша, ніж у середньому по популяції, а іноді навіть нижча, ніж у самих пацієнтів [1]. Причинами є хронічний стрес, фізичне та емоційне виснаження, порушення сну через тривогу про хворого партнера, соціальна ізоляція тощо, що в підсумку може призводити до розвитку депресії та тривожних розладів у партнера-доглядальника [2]. Водночас наявність партнерської підтримки та емпатії може пом’якшувати негативні наслідки хвороби: емоційна опора, відкрите спілкування і згуртованість родини асоціюються з вищим рівнем суб’єктивного благополуччя і кращою якістю життя у партнера, який доглядає [3]. Нестача ж підтримки, рольове перевантаження одного з подружжя та соціальна ізоляція погіршують його стан і підвищують ризик емоційного вигорання.

Важливо зазначити, що вплив хвороби на шлюб є двостороннім. З одного боку, сама наявність тяжкого захворювання у подружжі виступає сильним стресором, провокуючи конфлікти, порушення звичних ролей і обов’язків, фінансові та побутові труднощі. З іншого боку, якість подружніх стосунків впливає на перебіг хвороби і психологічний стан пацієнта. Підтримуючі, гармонійні стосунки можуть покращувати комплаєнтність і адаптацію хворого, тоді як конфліктні взаємини здатні погіршувати його фізичне здоров’я [2].

Класичні дослідження демонструють, що негативна (конфліктна) взаємодія між партнерами підвищує рівень стресових гормонів та сповільнює відновлення організму. Зокрема, J. K. Kiecolt-Glaser та співавт. встановили, що у подружніх пар, які проявляють високий рівень ворожості в конфлікті, загоєння експериментально нанесених ран відбувається майже вдвічі повільніше (лише 60% від нормальної швидкості загоєння), порівняно з парами, які демонструють низьку конфліктність [4]. Таким чином, подружній конфлікт сам по собі може стати чинником ризику для соматичного здоров’я. Натомість теплі, довірливі стосунки й взаємна підтримка позитивно впливають на результати лікування і навіть на тривалість життя подружжя.

Останні десятиліття позначені зростанням наукового інтересу до діади «пацієнт – партнер» як єдиної системи, в якій відбувається подолання хвороби. Розвиваються концепції спільного копінгу (так званий *communal coping*), коли обоє партнерів разом протистоять викликам хвороби, поділяючи між собою тягар і підтримуючи одне одного. R. F. Lyons і колеги ще у 1998 році ввели поняття подружнього «комунального копінгу», підкреслюючи, що стратегії подолання стресу можна розглядати на діадному рівні, як спільні зусилля пари [2]. У схожому руслі K. Kayser із співавт. запропонували розглядати рак як «наше» (подружнє) захворювання, що вимагає спільного пристосування, а не лише індивідуальних зусиль пацієнта [3].

Окремо дослідники звертають увагу на ґендерні особливості впливу хвороби на шлюб. Існує доказова різниця в тому, як чоловіки і жінки реагують на серйозну хворобу партнера. Зокрема, M. J. Glantz та ін. виявили значну нерівність: якщо тяжко хворіє дружина, ризик розлучення чи сепарації зростає в рази, порівняно з ситуацією, коли хворий чоловік [5]. У дослідженні, опублікованому в журналі Cancer, було показано, що ймовірність розпаду шлюбу при захворюванні дружини приблизно у шість разів вища, ніж при захворюванні чоловіка (показники розлучень становили 20,8% проти лише 2,9% відповідно) [5]. Фактично, жіноча стать пацієнта виявилася найсильнішим предиктором того, що партнер залишить сім’ю у разі важкої хвороби. Це пояснюють тим, що чоловікам, на відміну від жінок, значно важче адаптуватися до ролі довготривалого доглядальника за хворою другою половиною, тоді як жінки з дитинства соціалізовані до ролі піклувальниці та схильні самовіддано доглядати за хворими членами родини. Відповідно, у випадку хвороби чоловіка дружини зазвичай залишаються поруч і забезпечують належний догляд, тоді як у зворотній ситуації дружини нерідко відчувають нестачу підтримки з боку чоловіків [5]. Ця ґендерна диспропорція підкреслює необхідність особливої уваги до сімей, де пацієнткою є жінка, – таким парам може знадобитися додаткова соціальна допомога та терапевтична підтримка.

Депресія та тривога партнерів є частим наслідком стресу догляду. Так, С. Carmassi et al. у систематичному огляді 29 досліджень проведеному у 2020 році зазначають, що у доглядальників тяжкохворих дорослих дуже високий ризик розвитку ПТСР [6].

До факторів ризику розвитку ПТСР відносяться сильний стрес від обов’язків по догляду, відсутність соціальної підтримки, конфлікти в сім’ї, тривале перебування у ролі доглядальника/ці; натомість, захисними факторами виступають – наявність підтримки, адаптивні копінг-стратегії, міцні сімейні стосунки [6]. Огляд підкреслює обмеження наявних даних – досліджень поки що мало, вони різнорідні за хворобами і часто повторюють одні й ті самі вибірки [6]. Висновок авторів - необхідно враховувати психологічний стан партнерів при плануванні допомоги, щоб запобігти розвиткові важких психічних наслідків у них [6].

