

Крымский Государственный Медицинский Университет им. С.И.Георгиевского
Крымская Республиканская Ассоциация Психиатров,
Психотерапевтов, Психологов и Наркологов

ТАВРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ

ТОМ 17, № 4 (65), 2013



**Acta Psychiatrica, Psychologica,
Psychotherapeutica et Ethologica Tavrca**

Симферополь, 2013

КРЫМСКАЯ РЕСПУБЛИКАНСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
ПСИХИАТРОВ, ПСИХОТЕРАПЕВТОВ,
ПСИХОЛОГОВ И НАРКОЛОГОВ
КРЫМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
им.С. И. ГЕОРГИЕВСКОГО

Главный редактор Вербенко В.А.
Зам.главного редактора Сойко В.В.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

А.А. Бабанин, А.А.Двирский, А.Е.Двирский,
Н.Ф.Калина, И.Л. Кляритская, А.В. Кубышкин,
Г.М.Кушнир, А.В.Любарский, В.А.Мельников,
О.А. Притуло, В.П.Самохвалов, А.В. Ушаков.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

В.А.Абрамов (Украина), К.В. Аймедов (Украина),
А.А.Бабанин (Украина), В.С.Битенский (Украина),
Е.Г.Гриневич (Украина), И.Я.Пинчук (Украина),
Н.А.Корнетов (Россия), Л.Л.Корсунская (Украина),
В.Н.Кузнецов (Украина), И.И.Кутько (Украина),
М.В.Маркова (Украина),
А.К.Напреенко (Украина), В.Я.Пишель (Украина),
И.Д.Спирина (Украина), О.С.Чабан (Украина),
Г.Я.Пилягина (Украина), А.О.Фильц (Украина),
А.П.Чуприков (Украина), Л.Н.Юрьева (Украина).

Рекомендовано к изданию постановлением
Ученого Совета Крымского государственного
медицинского университета им. С.И. Георгиевского
от 26.12.2013 (протокол №20).

ТАВРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ
(ACTA PSYCHIATRICA, PSYCHOLOGICA,
PSYCHOTHERAPEUTICA ET ETHOLOGICA TAVRICA)

междисциплинарное научно-практическое
периодическое издание, посвящённое актуальным
проблемам психиатрии, психотерапии,
нейрофизиологии, психологии и этологии человека
Основано в 1997 году. Выходит 1 раз в 3 месяца.

Издание аттестовано Высшей аттестационной комиссией
Украины с 1998 года. Бюллетень ВАК №7, 2011 г., стр. 3,
номер распоряжения №1-05/5.

Утверждено постановлением ВАК от 31 мая 2011 г.

АДРЕС РЕДАКЦИИ

Украина, АР Крым, Симферополь, 95006, Р.Люксембург, 27
Телефон: (0652) 255-380; 276-318; 8-067-653-67-67
E-mail: soikov@mail.ru

Сдано в набор 26.12.2013. Подписано в печать 30.12.2013.
Формат А4. Бумага офсетная. Гарнитура "BookmanOldStyle".
Усл. печ. л. 14,8. Тираж 500 экз. Заказ № 12704.

Отпечатано в ТКЦ "RISON" г. Симферополь, пр.Кирова, 17
0652-248178, 095-3538581. www: diprint.com.ua. dip@utel.net.ua

На обложке: фрагмент архитектурного комплекса Крымской
Республиканской Клинической Психиатрической больницы №1.
Архитектор Фрезе, 1863 год.

На титульной странице:

Полное или частичное тиражирование в любых средствах
массовой информации материалов, опубликованных
в этом издании, допускается только при письменном
разрешении редакции. Ответственность за содержание
рекламных материалов несет рекламодатель.

Правила подачи рукописей

1. Все рукописи направлять по адресу: 95006,
Украина, Крым, Симферополь, Р. Люксембург
27, Крымская Республиканская клиническая
психиатрическая больница №1, Редакция Журнала, и
по e-mail: soikov@mail.ru

2. Принимаются оригинальные статьи по
проблемам клинической психиатрии, психотерапии,
психологии, психофизиологии, этологии объемом до
20 машинописных страниц (2 интервала, 26-27 строк), 2
экз. Статьи предоставляются на 3-дюймовых дискетах,
CD, DVD в Microsoft Word for Windows.

3. На 1 странице: а) название статьи, УДК, резюме
на русском языке; б) ФИО автора полностью; в)
название учреждения и его адрес; г) адрес для
переписки; д) резюме и ключевые слова, резюме не
более 100 слов на русском, украинском и английском
языках с переведенными названиями статей; е) краткие
сведения об авторе.

Не капитализируйте заголовки (например, Название
статьи, а не НАЗВАНИЕ СТАТЬИ)!

