

*Т. Г. Ветрила, М. В. Маркова*

**Щодо взаємозв'язку між станом сімейних відносин та психічного здоров'я батьків, які виховують дитину із порушенням психічного розвитку, та їх дітей**

*Харківська медична академія післядипломної освіти  
(м. Харків)*

На основі дослідження 200 сімей, які виховують дитину із затримкою психічного розвитку, встановлено, що порушення психічного здоров'я у вигляді розладів депресивного, тривожно-депресивного або тривожно-фобічного спектра, мають місце у 100 % жінок та 26,8 % чоловіків із порушенням внутрішньо-сімейних стосунків, на відміну від гармонійних сімей, серед яких порушень психічного здоров'я не виявлено. Також встановлена наявність взаємозв'язку між психоемоційним станом дитини з порушенням психічного розвитку і функціональністю сімей, в яких вони виховуються. Так, негативний психоемоційний стан з переважанням тривоги, депресії, пригніченості, відчуттям незахищеності знедоленості і покинутості, виявлено у дітей, зростаючих в дисфункціональних сім'ях, тоді як діти з сімей із сприятливою психологічною атмосферою відрізнялися оптимістичним емоційним фоном і переважанням відчуття захищеності. Зроблено висновок про необхідність подальшого вивчення феномену функціонування сім'ї, що виховує дитину з порушенням психічного розвитку, на основі чого стане можливою розроблення та впровадження комплексної системи медико-психологічної реабілітації таких сімей.

*T. G. Vetryla, M. V. Markova*

**In relation to intercommunication between the state of families relations and mental health of parents which educate child with violation of psychical development, and their children**

*Kharkiv medical academy of postgraduate education  
(Kharkiv)*

In work the resulted to the analysis of the state of mental health of members families, which educate a child with violation of psychical development were given. It is set that violation of mental health in depressed or to the anxious-depressive spectrum, take place in 100 % women and 26,8 % men with violation of families relations, unlike harmonious families, what violations of mental health it was not discovered. The also set presence of intercommunication is between the psychoemotional state of child with violation of psychical development and functionality of families which they are educated in. Negative psychoemotional state with predominance of alarm, depression, depression, feeling of unscreenedness of deprived of one's share, it is discovered for children, growing's in dysfunctional families, while to put from families with a favourable psychological atmosphere differed an optimistic emotional background and predominance of feeling of protected. A conclusion about the necessity of development and introduction of the complex system of medical-psychology rehabilitation of such families is done.

УДК 616.895-615.851-616.89-02-084

*В. О. Діхтяр*

*КУ «Бердянський психоневрологічний диспансер» (м. Бердянськ)*

**РІВЕНЬ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЯК ОСНОВА ПСИХОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ**

За даними ВООЗ, на шизофренію страждають близько 1 % населення планети. Поширеність шизофренії серед населення складає 8,2 на 1000 осіб: серед жінок — 8,44, чоловіків — 7,94. За даними літератури, щорічна захворюваність на параноїдну шизофренію складає 17 на 10 тис. населення (WHO, 2006). В Україні показник захворюваності на шизофренію складає близько 22,2 на 10 тис. населення [1].

Враховуючи наведене, одним з провідних напрямків сучасної психіатрії є вивчення стану соціального функціонування (СФ) пацієнтів з шизофренією та розроблення шляхів його покращання. В Україні різні аспекти СФ хворих на параноїдну шизофренію вивчалися В. М. Кузнєцовим (1993) [2], С. В. Пхіденко (1997) [3], О. О. Фільцем (1999) [4], І. Й. Влох (2001) [5]. На теперішній час проблеми СФ та адаптації психічнохворих активно розробляються Л. М. Юр'євою (2002, 2005) [6, 7], Н. О. Марутою (2006) [8], В. А. Абрамовим (2006, 2007) [9, 10], В. Я. Пішелем (2007) [11, 12], Г. А. Прібом (2002, 2007) [13—15] та ін.

За даними науковців, СФ хворих на параноїдну шизофренію є низьким, зі швидким руйнуванням соціальних зв'язків, контактів з близькими, втратою навиків самообслуговування [14—16].

Одним з напрямів вивчення феномену СФ у дослідженнях сучасної західної психіатрії є розроблення поняття якості життя (ЯЖ), яке є перспективним під час оцінки ефективності лікувально-реабілітаційних заходів. У загальному розумінні цього терміну, ЯЖ — це можливість індивідуума функціонувати в суспільстві відповідно своєму становищу та отримувати задоволення від життя.

Медичні аспекти ЯЖ розглядаються як сприйняття хворим життєвих змін, пов'язаних із хворобою, рівнем добробуту, загальним задоволенням від життя [17].