Дослідження В. Birkeland et al. проведене у 2017 році порівняло партнерів пацієнтів із соматичними хворобами, психічними розладами та залежностями. Виявилося, що 13 % партнерів мали різко знижений рівень якості життя, а загалом їхні показники не відрізнялися відносно груп захворювань і були близькі до середніх по населенню [7]. Утім, партнери пацієнтів із розладами залежності перебували в гірших соціально-економічних умовах (нижчий дохід, проблеми з зайнятістю), що, ймовірно, додатково погіршувало їхнє становище [7]. Автори підкреслюють, що лікарям та клінічним психологам слід приділяти увагу добробуту партнерів хворих; застосування скринінгових опитувальників допомогає вчасно виявити тих, хто «на межі» і потребує підтримки [7].

Результати дослідження В.Birkeland et al. вказують: зниження якості життя партнера тісно пов’язане з високим психологічним дистресом і низькою сімейною, подружньою/партнерською згуртованістю; відповідно, інтервенції мають бути спрямовані на зменшення тривоги та зміцнення партнерської (сімейної) підтримки [7].

Нещодавнє дослідження подружніх пар, що переживають рак, показало, що конструктивні стратегії подолання стресу у пацієнта сприяють покращенню якості життя його дружини/чоловіка, і навпаки – деструктивні копінг-стратегії негативно впливають на обох членів діади [8, 9, 10]. Таким чином, врахування діадної динаміки є ключовим для розуміння психології сімей, що зіштовхнулися з хронічною хворобою.

Відповідно, у психології здоров’я набуває популярності модель взаємовпливу актора і партнера (Actor–Partner Interdependence Model, APIM), яка кількісно оцінює, як психологічні характеристики або копінг-стратегії одного з партнерів впливають не тільки на його власний стан, але й на стан другого партнера [8].

Таким чином, актуальність даного дослідження зумовлена високою поширеністю хронічних захворювань у дорослих та значимістю подружньої взаємодії для психологічного благополуччя обох партнерів. Вивчення того, як хронічна хвороба одного з подружжя впливає на емоційний стан, суб’єктивне благополуччя, сімейну динаміку (конфлікти, згуртованість, адаптивність) є важливим як з теоретичної, так і з практичної точки зору. З одного боку, це поглибить наукове розуміння психологічних механізмів сімейної адаптації до хвороби; з іншого – результати можуть стати основою для розробки ефективних психосоціальних інтервенцій, підтримки сімей, що переживають подібні труднощі.

**Мета дослідження** – охарактеризувати вплив хронічного захворювання одного з партнерів на якість і динаміку подружніх стосунків та психологічний стан пари, а також визначити чинники, що сприяють або перешкоджають збереженню стабільних і гармонійних стосунків за умов хвороби.

Для досягнення мети були поставлені такі **завдання**: 1) здійснити теоретичний аналіз літератури з проблеми впливу хронічних хвороб на психоемоційний стан партнерів і сімейні взаємини; 2) визначити потенційні психологічні чинники резилієнтності та ризику для стосунків у подружжях з хронічним захворюванням; 3) провести емпіричне дослідження психологічних особливостей партнерів і подружньої взаємодії в таких сім’ях.

**Методи дослідження:**

**Учасники.** В дослідженні взяли участь *N = 60* дорослих осіб (віком від 20 до 75 років, середній вік становив 44 роки), які перебувають у довготривалих стосунках (офіційно одружені або у партнерстві). З них 41 жінка (68%) та 19 чоловіків (32%). У кожній обстеженій парі один із партнерів має діагностоване хронічне захворювання (серцево-судинні, ендокринні, онкологічні, аутоімунні захворювання тощо), тривалістю не менше 1 року. До вибірки залучалися як самі пацієнти, так і партнери пацієнтів; таким чином, дослідження охоплює психологічні характеристики обох сторін діади «хворий–здоровий». Більшість респондентів перебували в офіційному шлюбі (81,7%), інші – у партнерських відносинах. За статусом зайнятості та соціально-економічним статусом вибірка була різнорідною (представники різних професій, як працюючі, так і тимчасово безробітні або пенсіонери). Відбір респондентів здійснювався методом «снігової кулі»: опитування розповсюджувалося онлайн (Google Forms) по різним соціальним мережам і тематичних спільнотах пацієнтів та родин, що зіштовхнулися з хронічними хворобами. Учасники добровільно і анонімно заповнювали анкету після надання інформованої згоди.

**Процедура та інструменти.** Респондентам було запропоновано заповнити стандартизовані опитувальники, яка включала такі методики для комплексної оцінки психологічного стану та сімейних взаємин:

1. *Шкала реактивної та особистісної тривожності (ШРОТ) Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна* – для вимірювання рівня ситуативної (реактивної) тривоги та загальної тривожності особистості [11]. Методика дозволяє визначити, наскільки сильно людина відчуває тривогу «тут і тепер» (реакція на стресори), а також її схильність до тривожних переживань у довгостроковій перспективі.
2. *Опитувальник PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)* – короткий опитувальник для скринінгу депресії, що містить 9 питань відповідно до критеріїв депресивного розладу DSM-IV [11]. Респондент оцінює, як часто протягом останніх 2 тижнів він відчував депресивні симптоми (пригнічений настрій, анедонія, порушення сну, стомлюваність тощо).
3. *Шкала оцінки якості життя* (розроблена О. С. Чабаном, 2009) – опитувальник, що вимірює суб’єктивну задоволеність основними сферами життя: фізичним здоров’ям, психологічним станом, соціальними зв’язками, почуттям безпеки та матеріальним благополуччям [11]. Високі бали відповідають високій якості життя та задоволеності, низькі – вказують на фрустрацію і погане самопочуття в багатьох сферах.
4. *Опитувальник стилів поведінки в конфлікті К. В. Томаса – Р. Х. Кілманна* – методика для визначення того, яку стратегію взаємодії обирає людина у конфліктних ситуаціях [12]. Розрізняють п’ять основних стилів: суперництво, ухилення, пристосування, компроміс, співпраця. Даний інструмент дозволив оцінити, як пари вирішують розбіжності: конструктивно чи деструктивно.
5. *Опитувальник сімейної адаптації та згуртованості FACES-3 (D. H. Olson)* – методика оцінки функціонування сім’ї за двома ключовими параметрами: когезією (емоційна близькість, «єдність» родини) та гнучкістю (здатність змінювати сімейні ролі і правила за потреби) [13]. Респонденти двічі оцінюють 20 тверджень – як це є в їхній сім’ї реально і як вони хотіли б – що дозволяє визначити типологію сім’ї (від роз’єднаної до зчепленої за згуртованістю, та від ригідної до хаотичної за адаптивністю).
6. *Модифікована шкала суб’єктивного благополуччя BBC-SWB* (P. Pontin et al., адаптація Л. Карамушки та ін.) – опитувальник з 24 тверджень, що оцінює рівень психологічного благополуччя, фізичного благополуччя та якості взаємин [14]. Кожен пункт респондент оцінює за шкалою від 1 («зовсім не згоден») до 7 («цілком згоден»), високі сумарні бали відображають високий рівень загального суб’єктивного благополуччя.
7. *Шкала соматичних симптомів SSS-8* – коротка 8-Item шкала для оцінки вираженості психосоматичних скарг (болі, шлунковий дискомфорт, слабкість, запаморочення тощо) протягом останнього тижня [11]. Використовується для кількісної оцінки психосоматичного стану респондента.

**Проведення дослідження:** Опитувальники були об’єднані в єдиний онлайн-формуляр, заповнення якого займало 30–40 хвилин. Респонденти відповідали на питання у зручний для них час. Після збору даних було проведено їх статистичну обробку за допомогою програмного пакету SPSS. Використано методи описової статистики - обчислення середніх значень, стандартних відхилень, відсоткових розподілів для характеристики вибірки та основних змінних.

**Результати дослідження:**

Аналіз анкет показав, що переважна більшість партнерів, залучених у дослідження, відчувають підвищений рівень тривоги.

Зокрема, за шкалою ситуативної тривожності (ШРОТ) *60%* респондентів продемонстрували високий рівень реактивної тривожності, який проявляється інтенсивним хвилюванням, напруженням, відчуттями паніки у відповідь на стресові ситуації. Решта *40%* опитаних мали помірний рівень реактивної тривожності, тобто в цілому адекватно реагували на потенційний стрес, хоча теж відчували занепокоєння (рис.1.1.). Жоден учасник не продемонстрував низького рівня тривожності – отже, спокійних, невразливих до стресу осіб у вибірці не було взагалі.

Рис. 1.1. Рівень реактивної тривожності за шкалою реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна у учасників дослідження

Особистісна тривожність (стійка схильність хвилюватися) також виявилася підвищеною: у *46,7%* респондентів – високий рівень, що вказує на постійну схильність до тривожних переживань, у *50%* – середній рівень (помірна тривожність), і лише *3,3%* опитаних мали низький рівень особистісної тривожності (рис. 1.2.). Таким чином, дві третини партнерів у таких сім’ях перебувають в стані хронічної тривоги, що потенційно може негативно позначатися і на їхньому здоров’ї, і на взаєминах у парі.

Рис. 1.2. Рівень особистісної тривожності за шкалою реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна у учасників дослідження

Результати щодо наявності депресивних симптомів й рівня їх вираженості (опитувальник PHQ-9) також свідчать про наявність психологічних порушень: значна частка партнерів набрала високі бали, що відповідають помірному або навіть важкому рівню депресії (рис. 1.3.). Серед типових проявів, про які повідомляли респонденти, – почуття суму і безнадії, втрата інтересу до приємних занять, порушення сну, відчуття втоми та низької енергії, труднощі концентрації. Близько половини вибірки можна охарактеризувати як таких, що мають клінічно значущі ознаки депресивного розладу (від помірного рівня і вище за шкалою PHQ-9).

Рис.1.3. Профіль рівню депресії у учасників дослідження

Цей факт узгоджується з іншими дослідженнями: доглядальники тяжкохворих близьких схильні до високого рівня дистресу, і у них часто розвиваються депресивні епізоди чи навіть посттравматичний стресовий розлад внаслідок тривалого перевантаження. Наші дані підтверджують підвищений емоційний стрес у партнерів пацієнтів.

Ще одним індикатором загального стану виступає суб’єктивна якість життя. Вимір за методикою О. С. Чабана показав, що більшість респондентів незадоволені своїм життям. Згідно з отриманими балами, *61,7%* опитаних відчувають вкрай низький або низький рівень якості життя, що відображає серйозне неблагополуччя, фрустрацію у різних сферах та високий рівень дистресу. Лише у *11,7%* зафіксовано середній (відносно прийнятний) рівень якості життя, і близько *26%* (чверть вибірки) оцінили якість свого життя як високу або дуже високу (рис.1.4.).