4. Статьи должны содержать следующие
обязательные элементы:

а) вступление – постановка проблемы в общем виде
и ее связь с важными научными или практическими
заданиями;

б) анализ последних исследований и публикаций,
в которых начато раскрытие данной проблемы и на
которые ссылается автор;

в) выделение нерешенных ранее частей общей
проблемы, которым посвящается данная статья;

г) формулирование целей статьи (постановка
задания);

д) изложение основного материала исследования
с полным обоснованием полученных научных
результатов;

е) выводы из данного исследования и перспективы
дальнейших исследований в данном направлении.

5. На последней странице одного экземпляра
рукописи ниже подписи автора(авторов) должна быть
виза руководителя.

6. Рукопись сопровождается официальным
направлением учреждения, в котором выполняется
работа.

7. Таблицы и рисунки должны располагаться на
отдельных страницах, а в тексте, в соответствующих
местах – ссылка на них (например: табл. 1, рис. 2).

8. Примечания к таблицам и рисункам приводятся
на отдельных листах. (Примечания к таблицам 1-5 или
Примечания к рисункам 1-8)

9. Ссылки в тексте на литературные источники
приводятся в квадратных скобках, а цитаты – с
указанием номера страницы. Фамилии авторов
приводятся на языке оригинала.

10. Список литературы приводится в порядке
цитирования.

11. Рецензирование носит открытый характер,
издатели настаивают на праве сокращать и
перерабатывать работы.

12. Рукописи и дополнительные материалы
хранятся в редакции не более 3 месяцев с момента
получения и возвращаются при оплате автором их
пересылки.

13. Затраты на публикацию статей частично
перекрываются за счет автора(авторов).

14. Справки и дополнительную информацию
о правилах подачи рукописей можно получить по
телефонам редакции или по e-mail.

ОГЛАВЛЕНИЕ

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

Закономерности формирования суицидального поведения у больных с депрессивным эпизодом биполярного аффективного расстройства (патопсихологический анализ)	
Д. Р. Тахташова	5
Особистісні фактори формування резистентності дисоціативних розладів	
Н. О. Марута, І. О. Явдак, О. С. Череднякова	11
Особенности течения современных тревожных невротических расстройств	
И. В. Ганзин, В. В. Ганзина	16
Відмінності сімейного функціонування жінок, хворих на параноїдну шизофренію, при різних моделях родинної взаємодії	
К. А. Косенко	19
Вивчення рівня задоволеності власним функціонуванням в соціумі хворих на параноїдну шизофренію	
Г. В. Морванюк	25
Визначення обмежень життєдіяльності та соціальної недостатності у психічно хворих (біопсихосоціальний підхід)	
Г. А. Приб	30
Гендероспецифічні заходи в комплексній терапії жінок, хворих на параноїдну шизофренію, та їх ефективність	
Н. М. Юрьєва	36

НАРКОЛОГИЯ

Стандарти та етапність організації медико-психологічної допомоги особам з алкогольною залежністю в Україні	
Д. В. Возний	48
Питання формування алкогольної залежності у жінок	
К. В. Рябухін	52

ПСИХОТЕРАПИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОАНАЛИЗ

Особенности эмоционально-волевой сферы подростков с аутоагрессивной поведінкою	
К. В. Аймедов	56
Цели психологического консультирования в гештальт подходе	
Т. А. Демидова, В. В. Соико	59
Вивчення рівня самооцінки хворих на псоріаз	
І. В. Онищенко	63
Клініко-феноменологічні особливості аутоагресивної поведінки у підлітків	
О. В. Погорелко	66
Психокорекція й психопрофілактика порушення подружньої взаємодії у жінок з генітальним ендометріозом: обґрунтування, зміст, ефективність	
О. О. Чистова	72

ОРИГІНАЛЬНІ СТАТТІ

**Стан сексуальної комунікації подружжів з порушенням життєдіяльності сім'ї
внаслідок безпліддя у чоловіка**

П. П. Вербовий 79

**До питання феномену психологічної адаптації лікаря
до професійної діяльності**

В. В. Вьюн, М. М. Хаустов, І. С. Вітенко..... 86

**Питання етичного поведіння медичного персоналу, в процесі надання
допомоги онкологічним хворим**

С. В. Мерліч 90

Естественные предпосылки социального поведения

А. В. Светличная..... 94

О проблеме изменённых состояний сознания

О. Г. Сыропятов¹ Н. А. Дзеружинская² 103

Складові комунікативної компетентності лікаря

О. А. Філатова 111

**ВІДМІННОСТІ СІМЕЙНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ЖІНОК,
ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ,
ПРИ РІЗНИХ МОДЕЛЯХ РОДИННОЇ ВЗАЄМОДІЇ***К. А. Косенко*

Харківська медична академія післядипломної освіти

Одеський обласний психоневрологічний диспансер

Резюме. На основі аналізу родинного функціонування 150 жінок, хворих на параноїдну шизофренію, встановлені деякі особливості в залежності від моделі родинної взаємодії обстежених. Хворі, що проживають із власною родиною зі здоровими чоловіками та/або без дітей, у більшому відсотку випадків мають гармонійний тип родинних стосунків, більш сприятливе відношення до себе та до прийому ними медикаментозної терапії з боку родичів, та, в цілому, більший ресурс сімейної підтримки, у порівнянні із жінками, які проживають або із дорослими дітьми, або батьками. Отримані дані лягли в основу розробки системи психотерапевтичних заходів, спрямованої на відновлення функціонування хворої у родині в комплексному лікувально-реабілітаційному процесі, з урахуванням моделі сімейної взаємодії.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, жінки, модель родинної взаємодії, сімейне функціонування.