Між тим, незважаючи на багатогранність вивчення проблеми параноїдної шизофренії, аспекти зміни рівня СФ хворих у суспільстві під впливом лікувальних, зокрема, психотерапевтичних, заходів, залишаються недослідженими. Так, незважаючи на відкриття нейролептиків у 50-ті роки ХХ століття, що значно полегшило процес лікування шизофренії, проблема психотерапевтичної оптимізації рівня СФ та ЯЖ пацієнтів й по теперішній час стоїть вкрай гостро. На сьогоднішній день не викликає сумніву, що найбільш ефективним підходом в цьому напрямку є комплексна психофармакологічна та психотерапевтична допомога. Психотерапевтичні заходи зарекомендували себе як необхідна складова лікувально-реабілітаційного процесу та продовжують інтенсивно розвиватися й удосконалюватися [18—20].

На значення психотерапії в лікуванні психозів вказували ще такі відомі психіатри як С. С. Корсаков (1911), Ю. В. Каннабіх (1934), пізніше — радянські та російські — М. М. Кабанов (1985) [цит. за 21], А. Б. Холмогорова [22—24], Д. В. Вид [25], С. Н. Енікополов [26] та вітчизняні вчені — О. С. Чабан [21] та Б. В. Михайлов [27].

В. А. Абрамов та його послідовники підкреслюють, що психотерапія має бути істотним елементом процесу лікування хворих на шизофренію, який визначає рівень їх СФ, соціальної адаптації та ЯЖ [9, 28, 29].

Б. В. Михайлов та В. В. Чугунов (2009) наголошують на необхідності введення в стандарт терапії шизофренії системного принципу терапевтичної компетентності,

який полягає в купіруванні психозу психофармакологічними засобами та здійсненні психосоціальної реабілітації хворих психотерапевтичними методами [30].

Серед загального арсеналу психотерапевтичних методів дослідниками робились різні спроби використання усього їх розмаїття в лікуванні пацієнтів з шизофренією: від психоаналітично орієнтованих до поведінкових, індивідуальних і групових та т. і. Проте, на жаль, до теперішнього часу широкого впровадження психотерапевтичних методів в комплексне лікування хворих на шизофренію та значної оптимізації ефективності їх лікування не спостерігається.

У сучасних закордонних дослідженнях із застосуванням метааналізу доведено загальну ефективність системної сімейної психотерапії при лікуванні хворих на шизофренію. Крім того, доведено, що в роботі з цим контингентом надійним та ефективним виявився тренінг соціальних навичок, заснований на когнітивно-біхевіоральному підході. Таким чином, за свідченням науковців, когнітивно-біхевіоральна психоосвітня сімейна психотерапія у комплексі з антипсихотичною медикаментозною терапією показала гарну ефективність у комплексному лікуванні хворих на шизофренію [20 — 30].

Проте, не зважаючи на вищенаведене, на сьогоднішній день у науковій літературі та реальній психіатричній практиці відсутні системні дослідження, спрямовані на розв'язання проблеми застосування психотерапії у хворих на параноїдну шизофренію з метою покращання їх СФ. Визначене обумовило необхідність та актуальність проведення даної роботи, мета якої — визначити особливості СФ та ЯЖ хворих на параноїдну шизофренію як «мішені» для розроблення психотерапевтичних заходів в їх комплексному лікуванні.

Для здійснення зазначеної мети за умови інформованої згоди на базі психоневрологічного відділення № 1 КУ «Бердянський психоневрологічний диспансер» за допомогою клініко-психопатологічного та психодіагностичного методів обстежено 156 чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію (F 20.0).

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).

СФ досліджували за допомогою Шкали інвалідності WHO/DAS (Disability assessment Scale), яка оцінює ступінь загальної поведінкової дисфункції (самообслуговування, інтереси та зайнятість, діяльність в сім'ї та вдома, спілкування та ізоляція), виконання індивідуальних соціальних ролей (участь у сімейних справах, сімейна роль, шлюбна роль, статевая роль, роль батька, соціальні контакти, професійна роль, зацікавленість та інформованість, поведінка у нестандартних складних ситуаціях), внутрішньолікарняне функціонування (поведінка в палаті, думка медсестер та родичів, заняття пацієнта, контакт з зовнішнім оточенням) та рівень дисфункції модифікуючих чинників [31].

ЯЖ оцінювалася за допомогою опитувальника якості життя, розробленого Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu & Yoon (1999), який містить 10 шкал: фізичне благополуччя (енергійність, відсутність болю та фізичних проблем),

психологічне/емоційне благополуччя (гарне самопочуття, згода з самим собою), самообслуговування та незалежність у діях (виконання повсякденних життєвих завдань, прийняття власних рішень), працездатність (можливість виконувати робочі, учбові та домашні обов'язки), міжособистісна взаємодія (можливість встановлювати та підтримувати гарні стосунки в сім'ї, з друзями та колегами), соціоемоційна підтримка (наявність людей, яким досліджуваний довіряє і які можуть надати йому допомогу та емоційну підтримку), суспільна службова підтримка (приятні та безпечні сусіди, доступ до фінансових, інформаційних та ін. ресурсів), самореалізація (відчуття власної рівноваги, гармонійності та гідності, отримання задоволення від сексу, мистецтва та ін.), духовна реалізація (віра, релігійність), загальна оцінка якості життя (ступінь задоволеності життям в цілому) [цит. за 8].