Рис. 1.4. Розподіл респондентів за рівнем якості життя за результатами аналізу шкали оцінки рівня якості життя О .С. Чабана

Інакше кажучи, лише кожен четвертий партнер почувається більш-менш благополучно та задоволений життям, тоді як інші стикаються з вираженим суб’єктивним неблагополуччям. До категорії низької якості життя увійшли переважно ті респонденти, чий партнер має важкі прояви хвороби і/або де присутні фінансові та сімейні проблеми (про що свідчать відповіді на додаткову анкету). Особи з найнижчими показниками якості життя часто в анкетах згадували про відчуття безнадійності, самотності, втрати сенсу життя у зв’язку з хворобою.

Суттєві зміни виявлено і в сімейному функціонуванні пар. За даними опитувальника FACES-3, більшість сімей, що зіткнулися з хворобою, мають порушену структуру стосунків.

За шкалою сімейної згуртованості (когезії) *65%* родин класифіковано як «роз’єднані» (very low cohesion), ще *28,3%* – як «розділені» (low cohesion); це означає недостатній рівень емоційної близькості, брак відчуття єдності та підтримки між членами сім’ї. Фактично, у переважній більшості пар спостерігається емоційне віддалення партнерів одне від одного: кожен переживає проблеми сам по собі, бракує довірливого обговорення почуттів і спільного проведення часу. Лише *6,7%* сімей (вибірково 4 пари) показали оптимальний рівень згуртованості – так званий «зв’язаний» тип, притаманний здоровим родинам, де є близькість і автономія одночасно. Високо згуртованих («зчеплених») сімей узагалі не виявлено, натомість більшість – низько згуртовані (рис.1.5.).

Рис.1.5. Розподіл учасників дослідження за показником згуртованості

Отже, типовою є ситуація дефіциту емоційної близькості: партнери відчувають себе ізольованими в своїх переживаннях, можливо, через зайнятість проблемами (лікування, догляд) або через уникнення болючих тем, пов’язаних із хворобою.

За параметром сімейної адаптивності (гнучкості) картина теж неблагополучна: *68,3%* сімей охарактеризовано як «хаотичні» – тобто такі, що не мають чіткої структури, усталених правил та ролей, відчувають постійну непередбачуваність сімейного життя. Хаотичний стиль означає, що хвороба, по суті, «розірвала» колишній уклад: сім’я не має стабільного керівництва чи розподілу обов’язків, рішення приймаються спонтанно, часто в умовах кризи. Партнери можуть мінятися ролями або уникати відповідальності, реагуючи лише на нагальні проблеми. Лише *28,3%* сімей продемонстрували адаптивний(гнучкий) стиль – це ті пари, яким вдалося перебудувати своє життя, перерозподілити обов’язки і підлаштуватися під нові обмеження, зберігши при цьому певний порядок. Решта випадків – поодинокі сім’ї з ригідним чи структурованим стилем (кожен по 1,7%) (рис. 1.6.).

Рис. 1.6. Розподіл учасників дослідження за показником адаптації

Таким чином, домінуючий профіль родин під впливом хвороби – низька згуртованість + висока дезорганізація. Це свідчить, що хвороба часто вибиває сім’ю із рівноваги, спричиняючи як емоційну віддаленість, так і втрату упорядкованості в повсякденному житті.

Аналіз стилів поведінки у конфліктах (за К.В. Томасом – Р. Х. Кілманном) показав певний зсув у бік менш конструктивних стратегій. Зокрема, відносно рідко в таких парах використовується співпраця для вирішення проблем; навпаки, чимало респондентів схильні або уникати конфліктів, або, навпаки, вступати в конкуренцію. Близько 40% зазначили, що часто йдуть на компроміс, ще 20% намагаються співпрацювати (шукати рішення, що задовольнить обох). Проте решта реагують не так продуктивно: 18% схильні ухилятися від обговорення проблем, накопичуючи невдоволення, 15% обирають стиль пристосування (жертвують власними інтересами, аби уникнути сварки, що в довготривалій перспективі теж підвищує напругу), і близько 7% – конкурують, наполягаючи на своєму за будь-яку ціну (рис. 1.7.).

Рис.1.7. Розподіл учасників за стилем поведінки у конфлікті за опитувальником К. В. Томаса - Р. Х Кілманна

В цілому, можна сказати, що потенціал конструктивного вирішення конфліктів у багатьох таких пар невисокий, що лише поглиблює проблеми у стосунках на фоні хвороби.

Оцінка компонентів суб’єктивного благополуччя за модифікованою шкалою суб’єктивного благополуччя БіБіСі - більшість учасників (51,7%, 31 особа) переживають низький рівень особистого благополуччя, Ще 40% (24 особи) оцінюють загальний рівень суб’єктивного благополуччя як середній, особливо в психологічній та фізичній сферах. Так, психологічне благополуччя (відчуття життєвої задоволеності, позитивні емоції, мотивація) виявилося низьким у 63,3% респондентів (38 осіб). 21,7% опитаних (13 осіб) мають середній рівень психологічного благополуччя та лише 15% (9 осіб) мають високий психологічний добробут )рис.1.8.).