У зв'язку з високим рівнем розвитку психіатрії, зокрема, психофармакотерапії, період перебування хворих у стаціонарі скорочується, і все більшої актуальності набувають питання надання допомоги хворим в позалікарняних умовах, де важлива роль належить сімейному оточенню [1–3]. Існує значна кількість досліджень, що свідчать про вплив сім'ї на розвиток і перебіг шизофренії [4–7]. При цьому сім'я може надавати як психотравмуючий вплив, так і бути джерелом підтримки та сприяти якнайшвидшій реабілітації хворого. Стан хворого після виписки зі стаціонару, прогноз захворювання, а також рівень соціального функціонування багато в чому визначаються особливостями емоційної реакції сім'ї, поведінкою родичів по відношенню до хворого, наданою соціальною підтримкою. Ряд авторів вказує, що психічне захворювання є психотравмуючою для всієї родини подією, в результаті якої змінюється спосіб життя найближчих родичів, взаємовідносини між ними, порушуються контакти з близьким соціальним оточенням. Все це накладає відбиток на ставлення родини до хворого, а отже, і на його подальшу соціальну адаптацію. Отже, для успішного використання сімейного реабілітаційного ресурсу, необхідні дослідження, спрямовані на визначення специфічних властивостей внутрішньосімейного функціонування в сім'ях психічнохворих з різними моделями родинної взаємодії, для розробки в подальшому тактики їх психосоціальної реабілітації з акцентом на виявлені особливості ресурсних можливостей сім'ї.

Виходячи з вищенаведеного, нами здійснена дослідження, метою якого був порівняльний аналіз соціального функціонування (СФ) і якості життя (ЯЖ) жінок, хворих на параноїдну шизофренію (ПШ), в залежності від моделі родинної взаємодії.

Основу роботи склали результати клініко-психопатологічного й психодіагностичного дослідження 150 жінок, хворих на ПШ, яке було проведено протягом 2010–2013 рр. на базі Одеського обласного психоневрологічного диспансеру. Обстежені хворі були розділені на групи в залежності від моделі родинної взаємодії: основна група 1 (ОГ1) – 35 жінок з ПШ, які мають здорового чоловіка; основна група 2 (ОГ2) – 40 жінок, які страждають на ПШ, мають здорового чоловіка та дітей; основна група 3 (ОГ3) – 35 жінок, які страждають на ПШ, проживають із власними батьками (власної родини та дітей не мають); основна група 4 (ОГ4) – 40 жінок з ПШ, які проживають із дорослими дітьми.

Клініко-психопатологічне дослідження включало структуроване інтерв'ю (спадковість, вплив контекстуальних факторів на розвиток психічного захворювання) із застосуванням Z кодів (вісь-3) МКХ-10 та обстеження із застосуванням опитувальника МКХ-10 «Оціночний перелік симптомів і глосарій для психічних розладів ВООЗ» (1994) (Модуль F 2: психотичний синдром) та «Кваліфікаційної шкали оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів» (PANSS). Дослідження особливостей родинного функціонування жінок, хворих на параноїдну шизофренію, виконувалося за допомогою наступного методичного забезпечення: «шкали структурованого інтерв'ю для ідентифікації типу родини», «шкали структурованого інтерв'ю для визначення відношення членів ро-

дини до хвороби (психіатричного діагнозу) у родича», методики «Оцінка ресурсу сімейної підтримки пацієнта», розроблених під керівництвом проф. В. А. Абрамова (2009) [8], а також опитувальника «Тип ставлення родини до терапії психотропними препаратами» (Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич, 2011) [9].

В цілому, за результатами дослідження встановлені значущі розбіжності показників психосоціальних особливостей у жінок, як за частотою, так і за ступенем вираженості. Порівняльний аналіз типів у хворих жінок, в залежності від моделі сімейної взаємодії, дозволив отримати такі дані (табл. 1).