Для відбору хворих у дослідження з метою визначення спроможності сприйняття в подальшому психотерапевтичних заходів проводили дослідження мислення — за допомогою методики узагальнення і виключення понять у словесному варіанті; дослідження уваги; дослідження пам'яті — за методикою запам'ятовування 10 слів А. Р. Лурії [32].

Таким чином, першим кроком у дослідженні СФ та ЯЖ хворих на параноїдну шизофренію стало дослідження різних параметрів інвалідності. Відомо, що інвалідність належить до важливих інтегративних показників і характеризує загальний стан здоров'я людини. Тому нами були проаналізовані такі показники інвалідності: вік призначення (рис. 1), структура (рис. 2), термін перебування та динаміку інвалідності (табл. 1).

Розподіл досліджених пацієнтів за віком призначення групи інвалідності зображено на рис. 1.

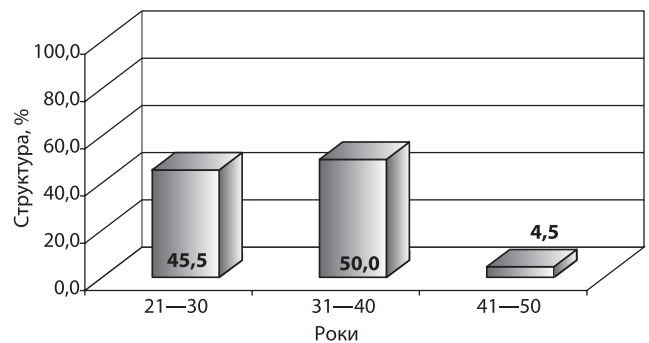


Рис. 1. Розподіл обстежених пацієнтів за віком призначення групи інвалідності

Дані рис. 1 відображають, що призначення групи інвалідності у 78 (50,0 ± 5,0 %) пацієнтів відбулося у віці 31—40 рр. та у 71 (45,5 ± 5,0 %) — у віці 21—30 рр. Відомо, що вік 21—30 рр. є віком, у якому людина набуває навички незалежного життя та отримує освіту. В свою чергу, вік 31—40 рр. є таким, у якому людина власно накопляє та використовує життєвий досвід, набуває професійний статус та родинну стабільність. Виходячи із мети дослідження, здійснення аналізу віку призначення інвалідності стало важливим при плануванні подальших психотерапевтичних заходів.

На нашу думку, в даному випадку паралельно із параметром віку виходу на інвалідність, необхідно оцінювати збережені та втрачені професійні та соціально-побутові навички пацієнта. Нами встановлено, що вік призначення

інвалідності мав чіткій кореляційній зв'язок із параметрами, які характеризують взаємовідносини у сім'ї. Так, доведено, що чим більший період часу пацієнт мав групу інвалідності, тим в цілому більш деструктивною ставала його родина ( $p < 0,05$ ) (під деструкцією розуміється не тільки порушення функціонування родини як цільної системи із приватною функцією окремого члена родини, але й дисфункція здатності вирішувати емоційні проблеми спілкування).

Другим параметром дослідження інвалідності стало вивчення її структури. Вибір для аналізу даного показнику обумовлено тим, що він відображає рівень адаптації та пристосування пацієнта у суспільстві, тому що кожна група інвалідності має власні медико-соціальні параметри, що її характеризують. Розподіл досліджуваних пацієнтів за структурою інвалідності відображено на рис. 2.

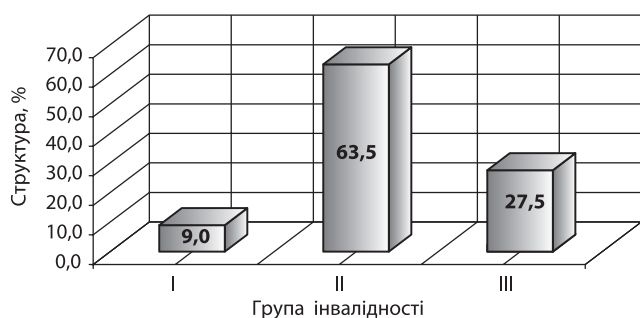


Рис. 2. Структура інвалідності в обстежених пацієнтів

Усі досліджені пацієнти мали групу інвалідності. У структурі інвалідності переважали хворі із II групою (99 осіб) —  $63,5 \pm 2,8$  %. Інваліди III групи (43 хворих) склали  $27,6 \pm 4,5$  %, інваліди I групи (14 хворих) відповідно  $9,0 \pm 2,8$  % від усіх обстежених пацієнтів.