Рисунок 1.8. Профіль рівню психологічного благополуччя учасників дослідження

### Фізичне благополуччя (відчуття енергійності, відсутність соматичних скарг) у 71,7% респондентів (43 особи) відмічено, як низьке та у 28,3% (17 осіб) – як середнє. Жоден не оцінив свій фізичний стан як високий, близько 28,3% мають середній рівень (рисунок 1.9).

Рисунок 1.9. Профіль рівню фізичногоблагополуччя учасників дослідження

### Респонденти, які мають обмежені ресурси або незадоволеність власним життям, найчастіше схильні зазначати низькі рівні одночасно в декількох сферах. Фізичне та психологічне здоров’я як взаємопов’язані фактори - оскільки у 43 із 60 респондентів фізичне здоров’я оцінено на низькому рівні, це може бути важливим чинником, що впливає на психологічне благополуччя. Погане самопочуття, хронічні захворювання або відсутність належного відпочинку та фізичної активності часто призводять до зниження емоційного стану, виникнення депресивних чи тривожних розладів.

Важливість соціального оточення:якість стосунків (із сім’єю, партнером, друзями чи колегами) у наших респондентів дещо краща: високий рівень стосунків відзначили 23,3% (14 осіб), середній – 40% (24 особи), а 36,7% – низький (22 особи). Рівень якості стосунків став єдиним виміром, де частка середнього та високого рівнів разом перевищує кількість низького рівня (38 осіб проти 22). Це вказує, що соціальна сфера є більш «гнучкою»: люди, які мають добру підтримку оточення, навіть при інших несприятливих чинниках здатні зберігати певний оптимізм і життєстійкість (рисунок 1.10.).

Рисунок 1.10. Профіль рівня якості стосунків учасників дослідження

Загальне суб’єктивне благополуччя (інтегральний показник) є низьким у більш ніж половини вибірки – 51,7%. Лише 8,3% респондентів почуваються загалом благополучними, решта 40% – на середньому рівні (рисунок 1.11.).

Рис. 1.11. Профіль загаьного суб'єктивного благополуччя учасників дослідження

Таким чином, низький рівень психологічного благополуччя у більшості учасників означає, що багато з них відчувають емоційне виснаження, тривалий смуток або тривогу, невдоволеність своїм життям. Це може проявлятися в апатії, відсутності інтересу до раніше приємних занять, зниженні мотивації до розвитку чи планування майбутнього. Фактично, внутрішній психологічний ресурс у таких людей виснажений, що корелює з високими показниками тривожності та наявністю депресивних симптомів у цій же вибірці. Переважно низьке фізичне благополуччя вказує, що люди відчувають постійну втому, енерговтрату, можливо, хронічний біль чи інші соматичні симптоми. Це очікувано, враховуючи наявність хронічних захворювань у більшості, але також може бути наслідком психосоматичного компонента – стрес і депресія здатні посилювати відчуття поганого самопочуття. Відсутність високих оцінок фізичного стану говорить про те, що жоден учасник не вважає себе цілком здоровим і бадьорим – загальний фон фізичного самопочуття незадовільний. Соціальні стосунки виглядають як відносно сильніша сторона: у чверті респондентів вони дуже добрі, майже у половини – принаймні посередні. Це може означати, що попри особисті страждання, чимало людей зберегли підтримуючі дружні чи сімейні зв’язки (що узгоджується з тим, що деякі сім’ї все ж демонструють згуртованість, і значна частина вибірки перебуває у шлюбі). Хороші стосунки можуть виступати компенсаторним ресурсом на тлі низького психологічного і фізичного благополуччя. Водночас третина учасників має низьку якість стосунків, що співвідноситься з даними про сімейну роз’єднаність – ці люди, ймовірно, почуваються самотніми або конфліктують із оточенням. Інтегрально більше половини респондентів не задоволені своїм життям загалом, що є тривожним сигналом про глибоке неблагополуччя одразу в кількох життєвих вимірах. Такий стан знижує здатність ефективно долати хворобу, дотримуватися лікування і може призвести до погіршення і соматичного здоров’я, і соціального функціонування. Отже, суб’єктивне благополуччя більшості учасників потребує посилення за рахунок психологічних втручань, спрямованих як на особистісний рівень, так і на соціальну підтримку.

Результати оцінки за шкалою соматичних симптомів — Somatic Symptom Scale — 8 (SSS‑8):було оцінено інтенсивність восьми поширених фізичних симптомів (біль, втома, розлади травлення тощо) за останній тиждень. Результати вказують, що у більшої половини учасників проявляється високий соматичний дистрес. Зокрема, дуже високий рівень соматичних скарг має 28,3% респондентів (17 осіб), високий – 23,3% (14 осіб). Таким чином, сумарно 51,6% опитаних набрали за SSS-8 значну кількість балів (понад 11), що відповідає вираженим соматичним симптомам. Середній рівень симптомів спостерігається у 18,3% (11 осіб), низький – у 16,7% учасників (10 осіб). Лише 13,3% респондентів (8 осіб) зазначили відсутність суттєвих соматичних симптомів, тобто ця група не відчувала жодного або майже жодного з перелічених фізичних дискомфортів. Отже, у 87% вибірки тією чи іншою мірою присутні соматичні скарги, причому у більш ніж половини – на інтенсивному рівні. Дані представлено в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