Таблиця 1

**Тип родини жінок, хворих на параноїдну шизофренію,
в залежності від моделі родинної взаємодії**

Тип родини	ОГ1			ОГ2			ОГ3			ОГ4		
	Абс. ч.	%	±m	Абс. ч.	%	±m	Абс. ч.	%	±m	Абс. ч.	%	±m
Емоційно-відчуждений	5	14,3	3,5	5	12,5	3,3	4	11,4	3,2	5	12,5	3,3
Гіперпротективний	4	11,4	3,2	4	10,0	3,0	16	45,7	5,0	5	12,5	3,3
Напружено-дисоціативний	6	17,1	3,8	6	15,0	3,6	3	8,6	2,8	16	40,0	4,9
Симбіотичний	5	14,3	3,5	5	12,5	3,3	4	11,4	3,2	4	10,0	3,0
Псевдосолидарний	5	14,3	3,5	5	12,5	3,3	4	11,4	3,2	5	12,5	3,3
Гармонійний	10	28,6	4,5	15	37,5	4,8	4	11,4	3,2	5	12,5	3,3
Всього	35	100,0		40	100,0		35	100,0		40	100,0	

Примітка. Достовірність розбіжностей показників між сферами дорівнює від $p \leq 0,05$ до $p \leq 0,05$.

- Емоційно відчужений тип родин. Даний тип родини характеризувався холодними та стриманими відносинами між собою. В цілому, родичі не були посвячені у проблеми особистого життя інших членів родини. Між групами розподіл даного типу виглядав так: ОГ1–14,3%, ОГ2–12,5%, ОГ3–11,4%, ОГ4–12,5% ($p < 0,05$). В цій групі нами було виділено два підтипи емоційно відчужених родин:
 - раціональні, взаємовідносини в яких будувалися на дотриманні принципу невтручання в особистий простір один одного, що спричиняло емоційне дистанціювання членів сім'ї при наявності внутрішньої прихильності та турботи про благополуччя один одного (ОГ1–40,0%, ОГ2–50,0%, ОГ3–40,0%, ОГ4–40,0%) ($p < 0,05$);
 - емоційно байдужі, які існували між собою, як «співмешканці», не претендуючи на увагу і турботу з боку іншого, та не помічаючи проблем один одного (ОГ1–60,0%, ОГ2–50,0%, ОГ3–60,0%, ОГ4–60,0%) ($p < 0,05$).
- Гіперпротективний тип родини характеризувався перманентною фіксацією внутрішньородинних ролей одніма членами сім'ї відносно до інших, без можливості їх змін. Між групами розподіл даного типу виглядав так: ОГ1–11,4%, ОГ2–10,0%, ОГ3–45,7%, ОГ4–12,5% ($p < 0,05$). Серед даних родин нами також виділено два підтипи:
 - ригідні, в яких домінували обмеження та жорсткий контроль поведінки хворої з боку родичів, або спроби контролю під маскою надмірної турботи (ОГ1–50,0%, ОГ2–50,0%, ОГ3–60,0%, ОГ4–40,0%) ($p < 0,05$);
 - хаотичні родини, в яких панувала суперечлива поведінка членів родини, непослідовність їх вимог і установок стосовно хворої (ОГ1–50,0%, ОГ2–50,0%, ОГ3–40,0%, ОГ4–60,0%) ($p < 0,05$).
- Напружено-дисоціативним родинам були властиві формальна атмосфера, недоброзичливість, пошуки винного, деспотичне домінування когось з її членів над іншими. Даний тип родини встановлено у ОГ1–17,1%, ОГ2–15,0%, ОГ3–8,6%, ОГ4–40,0% ($p < 0,05$).
- Симбіотичні родини мали психологічний симбіоз між одним з членів родини та хворою, що іноді приймало форму співзалежних відносин, натомість інші близькі в сімейній ієрархії були на другорядних позиціях. Даний тип родини встановлено у ОГ1–14,3%, ОГ2–12,5%, ОГ3–11,4%, ОГ4–10,0% ($p < 0,05$).

5. Псевдосолідарні родини характеризувалися високим ступенем взаємної залежності та ригідністю рольової структури, нездатністю гнучко реагувати на зміни, та прагненням збереження уявної сімейної «стабільності» не за рахунок істинного взаєморозуміння, а за допомогою непродуктивної діяльності із формуванням ірраціональних суджень, формальних проявів уваги і турботи до хворої. Даний тип родини встановлено у ОГ1–14,3%, ОГ2–12,5%, ОГ3–11,4%, ОГ4–12,5% ($p < 0,05$).

6. Гармонічний тип родини виявлено у ОГ1–28,6%, ОГ2–37,5%, ОГ3–11,4%, ОГ4–12,5% ($p < 0,05$).

Отже, аналізуючи тип родини у жінок, які страждають на параноїдну шизофренію, можна зазначити, що в залежності від моделі родинної взаємодії, спостерігається наступна тенденція. Серед жінок, які мали здорового чоловіка та дітей, кількість тих, в кого зустрічався гармонійний тип родини, була більшою (ОГ1–28,6%, ОГ2–37,5%), порівняно з пацієнтками інших груп. У жінок, які проживали із дорослими дітьми або із власними батьками, превалювали більш деструктивні типи родинної взаємодії (гіперпротрективний тип: ОГ3–45,7%, напружено дисоціативний тип: ОГ4–40,0%).