На наш погляд, аналіз показника структури інвалідності при розробленні психотерапевтичних заходів в комплексному лікуванні повинен проводитися обов'язково. Це обумовлено, по-перше, необхідністю формування психотерапевтичних груп із пацієнтів зі схожими емоційними та родинними проблемами (за можливостю). По-друге, врахуванням психотерапевтичного потенціалу пацієнта (наприклад, у пацієнтів із III групою він збережений та достатньо високий, а з I — низький).

Під час вивчення терміну перебування та динаміки інвалідності (вибір цих показників обумовлений тим, що саме вони дозволяють оцінити дієвість лікувально-реабілітаційних заходів та обґрунтувати напрями попередження ускладнень соціальної адаптації) встановлено (табл. 1), що у  $62,8$  % пацієнтів спостерігався термін перебування на інвалідності до десяти років (таких хворих умовно відносили до психотерапевтичної групи із високим адаптаційним потенціалом). До групи із середнім адаптаційним потенціалом були віднесені пацієнти, термін перебування на інвалідності яких склав від 11 до 20 років —  $33,3$  % обстежених. До останньої групи із низьким адаптаційним потенціалом були включені пацієнти з терміном інвалідності 21 та більше років —  $3,8$  % досліджених.

Таблиця 1

Розподіл обстежених пацієнтів за терміном перебування та динамікою інвалідності

Термін, роки	Абс. кільк.	( $M \pm m$ ) %	Динаміка	Абс. кільк.	( $M \pm m$ ) %
≤ 10	98	$62,8 \pm 4,8$	Відсутня	97	$62,2 \pm 4,8$
11—20	52	$33,3 \pm 4,7$	Підвищення	45	$28,8 \pm 4,5$
21 ≥	6	$3,8 \pm 1,9$	Зниження	14	$9,0 \pm 2,8$
Всього	156	100,0	Всього	156	100,0

Під час розподілу пацієнтів на психотерапевтичні групи також враховувався й показник динаміки інвалідності, а саме: зниження групи інвалідності ( $9,0$  % пацієнтів) — група з високим адаптаційним потенціалом, відсутність динаміки —  $62,2$  % — середній адаптаційний потенціал, підвищення групи інвалідності —  $28,8$  % — низький адаптаційний потенціал.

У цілому такий підхід надав можливість постійно формувати відкриті психотерапевтичні групи, в яких пацієнти мали однаковий рівень сімейних проблем та потенціал для їх подолання.

Другим етапом дослідження параметрів СФ стало вивчення скоєння пацієнтами правопорушень, їх характер та міра покарання за їх скоєння. На нашу думку, даний обсяг інформації повинен окремо диференційовано враховуватися у комплексному лікуванні, оскільки це впливає не лише на розроблення окремих етапів подальшої індивідуальної програми комплексного лікування, а й на ефективність її виконання в цілому. Розподіл обстежених пацієнтів за характером скоєного правопорушення,

наявності судимості або за призначенням примусового лікування відображено у табл. 2.

З даних таблиці 2 видно, що серед досліджених пацієнтів  $53,8$  % (84 особи) скоювали правопорушення різної тяжкості, а хворі без кримінального минулого у анамнезі життя (72 особи) склали  $46,2$  %. Встановлено, що за характером скоєні правопорушення були здебільш проти громадського порядку або проти державного чи особистого майна. Крім того, за аналізом кримінальної поведінки більшість правопорушень були скоєні у стані гострого психомоторного збудження — (78)  $93$  % пацієнтів.

Основним етапом дослідження параметрів СФ стало поглиблене його вивчення, що проводилося за допомогою методики «Психіатрична шкала обмеження життєдіяльності», яка рекомендована Всесвітньою організацією охорони здоров'я [31] для вивчення станів дисфункції, що призводять до зниження здатності у тій або іншій сфері функціонування у хворих, які страждають на психічний розлад. Дана методика була адаптована відповідно до мети та завдань дослідження.

Таблиця 2

Розподіл обстежених пацієнтів за характером скоєного правопорушення, наявністю судимості або призначення примусового лікування

Показник	Абс. кільк.	(M ± m) %
Характер правопорушення		
Не скоював	72	46,2 ± 4,9
Проти громадського порядку	33	21,2 ± 4,0
Проти державного та особистого майна	34	21,8 ± 4,1
Проти життя та здоров'я громадян	17	10,9 ± 3,1
Всього	156	100,0
Судимість або примусове лікування		
Немає	123	78,8 ± 4,0
Одна	30	19,2 ± 3,9
Дві	3	1,9 ± 1,3
Всього	156	100,0

Примітка: \* Достовірна різниця між показниками характеру правопорушення, наявності судимості або призначення примусового лікування дорівнює  $p < 0,001$ .