**Рівні вираженості соматичних симптомів за шкалою SSS-8 (Somatic Symptom Scale-8) в учасників дослідження**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Рівень соматичних симптомів (SSS-8) | Сума балів | Кількість респондентів (n) | Відсоток респондентів |
| Дуже високий  | > 15 | 17  | 28,3%  |
| Високий  | 12–15 балів | 14  | 23,3% |
| Середній  | 8–11 балів | 11  | 18,3%  |
| Низький  | 4–7 балів | 10  | 16,7%  |
| Відсутні симптоми (0–3 бали) | 0–3 бали | 8  | 13,3%  |

Таким чином, дані SSS-8 свідчать, що більшість респондентів живуть із помітним фізичним дискомфортом. Високий і дуже високий рівні означають, що люди регулярно потерпають від таких симптомів, як головний біль, біль у животі, біль у спині, слабкість, нудота тощо. Ці симптоми, ймовірно, можуть бути частково зумовлені наявними хронічними захворюваннями (наприклад, артрит дає біль, цукровий діабет – втому, шлункові хвороби – проблеми з травленням), але їх інтенсивність також підсилюється психічним станом. Відомо, що тривога і депресія соматизуються – тобто проявляються через тілесні відчуття, або загострюють відчуття болю. Отже, високий соматичний дистрес у більшості респондентів є відображенням загальної вразливості до стресу, де психічне неблагополуччя знаходить вихід у тілі. Наявність тільки 13% учасників без симптомів підкреслює, що абсолютно здорових на рівні відчуттів практично нема – навіть ті, хто не має важких хвороб, все одно відчувають деякі фізичні недуги, можливо викликані напругою (наприклад, психосоматичний головний біль чи безсоння). Середній і низький рівні симптомів у 35% вибірки – це помірні скарги, які ще не настільки інтенсивні, але можуть прогресувати без належних втручань. Таких людей часто недооцінюють в системі охорони здоров’я, адже їх симптоми можуть не мати чіткої органічної причини, але вони важливі, бо свідчать про неблагополуччя. Загалом, результати підкреслюють, що тілесне самопочуття респондентів значно погіршене, і воно потребує уваги нарівні з їх станом психологічним. Фізичний дискомфорт може створювати замкнене коло: посилювати тривожність і погіршувати настрій, що в свою чергу ще більше підвищує суб’єктивне сприйняття симптомів.

**Обговорення результатів дослідження:**

Дослідження підтвердило, що хронічне захворювання одного з партнерів накладає суттєвий відбиток на психологічний стан обох членів подружньої пари та на характер їхніх взаємин. Наші результати загалом узгоджуються з висновками попередніх наукових праць і розширюють їх, враховуючи вітчизняну вибірку.

Перш за все, виявлено підвищений рівень тривожності та депресивності у партнерів пацієнтів. Більшість респондентів перебувають у стані постійної тривоги, багато хто – у пригніченому настрої. Це співзвучно висновкам зарубіжних дослідників про так званий «ефект доглядальника»: члени сім’ї, що доглядають хронічно хворих, часто страждають від високого психічного навантаження. Систематичний огляд C. Carmassi та ін. (2020) показав, що доглядальники важкохворих дорослих знаходяться в групі дуже високого ризику розвитку психічних розладів, зокрема ПТСР і депресії [6]. Наші дані (понад половина партнерів зі значними симптомами депресії) цю тенденцію підтверджують. Постійний стрес від необхідності піклування, тривога за життя близької людини, відчуття безсилля перед хворобою – все це виснажує психологічні ресурси здорового партнера. В результаті, як ми спостерігали, з’являються симптоми тривожно-депресивного спектру, які без втручання можуть перерости у клінічні розлади.

Дуже показовим є значне зниження якості життя у більшості респондентів. Наші кількісні оцінки свідчать, що понад 60% партнерів незадоволені своїм життям, переживають фрустрацію базових потреб. Цей результат резонує з наявними даними літератури: так, у ряді робіт повідомлялося, що якість життя партнерів хронічно хворих пацієнтів може бути навіть нижчою, ніж у самих пацієнтів [7]. Причини цього – багатовимірні. Партнер часто змушений обмежувати соціальну активність, кар’єру, відпочинок заради догляду; фінансові витрати на лікування теж лягають тягарем; емоційна підтримка самого партнера нерідко ігнорується оточенням (усі співчувають пацієнту, але не завжди усвідомлюють страждання доглядальника) [7]. Крім того, здоровий партнер може відчувати «провину вцілілого» – сором за свої позитивні емоції чи успіхи, коли друга половина страждає, тому навмисно придушує власні радощі. Все це призводить до того, що життя партнера звужується навколо хвороби, втрачає барви та баланс. Отже, падіння якості життя тягне за собою розвиток депресивного стану.