Аналіз типів відношення членів родини до хвороби жінки, які панували в родинних з різними моделями взаємодії, представлено в табл. 2, з якої видно, що у близьких пацієнток ОГ1 і ОГ2 переважав адекватний тип відношення (ОГ1–51,4%, ОГ2–57,5%, ОГ3–20,0%, ОГ4–17,5%, $p < 0,05$), на відміну від членів сімей жінок інших груп. Треба зазначити, що даний тип відношення характеризувався прагненням прийняття факту хвороби та пов'язаних з нею проблем, готовністю виконувати рекомендації лікаря, усвідомленням суті, наслідків хвороби і прагненням разом з лікарем і хворою впливати на результативність терапевтично-реабілітаційного процесу.

Таблиця 2

Тип відношення членів родини до хвороби родички, в залежності від моделі родинної взаємодії

Тип відношення	ОГ1			ОГ2			ОГ3			ОГ4		
	Абс. ч.	%	±m	Абс. ч.	%	±m	Абс. ч.	%	±m	Абс. ч.	%	±m
Адекватний	18	51,4	5,0	23	57,5	4,9	7	20,0	4,0	7	17,5	3,8
Драматизуючий	10	28,6	4,5	9	22,5	4,2	10	28,6	4,5	24	60,0	4,9
Негативне (деструктивне)	7	20,0	4,0	8	20,0	4,0	18	51,4	5,0	9	22,5	4,2
Всього	35	100,0		40	100,0		35	100,0		40	100,0	

Примітка. Достовірність розбіжностей показників між сферами дорівнює від $p \leq 0,05$ до $p \leq 0,001$.

Драматизуючий тип відношення характеризувався гіпероцінкою членами родини тяжкості хвороби, що провокувало сімейну атмосферу нервозності, занепокоєння, розгубленості, формувало у родичів і хворої диференційоване почуття провини. Родичі були песимістично орієнтовані на майбутнє пацієнтки, очікували подальших життєвих труднощів для себе у зв'язку з необхідністю догляду за хворою, тому, парадоксально, були не налаштовані на допомогу жінці, навіть, у дотриманні медикаментозного комплаєнсу стосовно підтримуючої терапії. Даний тип ставлення виявлений у ОГ1–28,6%, ОГ2–22,5%, ОГ3–28,6%, ОГ4–60,05% ($p < 0,05$).

Найбільш негативний, деструктивний тип відношення до захворювання родички на параноїдну шизофренію, спостерігався у ОГ1–20,0%, ОГ2–20,0%, ОГ3–51,4%, ОГ4–22,5% ($p < 0,05$). Даний тип відношення характеризувався нерозумінням та ігноруванням хвороби, ставленням до цього факту як до непоправної події, яка незворотно руйнує життєвий розвиток родини, що, у сполученні з невірою в позитивний результат лікування, ставало підґрунтям для самоусунення родичів від активної участі в долі жінки.

В цілому, як й при ідентифікації типу родини, тип відношення родичів до хвороби жінки має таку ж саму тенденцію зміни в залежності від моделі родинного функціонування: жінки із власною родиною зі здоровими чоловіками та/або без дітей мали до себе більш сприятливе відношення, у порівнянні із жінками які проживали із дорослими дітьми, або батьками. На нашу думку, відсутність можливості виконання жінкою своєї соціальної родинної ролі (підтримка сприятливої сімейної атмосфери, налагодження побутового існування, виховання дітей, ведення домашнього господарства та ін.) значно відчувається на життєдіяльності

родини, порушуючи взаємовідносини. Проживання хворої жінки у родині із чоловіком та дітьми, при адекватному відношенні до неї, дає їй ряд переваг, а саме: забезпечує реалізацію елементів соціальної ролі, реалізацію комунікативних здібностей, фінансову підтримку, захист від ізоляції, стресових життєвих ситуацій. Треба зазначити, що поява в родині хворого на таке важке і високо стигматизоване захворювання, як параноїдна шизофренія, призводить до вираженого порушення існуючого гомеостазу сімейної системи (ролей, очікувань, бажань, надій). В результаті перебігу хвороби у жінки знижується функція збереження родини, а також здатність до повноцінного функціонування в ній. Почасту негативна реакція сім'ї (агресивна позиція) провокує загострення хвороби, за рахунок несприятливої психологічної атмосфери та порушень у режимі прийому терапії, що, за порочним колом, призводить до поглиблення дефектів родинної взаємодії та дезадаптації жінки і членів її родини.

В родині зростає навантаження та напруга на інших членів. Так, об'єктивним навантаженням на членів родини стають фінансові витрати, порушення ритму і розпорядку життя; суб'єктивним навантаженням – розгубленість родичів через непередбачуваність поведінки хворої, занепокоєння за майбутнє жінки та родини, емоційні реакції (страх, провина, депресія, гнів). Родичі при спільному проживанні з хворою, починають відчувати себе тяжко обтяженими, нещасними, страждають на реакції психологічної дезадаптації і психосоматичні захворювання. В середині родини відбувається перебудова взаємовідносин за рахунок необхідності вирішення проблем жінки, утворюються внутрішньородинні групи щодо опіки за жінкою, при цьому «більш залучені» родичі стають «вимушено залежні» від медико-соціального стану жінки, нехтують власними інтересами та особистим життям.