Враховуючи необхідність побудови адекватних потребам та можливостям сприйняття пацієнтами психотерапевтичних заходів, нами виключалися випадки крайнього ступеня дисфункції. Такий підхід надав можливість згрупувати однорідну вибірку пацієнтів з подібними проблемами без «крайніх», потребуючих спеціальних заходів, станів, а саме: а) тих, хто не потребують допомоги (стан дуже легкої дисфункції); б) таких, вирішення проблем яких потребувало розроблення та створення певних умов для хворих (стан дуже вираженої дисфункції).

Загальна поведінкова дисфункція у суспільстві досліджувалась за допомогою першого розділу методики (табл. 3). Встановлено, що у хворих на параноїдну шизофренію в цілому переважали «очевидна» — 26,0 %, «серйозна» — 28,2 %, та «дуже серйозна» — 30,1 % дисфункції за усіма оціненими показниками з рівнем достовірності між ними  $p < 0,05$ . Такий динамічно зростаючий розподіл індексу дисфункції вказував на системні порушення функціонування хворих у суспільстві з проблемами у самообслуговуванні, трудовій діяльності, діяльності у родині та вдома, діяльності у загальносоціальному розумінні.

Таблиця 3

Розподіл поведінкової дисфункції у суспільстві у обстежених

Показники	Дисфункція									
	немає		мінімальна		очевидна		серйозна		дуже серйозна	
	Абс. кільк.	(M ± m) %	Абс. кільк.	(M ± m) %	Абс. кільк.	(M ± m) %	Абс. кільк.	(M ± m) %	Абс. кільк.	(M ± m) %
Самообслуговування	5	3,2 ± 1,8	21	13,5 ± 3,4	37	23,7 ± 4,3	44	28,2 ± 4,5	49	31,4 ± 4,6
Трудова діяльність	3	1,9 ± 1,4	19	12,2 ± 3,3	39	25,0 ± 4,3	47	30,1 ± 4,6	48	30,8 ± 4,6
Діяльність у родині та вдома	4	2,6 ± 1,6	21	13,5 ± 3,4	45	28,8 ± 4,5	41	26,3 ± 4,4	45	28,8 ± 4,5
Діяльність у загальносоціальному розумінні	3	1,9 ± 1,4	22	14,1 ± 3,5	41	26,3 ± 4,4	44	28,2 ± 4,5	46	29,5 ± 4,6
% від загальної сукупності	2,4		13,3		26,0		28,2		30,1	

Висунуте припущення підтверджується результатами дослідження рівня дисфункції (рис. 3).



Рис. 3. Рівень поведінкової дисфункції у досліджених

З наведених на рис. 3 даних видно, що середній індекс (бал) рівня дисфункції у пацієнтів за шкалою самообслуговування дорівнював 3 бали, інтересів та зайнятості — 3,5 бала, діяльності у родині та вдома — 4 бали, діяльності у загально соціальному розумінні — 3 бали. Тобто, в цілому рівень дисфункції був у межах «серйозного» або «дуже серйозного».

Порівняльний аналіз міжгрупового співвідношення окремих сфер діяльності поведінкової дисфункції в залежності від середнього балу сукупності обстежених пацієнтів встановив таке.

Дисфункцію самообслуговування на рівні «очевидної» (3 бали) мали 22,2 % пацієнтів, інтересів та зайнятості (3,5 бала) — 25,9 %, діяльності у родині та вдома (4 бали) — 29,6 %, діяльності у загальносоціальному розумінні (3 бали) — 22,2 % пацієнтів.

Результати вивчення рівня дисфункції при виконанні соціальних ролей у суспільстві, який було досліджено за допомогою другого розділу методики «Психіатрична шкала обмеження життєдіяльності», відображено у табл. 4.