Майже у всіх обстежених сім’ях діагностовано проблеми у функціонуванні родини – насамперед, брак емоційної згуртованості та порушення сімейної структури. Це тривожний сигнал, адже родина могла б слугувати основним ресурсом у боротьбі з хворобою, але часто сама стає «жертвою» стресу. Наші дані показали, що у 65% сімей рівень емоційної близькості дуже низький: партнери віддалилися один від одного. Можна припустити кілька пояснень. По-перше, хвороба змінює подружні ролі: один із партнерів переходить у позицію «пацієнта», інший – «доглядальника», і ця нерівність може викликати напругу. Подружжя, яке раніше функціонувало як рівноправні партнери, стикається з новим розподілом – залежність хворого та відповідальність здорового. Якщо до хвороби стосунки були не дуже близькими чи довірливими, то нові обставини можуть збільшити дистанцію: хворий замикається у своїх переживаннях, щоб «не обтяжувати» родину, а здоровий партнер почувається самотнім у тягарі обов’язків. По-друге, тривалий стрес та виснаження можуть призводити до емоційного охолодження. Доглядальник настільки перевтомлений, що у нього не лишається сил на емпатію і спілкування; він може навіть підсвідомо відчувати образу на хворого партнера через зруйновані плани, що проявляється як відстороненість. По-третє, часто включається механізм уникання: подружжя уникає говорити про хворобу, щоб не ятрити болючу тему, але разом із тим перестає ділитися й іншими думками – таким чином, спілкування міліє. Усе це добре відображено в якісних дослідженнях: партнери описують, як почувалися самотніми і від’єднаними, коли стикнулися з важкою недугою [7].

Сім’я може бути або джерелом підтримки, або джерелом додаткового стресу. У наших респондентів, на жаль, часто реалізовувався другий варіант. Цікаво, що хоч більшість сімей мали низьку згуртованість, втім невеликий відсоток пар *(6–7%)* змогли зберегти емоційну єдність попри хворобу. Ці випадки демонструють, що хронічна хвороба не обов’язково руйнує стосунки – навпаки, за певних умов вона може стати навіть чинником згуртованості сім’ї. Як зазначає низка дослідників, багато залежить від якості стосунків до хвороби: міцні, довірливі союзи є більш стійкими до таких потрясінь [1, 2]. У нашому дослідженні ті кілька пар, що залишилися згуртованими, ймовірно, мали високий рівень взаємної довіри та підтримки ще до виникнення проблем зі здоров’ям. Вони сприйняли діагноз як спільний виклик («we-disease» підхід) і згуртувалися ще більше, захищаючи свій «сімейний командний дух». Це узгоджується з концепцією спільного подружнього копінгу: коли пара діє як єдине ціле, розділяючи відповідальність і емоції, вони краще адаптуються до хронічних стресорів [2]. На жаль, більшість наших респондентів не продемонстрували такого спільного копінгу – це свідчить про прогалину, яку можуть заповнити сімейні психологи через спеціальні втручання (про це нижче).

Щодо сімейної адаптивності, переважання хаотичного стилю вказує на труднощі з організацією життя під час хвороби. Розпорядок дня підпорядкований кризам і невідкладним завданням (лікарні, процедури), що унеможливлює планування. Багато родин втрачають колишні ролі: наприклад, хворий чоловік більше не може виконувати обов’язки годувальника, а дружина змушена поєднувати роботу, догляд, виховання дітей, ведення господарства. Якщо немає допомоги від інших родичів чи соціальних служб, такий стан справ породжує хаос. Наші респонденти часто зазначали, що живуть «днем сьогоднішнім», вирішуючи проблеми по мірі їх надходження, і почуваються дезорієнтованими. Це явище описано і в літературі: хронічна хвороба руйнує рутину і передбачуваність сімейного життя, змушуючи постійно перебудовувати плани [9]. У сім’ях, де вдалося зберегти певну структурованість (гнучку адаптивність), партнери почувалися трохи краще психічно.

Значущим є і питання подружнього конфлікту. І хвороба, і зниження згуртованості природно ведуть до збільшення непорозумінь між партнерами. Як відзначалося раніше, ворожість у стосунках може прямо впливати на фізіологічні показники – сповільнювати одужання, знижувати імунітет. Тому подружній конфлікт на фоні хвороби є особливо небезпечним феноменом, що потребує корекції. На жаль, за нашими даними, значна частина пар не володіє ефективними навичками вирішення конфліктів. Багато хто або уникає обговорення проблем (що призводить до накопичення образ і «віддалення» партнерів), або навпаки, зривається на суперечки, звинувачення, які ні до чого не приводять. Лише менша частина вдається до співпраці чи компромісу. Ця ситуація типова: стрес хвороби здатен загострювати навіть дрібні розбіжності. Як писав G. Bodenmann (2005), подружній копінг зі стресом стає ключовим чинником: якщо пара не навчиться разом долати стресори, зовнішні виклики (такі як хвороба) руйнуватимуть їхні стосунки [10]. Наші результати підтверджують це: у сім’ях, де партнери все ще вміють співпрацювати (навіть частково), загальний клімат кращий і депресивності менше. Отже, вміння конструктивно вирішувати конфлікти – важливий захисний ресурс для подружжя перед лицем хвороби.

**Висновки:**

1. На основі виявлених взаємозв’язків можна говорити про системний ефект хронічної хвороби на сім’ю. Підтверджується концепція, що подружня пара функціонує як єдина система, де зміна в одному елементі (здоров’я партнера) призводить до каскаду змін у психічному стані та міжособистісних процесах. Ці процеси взаємно підсилюють один одного, утворюючи порочне коло «хвороба – стрес – конфлікти – погіршення здоров’я – ще більше стресу».

Наприклад, партнер тривожиться через хворобу дружини, стає дратівливим, конфліктує – це засмучує дружину, ускладнює її одужання, що, в свою чергу, ще більше підвищує тривожність партнера і т.д. Розірвати таке коло складно без сторонньої допомоги.