Психічний розлад жінки демонструє різну динаміку взаємовідносин у родині та можливості її родинного ресурсу. Так, в одних родинах посилюється «деструктивність», в інших – «мобілізація». Проте, в обох варіантах відбувається не лише перерозподіл соціальних ролей жінки на інших членів родини, а й емоціональна перебудова родини (розуміння жінки, встановлення адекватного рівня вимог і т.ін.).

Результати оцінки ресурсу сімейної підтримки жінок з параноїдною шизофренією при різних моделях родинної взаємодії, здійсненою з використанням однойменної шкали, розробленої під керівництвом проф. В. А. Абрамова, представлено в табл. 3, з якої випливає, що достатній ресурс сімейної підтримки виявлено у переважній кількості сімей ОГ1 і ОГ2: ОГ1–42,9%, ОГ2–70,0%, ОГ3–14,3%, ОГ4–15,0% ($p < 0,05$). Обмежений ресурс сімейної підтримки виявився притаманним: ОГ1–28,6%, ОГ2–15,0%, ОГ3–20,0%, ОГ4–67,5% ($p < 0,05$), низький ресурс сімейної підтримки: ОГ1–28,6%, ОГ2–15,0%, ОГ3–65,7%, ОГ4–17,5% ($p < 0,05$). Отже, жінки, хворі на параноїдну шизофренію, які проживають із власними здоровими чоловіками та/або без дітей, мають більший ресурс сімейної підтримки, у порівнянні із жінками, які проживають в сім'ях дорослих дітей, або батьківських.

Таблиця 3

Оцінка ресурсу сімейної підтримки жінок з параноїдною шизофренією при різних моделях родинної взаємодії

Ресурс	ОГ1			ОГ2			ОГ3			ОГ4		
	Абс. ч.	%	±m	Абс. ч.	%	±m	Абс. ч.	%	±m	Абс. ч.	%	±m
Достатній (1–13 балів)	15	42,9	4,9	28	70,0	4,6	5	14,3	3,5	6	15,0	3,6
Обмежений (14–27 балів)	10	28,6	4,5	6	15,0	3,6	7	20,0	4,0	27	67,5	4,7
Низький (28–40 балів)	10	28,6	4,5	6	15,0	3,6	23	65,7	4,7	7	17,5	3,8
Всього	35	100,0		40	100,0		35	100,0		40	100,0	

Окремим аспектом дослідження особливостей сімейного функціонування при різних моделях родинної взаємодії у жінок з параноїдною шизофренією, було питання впливу медикаментозної терапії на жінку та на функціонування родини. Формування лікувальної взаємодії у родині є тривалим і складним. В цілому, це проблема різниці уявлень родини та лікаря щодо тяжкості хвороби, її перебігу, можливостей терапії та прогнозу. Почасту відсутність інформації у членів родини призводить до спотвореного уявлення про захворю-

вання та переоцінки (або знецінки) можливостей терапії. Між тим, ставлення родичів до терапії має вагомий вплив на успішність лікувально-реабілітаційного процесу: родина здатна не лише контролювати емоції хворої, а й впливати на її особистісні потяги, заохочуючи одні і перешкоджаючи реалізації інших. У свою чергу, почасти пацієнтки віддають перевагу тим особливостям сімейного досвіду, які узгоджуються з їх особистісними потягами, без врахування очікування оточуючих.

Ставлення членів родини до медикаментозного лікування формує й позицію хворої жінки до терапії. Кваліфікація типу ставлення членів родини до медикаментозного лікування жінки дозволяє провести сфокусовану корекцію неконструктивних типів відносин, що сприяє збереженню і підтримці комплаєнтності. Результати дослідження відношення членів родини до впливу медикаментозної терапії на хвору (за методикою Н. Б. Лутової, О. В. Макаревич, 2011), представлено у табл. 4.

Таблиця 4

Структура типу ставлення родини до терапії психотропними препаратами жінок з параноїдною шизофренією, в залежності від моделі родинної взаємодії

Тип ставлення	ОГ1			ОГ2			ОГ3			ОГ4		
	Абс. ч.	%	±m	Абс. ч.	%	±m	Абс. ч.	%	±m	Абс. ч.	%	±m
Оцінка хворої												
ворожий	5	14,3	3,5	7	17,5	3,8	8	22,9	4,2	8	20,0	4,0
відсторонений	6	17,1	3,8	6	15,0	3,6	6	17,1	3,8	6	15,0	3,6
маніпулювальний	7	20,0	4,0	8	20,0	4,0	6	17,1	3,8	19	47,5	5,0
підтримуючий	17	48,6	5,0	19	47,5	5,0	15	42,9	4,9	7	17,5	3,8
інший	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Всього	35	100,0		40	100,0		35	100,0		40	100,0	
Оцінка родича												
ворожий	2	5,7	2,3	3	7,5	2,6	4	11,4	3,2	7	17,5	3,8
відсторонений	3	8,6	2,8	3	7,5	2,6	3	8,6	2,8	6	15,0	3,6
маніпулювальний	3	8,6	2,8	4	10,0	3,0	2	5,7	2,3	8	20,0	4,0
підтримуючий	27	77,1	4,2	30	75,0	4,3	26	74,3	4,4	19	47,5	5,0
інший	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Всього	35	100,0		40	100,0		35	100,0		40	100,0	