Таблиця 4

Розподіл обстежених за дисфункцією виконання соціальних ролей у суспільстві

Показники*	Дисфункція									
	немає		мінімальна		очевидна		серйозна		дуже серйозна	
	Абс. кільк.	(M ± m) %	Абс. кільк.	(M ± m) %	Абс. кільк.	(M ± m) %	Абс. кільк.	(M ± m) %	Абс. кільк.	(M ± m) %
1	3	1,9 ± 1,4	25	16,0 ± 3,7	45	28,8 ± 4,5	42	26,9 ± 4,4	41	26,3 ± 4,4
2	4	2,6 ± 1,6	30	19,2 ± 3,9	33	21,2 ± 4,1	43	27,6 ± 4,5	46	29,5 ± 4,6
3	5	3,2 ± 1,8	24	15,4 ± 3,6	47	30,1 ± 4,6	39	25,0 ± 4,3	41	26,3 ± 4,4
4	3	1,9 ± 1,4	19	12,2 ± 3,3	39	25,0 ± 4,3	46	29,5 ± 4,6	49	31,4 ± 4,6
5	6	3,8 ± 1,9	22	14,1 ± 3,5	42	26,9 ± 4,4	49	31,4 ± 4,6	37	23,7 ± 4,3
6	2	1,3 ± 1,1	21	13,5 ± 3,4	41	26,3 ± 4,4	48	30,8 ± 4,6	44	28,2 ± 4,5
7	1	0,6 ± 0,8	27	17,3 ± 3,8	36	23,1 ± 4,2	44	28,2 ± 4,5	48	30,8 ± 4,6
8	1	0,6 ± 0,8	26	16,7 ± 3,7	35	22,4 ± 4,2	43	27,6 ± 4,5	51	32,7 ± 4,7
9	4	2,6 ± 1,6	19	12,2 ± 3,3	44	28,2 ± 4,5	44	28,2 ± 4,5	45	28,8 ± 4,5
10	5	3,2 ± 1,8	20	12,8 ± 3,3	41	26,3 ± 4,4	42	26,9 ± 4,4	48	30,8 ± 4,6
11	2,2		14,9		25,8		28,2		28,2	

Примітки: \* Показники: **1** — участь у сімейних справах; **2** — подружнє життя (емоційні відносини); **3** — шлюбна роль (статеві відносини з дружиною/чоловіком); **4** — батьківська роль; **5** — статева роль (оцінюють для неодружених та тих, хто не живе з дружиною/чоловіком); **6** — соціальні контакти (відносини поза родиною); **7** — виконання трудових обов'язків; **8** — зацікавленість в отриманні роботи або поверненні до навчання; **9** — захоплення та поінформованість; **10** — поведінка у нестандартних ситуаціях; **11** — % від загальної сукупності.

Аналізуючи наведені у табл. 4 дані, можна стверджувати, що в обстежених хворих, як й у випадку із оцінкою поведінкової дисфункції при виконанні соціальних ролей, в цілому переважали «очевидний» (25,8 % осіб), «серйозний» (28,2 % осіб), та «дуже серйозний» (28,2 % осіб) рівні дисфункції за усіма оціненими показниками з рівнем достовірності між ними  $p < 0,05$ . Такий динамічно зростаючий розподіл індексу дисфункції вказував на системні порушення при виконанні соціальних ролей у суспільстві, з проблемами участі у сімейних справах, ролі у подружньому житті, шлюбної, батьківської, статевої ролі, соціальних контактів, виконання трудових обов'язків, зацікавленості в отриманні роботи або поверненні до навчання, захоплення та поінформованості, поведінки у нестандартних ситуаціях.

З наведених даних щодо рівня дисфункції соціальних ролей у досліджених пацієнтів (рис. 4) видно, що середній індекс (бал) рівня дисфункції у пацієнтів в участі у сімейних справах склав 4 бали, ролі у подружньому житті — 3 бали, виконанні шлюбної ролі — 4 бали, батьківської ролі — 3 бали, статевої ролі — 4 бали, соціальних контактів — 4 бали, виконанні трудових обов'язків (професійна роль 1) — 3 бали, зацікавленості в отриманні роботи або поверненні до навчання (професійна роль 2) — 4 бали, захоплення та поінформованості — 3,5 бала, поведінки у нестандартних ситуаціях — 4 бали. В цілому рівень дисфункції соціальних ролей у пацієнтів був встановлений у межах «серйозний» або «дуже серйозний».

Порівняльний аналіз міжгрупового співвідношення окремих сфер виконання соціальних ролей в залежності від середнього балу усієї сукупності обстежених пацієнтів встановив таке. Дисфункцію ролі участі у сімейних справах на рівні «очевидної» (4 бали) мали 11,0 % пацієнтів, ролі у подружньому житті (3 бали) — 8,2 %, шлюбної ролі (4 бали) — 11,0 %, батьківської ролі (3 бали) — 8,2 %, статевої ролі (4 бали) — 11,0 %, соціальних контактів (4 бали) — 11,0 %, виконання трудових обов'язків (професійна роль 1) (3 бали) — 8,2 %, зацікавленості