1. Хронічне захворювання одного з партнерів є потужним стресовим чинником, що негативно впливає на психологічний стан обох членів подружньої пари та на їхні взаємини. Партнери пацієнтів демонструють підвищені рівні тривоги та депресії, знижену суб’єктивну якість життя і благополуччя. Одночасно в сім’ях таких пар часто спостерігаються емоційне віддалення, конфліктність, порушення усталених ролей і рутин.
2. Психологічний дистрес партнерів та сімейна дисфункція взаємопов’язані. Висока тривожність і високий рівень депресії у доглядальників корелюють з низькою емоційною підтримкою в сім’ї, частими конфліктами та незадоволеністю стосунками. І навпаки, збереження сімейної згуртованості, відкритого спілкування і конструктивного спільного подолання труднощів асоціюється з вищим рівнем психологічного благополуччя. Це підтверджує двосторонній вплив: хвороба підриває сімейні ресурси, але і якість подружніх стосунків модулює переживання хвороби.
3. Серед партнерів пацієнтів спостерігається «каскад» негативних ефектів: хронічний стрес призводить до тривожності, тривога без належної підтримки трансформується у депресію, що може проявлятися також соматичними симптомами (погіршення власного здоров’я доглядальника). Депресивний партнер менше здатен надавати емоційну підтримку хворому, що може погіршувати і стан пацієнта, і стосунки в парі. Таким чином, без втручання може сформуватися порочне коло «хвороба – стрес – конфлікти – погіршення здоров’я – ще більше стресу».
4. Виявлено і позитивні чинники, які сприяють стійкості сім’ї до хвороби. Частина пар зуміла зберегти гармонійні стосунки попри діагноз – їх відрізняє високий рівень довіри, «ми-відчуття», гнучкість у перерозподілі сімейних ролей. У таких парах хвороба сприймається як спільна проблема, що потребує спільних зусиль (концепція communal coping). Подібні ресурси варто виявляти і розвивати в інших сім’ях через цілеспрямовану психологічну роботу.

**Список використаних джерел**

1. Berg C. A., & Upchurch R. (2007). A developmental-contextual model of couples coping with chronic illness across the adult life span. *Psychological Bulletin, 133*(6), 920–954. DOI: 10.1037/0033-2909.133.6.920
2. Lyons R. F., Mickelson K. D., Sullivan M. J. L., & Coyne J. C. (1998). Coping as a communal process. *Journal of Social and Personal Relationships, 15*(5), 579–605. DOI: 10.1177/0265407598155001
3. Kayser K., Watson L. E., & Andrade J. T. (2007). Cancer as a «we-disease»: Examining the process of coping from a relational perspective. In S. R. H. Beach, M. K. Wamboldt, N. J. Kaslow, et al. (Eds.), *Relational processes and DSM-V* (pp. 404–418). American Psychiatric Publishing.
4. Kiecolt-Glaser J. K., Loving T. J., Stowell J. R., et al. (2005). Hostile marital interactions, proinflammatory cytokine production, and wound healing. *Archives of General Psychiatry, 62*(12), 1377–1384. DOI: 10.1001/archpsyc.62.12.1377
5. Glantz M. J., Chamberlain M. C., Liu, Q., et al. (2009). Gender disparity in the rate of partner abandonment in patients with serious medical illness. *Cancer, 115*(22), 5237–5242. DOI: 10.1002/cncr.24577
6. Carmassi C., Foghi C., Dell’Oste V., et al. (2020). Risk and protective factors for PTSD in caregivers of adult patients with severe medical illnesses: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(16), 5888. DOI: 10.3390/ijerph17165888
7. Birkeland B., Weimand B. M., Ruud T., Høie M. M., & Vederhus J.-K. (2017). Perceived quality of life in partners of patients undergoing treatment in somatic health, mental health or substance use disorder units: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes, 15*(1), 172. DOI: 10.1186/s12955-017-0750-5
8. Ştefănuț A. M., Vintilă M., & Szentágotai-Tătar A. (2023). Actor–partner effects of coping strategies on quality of life in cancer couples. *Supportive Care in Cancer, 31*(1), 857–869. DOI: 10.1007/s00520-022-07493-6
9. Winter J., Shealy S., & Hodgson J. (2021). Mindfulness based interventions for couples: A systematic review. *Journal of Marital and Family Therapy, 47*(3), 755–776. DOI: 10.1111/jmft.12475
10. Bodenmann G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. In T. A. Revenson, K. Kayser, & G. Bodenmann (Eds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 33–49). American Psychological Association.
11. Чабан О. С., Хаустова О. О., Асанова А. А., Трачук Л. Є., & Писарець, Д. В. (2028). Практична психосоматика: діагностичні шкали: навчальний посібник. Київ.
12. Гарькавець С.О., Волченко Л.П. (2020) Конфлікти в освітньому середовищі: діагностика та практика вирішення: навчально-методичний посібник. Харків: Друкарня Мадрид, 2020. 91 с. ISBN 978-617-7845-35-4
13. Павлова О. В. (2023). Особливості взаємовідносин у психосоматогенних сім’ях (магістерська робота). [Магістерська робота, НПУ ім. М. П. Драгоманова, Київ].
14. Карамушка Л., Терещенко К., & Креденцер, О. (2022). Адаптація на українській вибірці методик «The Modified BBC Subjective Well‑being Scale (BBC‑SWB)» та «Positive Mental Health Scale (PMH‑Scale)». Організаційна психологія. Економічна психологія, (3–4), 85–94.