З даних представлених у табл. 4 видно, що серед типів ставлення родини до терапії психотропними препаратами, за оцінюванням жінок, в усіх групах, крім ОГ4, переважає підтримуючий її тип: ОГ1–48,6%, ОГ2–47,5%, ОГ3–42,9%. За оцінкою родичів, тип ставлення родини до терапії психотропними препаратами в усіх групах був класифікований переважно як підтримуючий: ОГ1–77,1%, ОГ2–75,0%, ОГ3–74,3%, ОГ4–47,5% (p<0,05).

Отже, за результатами дослідження нами узагальнена характеристика варіантів відносин членів родичів до медикаментозного лікування.

1. Підтримуючий тип, найбільш розповсюджений практично в усіх групах хворих, характеризується позитивною оцінкою рідними дії ліків відносно зменшення проявів психопатологічної симптоматики, розуміння необхідності прийому медикаментів і надання підтримки в їх придбанні. При цьому здійснюється делікатний контроль за прийомом хворою лікарських засобів, демонструється зацікавленість у підтримці контакту з лікарем, готовність до співпраці з ним для сприяння вирішення особистісної проблематики хворої. Основою такої поведінки є усвідомлене розуміння власної ролі та прийняття відповідальності за благополуччя хворої. Таке ставлення до психофармакотерапії з боку родичів є оптимальним, та таким, що інтегрується в загальну стратегію лікарської терапії.
2. Відсторонений тип (за думкою хворих: ОГ1–17,1%, ОГ2–15,0%, ОГ3–17,1%, ОГ4–15,0%; за думкою родичів: ОГ1–8,6%, ОГ2–7,5%, ОГ3–8,6%, ОГ4–15,0%) – ігнорування родичами проблем, пов'язаних з медикаментозним лікуванням. При цьому родичі оцінюють дії ліків нейтрально, а відповідальність за успішність лікування (контакти з лікарем, придбання ліків,

регулярність їх прийому) покладають на саму хвору, або лікаря. Основою такої поведінки є несвідомі почуттями провини і малоцінності, захистом від яких стає заперечення з копінг-стратегією втечі від ситуації. В такому випадку психокорекція повинна бути спрямована на підвищення інформованості щодо можливостей психофармакотерапії про можливості функціонування пацієнтки, а також фокусування на усвідомлення родичами власної відповідальності в загальній структурі успішності лікувально-реабілітаційних заходів.

3. Маніпулятивний тип (за думкою хворих: ОГ1–20,0%, ОГ2–20,0%, ОГ3–17,1%, ОГ4–47,5%; за думкою родичів: ОГ1–8,6%, ОГ2–10,0%, ОГ3–5,7%, ОГ4–20,0%) – проявляється в усуненні відповідальності членів родини за прийом хворою ліків, та покладання відповідальності за результат лікування виключно або на ліки, або лікаря. При цьому уявлення родичів щодо можливостей терапії неадекватно значно розширені, вони намагаються за їх допомогою усунути будь-які протиріччя щодо поведінкових або психологічних проблем хворобливих симптомів хворої. Основою такої поведінки є почуття провини та неготовність усвідомлення власної причетності й необхідності дії – тобто відповідальності, з захисним механізмом делегування відповідальності на лікаря. В такому випадку психокорекція повинна бути спрямована на підвищення інформованості щодо можливостей психофармакотерапії, а також прояснення власних неусвідомлених маніпулятивних тенденцій та їх наслідків.
4. Ворожий тип (за думкою хворих: ОГ1–14,3%, ОГ2–17,5%, ОГ3–22,9%, ОГ4–20,0%; за думкою родичів: ОГ1–5,7%, ОГ2–7,5%, ОГ3–11,4%, ОГ4–17,5%) – трактування усіх небажаних явищ (поведінка жінки, яка не влаштовує рідних, психопатологічні прояви і психологічні проблеми) як наслідку медикаментозної терапії, знецінення її та перешкоджання її проведенню. На думку авторів методики, основою даного типу ставлення є неусвідомлюване почуття провини родичів й їх прихований страх захворіти на психічний розлад. Виходячи з цього, психокорекція повинна бути спрямована на підвищення інформованості щодо можливостей психофармакотерапії, негативних наслідків відсутності терапії, а також на опрацювання почуття провини родичів.