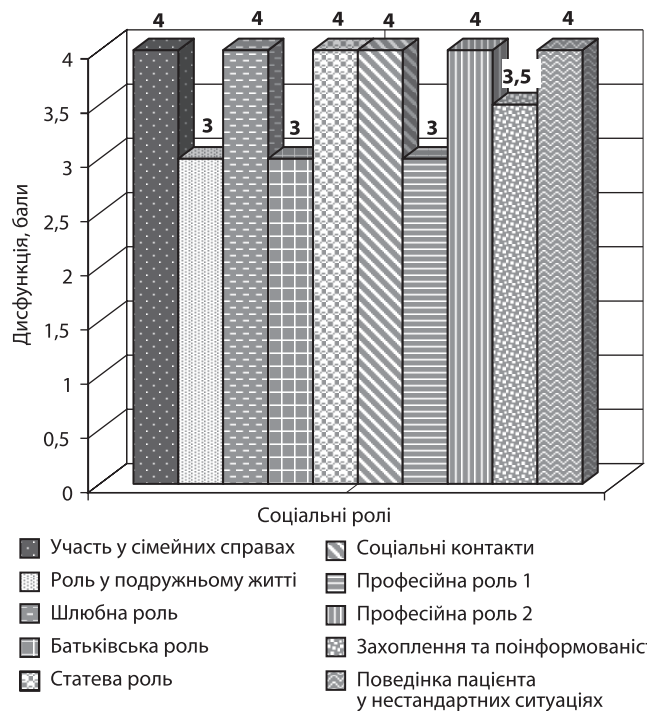


Рис. 4. Рівень дисфункції соціальних ролей у досліджених пацієнтів

в отриманні роботи або поверненні до навчання (професійна роль 2) (4 бали) — 11,0 %, захоплення та поінформованість (3,5 бала) — 9,6 %, поведінки у нестандартних ситуаціях (4 бали) — 11,0 %.

Метою дослідження рівня дисфункції при функціонуванні пацієнтів у лікарні за допомогою третього розділу методики «Психіатрична шкала обмеження життєдіяльності» [31] було проведення відбору пацієнтів у психотерапевтичні групи з урахуванням їх поведінки

у палаті, думки медсестер або родичів, занять пацієнтів, контактів із зовнішнім оточенням. Після визначення внутрішньолікарняного потенціалу пацієнта він включався у психотерапевтичну групу згідно зі своїми можливостями щодо вирішення існуючих проблем. Результати розподілу середнього індексу дисфункції досліджених у лікарні відображено у табл. 5.

Таблиця 5

**Розподіл середнього індексу дисфункції пацієнтів у лікарні**

Функціонування у лікарні	Середній бал	%	Середній бал за сферою
<b>Поведінка у палаті</b>			
Повільність рухів	4	4,8	3,0
Гипоактивність	3	3,6	
Підвищена активність	2,5	3,0	
Бесіда	3	3,6	
Замкнутість, відгородженість	3	3,6	
Інтереси дозвілля	3	3,6	
Незрозуміла мова	2	2,4	
Поза й манери	2	2,4	
Погроза або агресивна поведінка	2	2,4	
Довге перебування в постелі	4	4,8	
Зовнішній вигляд	4	4,8	
Поведінка під час прийому їжі	3	3,6	
<b>Думка медсестер або родичів</b>			
Корисна робота в лікарні	2	2,4	2,8
Можна дозволити мати сірники	2	2,4	
Відвідування родичів або друзів у вихідні	3	3,6	
Спілкування з пацієнтами проти-лежної статі	4	4,8	
Користування ножицями	3	3,6	
Користування грішми	3	3,6	
Робота поза лікарнею	3	3,6	
Виписка, якщо робота знайдена і є житло	3	3,6	
Може перебуває у відкритій палаті або кімнаті	2	2,4	
<b>Заняття пацієнта</b>			
Прибирання у палаті або приміщенні	3,5	4,2	3,4
Трудотерапія поза палатою	3	3,6	
Професійні й індустріальні терапії	4	4,8	
Інша соціальна терапія	3	3,6	
<b>Контакт з зовнішнім оточенням</b>			
Відвідуємо протягом минулих трьох місяців	2	2,4	2,1
Відвідує домашню оселю протягом минулих трьох місяців	2	2,4	
Потреба в спостереженні	2,5	3,0	
Має потребу в інтенсивному спостереженні	2	2,4	
Підсумковий бал, %, середній бал дисфункції	82,5	100,0	

Наведені у табл. 5 дані свідчать, що в обстежених пацієнтів середній бал дисфункції поведінки у палаті дорівнював 3,0 бали, згідно з думкою медсестер або родичів щодо функціонування пацієнта — 2,8 бала, занять пацієнтів у лікарні — 3,4 бала, контактів із зовнішнім оточенням — 2,1 бала. Такий розподіл середнього індексу дисфункції пацієнтів у лікарні вказував на те, що найбільш збереженою сферою у хворих була сфера контакту пацієнта із зовнішнім оточенням, де рівень дисфункції визначено як «очевидний». В інших сферах середній індекс дисфункції пацієнтів розподілився на рівні «серйозної» або «дуже серйозної» дисфункції. Як бачимо, відсоткова структура дисфункції того або іншого показника за сферами істотно не різнилася, що свідчило про загальне рівномірне зниження параметрів СФ.

Аналіз структури дисфункції пацієнтів у лікарні (табл. 6) показав, що серед обстежених хворих стан «без дисфункції» спостерігався у 2,2 % осіб, «мінімальна» дисфункція — у 11,2 %, «очевидна» — у 26,8 %, «серйозна» — у 33,8 %, «дуже серйозна» — у 26,0 % хворих. Такий розподіл також свідчив про переважання у пацієнтів важких видів дисфункції при функціонуванні у лікарні (показник достовірності між рівнями дисфункції дорівнював  $p < 0,05$ ).