Таким чином, нами встановлені деякі закономірності сімейного функціонування жінок, хворих на параноїдну шизофренію, пов'язаних з різними моделями родинної взаємодії: хворі, що проживають із власною родиною зі здоровими чоловіками та/або без дітей, у більшому відсотку випадків мають гармонійний тип родинних стосунків, більш сприятливе відношення до себе та до прийому ними медикаментозної терапії з боку родичів, та, в цілому, більший ресурс сімейної підтримки, у порівнянні із жінками, які проживають або із дорослими дітьми, або батьками.

Отримані дані лягли в основу розробки системи психотерапевтичних заходів, спрямованої на відновлення функціонування хворої у родині в комплексному лікувально-реабілітаційному процесі, з урахуванням моделі сімейної взаємодії.

Література.

1. Марута Н. А. Восстановление социального функционирования – основная цель терапии депрессии / Н. А. Марута // *Нейроnews*.– 2013.– № 8 (53).– С. 16–20.
2. 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.
3. Марута Н. А. Комплекс психосоциальных тренингов для пациентов с первым психотическим эпизодом: метод. пособие / Н. А. Марута, И. А. Явдак, Г. Ю. Каленская.– Х., 2010.– 95 с.
4. Бирюкова М. В. Роль семейных отношений в социальной адаптации больных шизофренией: автореф. дисс. ... канд. психол. н.: 19.00.04 / Бирюкова Марина Владимировна; Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена – Санкт-Петербург, 2012–28 с.
5. Плевачук О. Ю. Взаємозв'язок перебігу шизофренії з психологічними особливостями мікросередовища пацієнта: автореф. дис... канд. мед. н.: 14.01.16 / **Плевачук Оксана Юрїївна; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» – Харків, 2011.– 18 с.**
6. 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, вып. 3 (64).– С. 133–134.
7. Ряполова Т. А. Семейная терапия в системе ранней реабилитации больных шизофренией и оценка ее эффективности / Т. А. Ряполова // *Архив психіатрії*.– 2008.– № 4.– С. 15–21.
8. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией: Монография / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. А. Ряполова.– Донецк: Каштан, 2009.– 584 с.
9. Лутова Н. Б. Типология отношения семьи к терапии психотропными препаратами / Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич.– СПб, 2011.– 19 с.

ОТЛИЧИЯ СЕМЕЙНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЯХ СЕМЕЙНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

К. А. Косенко

На основе анализа семейного функционирования 150 женщин, больных параноидной шизофренией, установлены некоторые особенности в зависимости от модели семейной взаимодействия обследованных. Больные, проживающие с собственной семьей со здоровыми мужьями и / или без детей, в большем проценте случаев имеют гармоничный тип семейных отношений, более благоприятное отношение к себе и к приему ими медикаментозной терапии со стороны родственников, и, в целом, больший ресурс семейной поддержки, по сравнению с женщинами, которые проживают или со взрослыми детьми, или родителями. Полученные данные легли в основу разработки системы психотерапевтических мероприятий, направленных на восстановление функционирования больной в семье, в комплексном лечебно-реабилитационном процессе, с учетом модели семейного взаимодействия.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, женщины, модель семейного взаимодействия, семейное функционирование.

DIFFERENCES OF FAMILY FUNCTIONING OF WOMEN AFFLICTED WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA AT DIFFERENT MODELS OF FAMILY'S INTERACTION

K. A. Kosenko

Based on the analysis of family functioning of 150 women suffering from paranoid schizophrenia, set some features according to the model of family interaction were examined. Patients who live with their own family with healthy men and / or without children, a greater percentage of cases with type harmonious relationship, a more favorable attitude towards yourself and them to receive medical therapy with their families and, in general, greater resource of family support compared with women living with adults or children, or parents. These data formed the basis for the development of psychotherapeutic interventions aimed at restoring the functioning of the patient in the family in a comprehensive treatment and rehabilitation process, based on the model of family interaction.

Keywords: paranoid schizophrenia, women, model of family interaction, family functioning.

УДК: 616.895.8-08:316.6

ВИВЧЕННЯ РІВНЯ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ВЛАСНИМ ФУНКЦІОНУВАННЯМ В СОЦІУМІ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

Г. В. Морванюк

Одеський національний медичний університет

Резюме. В статті наведено результати дослідження описано особливості психо-соціальної адаптації хворих на параноїдну шизофренію. Дослідження було проведено за участі 60 хворих на параноїдну форму шизофренії, з яких 30 хворих були чоловіки і 30 – жінки. Визначено, що дезадаптація хворих на шизофренію має психологічну та соціальну складову. Психологічна складова, зокрема, виявляється в порушенні самосприйняття, змінення гендерної ролі та статевої поведінки, порушенні мислення, уваги. Соціальна складова – зменшення або відсутність соціальних зв'язків, незадоволеність власним соціальним функціонуванням.

Ключові слова: дезадаптація, параноїдна шизофренія.

Розробка програм соціальної адаптації та соціально-психологічного супроводу психічно хворих є важливим завданням сучасної науки. В багатьох країнах світу сформувалася роз-