Дослідження рівня дисфункції модифікуючих чинників у пацієнтів здійснено за допомогою четвертого розділу методики «Психіатрична шкала обмеження життєдіяльності» [31] дало змогу оцінити існуючі позитивні якості пацієнта, особливі завади, домашню атмосферу, підтримку ззовні. Відповідно, метою даного кроку дослідження було встановлення власно існуючих проблем у пацієнта, визначення його можливостей вирішувати їх та оцінка стану мікро- та макросоціального середовища, яке б могло надавати йому допомогу.

Розподіл середнього індексу модифікуючих чинників дисфункції у пацієнтів (табл. 7) свідчить, що середній бал дисфункції у сфері особливих позитивних якостей в обстежених дорівнював 3,6 бала, особливих завад — 2,3 бала, домашньої атмосфери — 2,5 бала, підтримки ззовні — 4,0 бали. Підсумковий середній бал дисфункції серед модифікуючи чинників склав 3,1 бала, що відповідає «серйозному» рівню дисфункції. Як бачимо, найбільш враженими сферами життєдіяльності хворих на параноїдну шизофренію були сфери особливих позитивних якостей та підтримки ззовні, тобто ті, які умовно можна було віднести до тих, що є «активно суспільними» у плані спілкування. В свою чергу, «звичні» сфери спілкування — особливі завади та домашня атмосфера — були вражені менш інтенсивно.

Розподіл модифікуючих чинників дисфункції у пацієнтів за структурою (табл. 8) свідчить, що у хворих на параноїдну шизофренію в структурі модифікуючих чинників рівень «без дисфункції» встановлено усього у 3,2 % хворих. Відповідно, «мінімальну» дисфункцію діагностовано у 12,7 % осіб, «очевидну» — у 25,5 %, «серйозну» — у 23,9 %, «дуже серйозну» — у 34,8 % пацієнтів. Тобто, «дуже серйозний» рівень переважав над іншими, що в цілому істотно впливало на СФ хворих. Показник достовірності між рівнями дисфункції дорівнював  $p < 0,005$ .

Таблиця 6

Структура дисфункції пацієнтів у лікарні

Показники*	Дисфункція									
	немає		мінімальна		очевидна		серйозна		дуже серйозна	
	Абс. кільк.	(M ± m) %	Абс. кільк.	(M ± m) %	Абс. кільк.	(M ± m) %	Абс. кільк.	(M ± m) %	Абс. кільк.	(M ± m) %
1	2	1,3 ± 1,1	21	13,5 ± 3,4	36	23,1 ± 4,2	61	39,1 ± 4,9	36	23,1 ± 4,2
2	5	3,2 ± 1,8	16	10,3 ± 3,0	61	39,1 ± 4,9	38	24,4 ± 4,3	36	23,1 ± 4,2
3	4	2,6 ± 1,6	14	9,0 ± 2,9	31	19,9 ± 4,0	66	42,3 ± 4,9	41	26,3 ± 4,4
4	3	1,9 ± 1,4	19	12,2 ± 3,3	39	25,0 ± 4,3	46	29,5 ± 4,6	49	31,4 ± 4,6
5	2,2		11,2		26,8		33,8		26,0	

Примітка. \* Показники: 1 — поведінка у палаті; 2 — думка медсестер або родичів; 3 — заняття пацієнтів; 4 — контакт з зовнішнім оточенням; 5 — частка загальної сукупності (%).

Таблиця 7

Розподіл середнього індексу модифікуючих чинників дисфункції в обстежених пацієнтів

Модифікуючи чинники	Середній бал	%	Середній бал за сферою
<b>Особливі позитивні якості</b>			
Заняття регулярною діяльністю з метою розширення знань або здобуття навиків в окремій сфері	4	7,7	3,6
Особливі інтереси (захоплення)	3	5,8	
Здібності вище середніх або позитивні якості у будь-якій сфері	3	5,8	
Участь у підтримуючій соціальній групі	4	7,7	
Стабільні довірливі стосунки з будь-якою людиною окрім батьків або чоловіка/дружини	4	7,7	
<b>Особливі завади</b>			
Наявність особливого несприятливого становища	2	3,8	2,3
Фізичні, неврологічні або сенсорні порушення чи дефект	3	5,8	
Несприятливий вплив особистісних порушень, зовнішності, звичок на рівень функціонування	2	3,8	
<b>Домашня атмосфера</b>			
Наявність ключової фігури у домашньому середовищі пацієнта протягом останніх шести місяців	3	5,8	2,5
Контакти з ключовою фігурою протягом місяця	2	3,8	
Емоційна підтримка пацієнта ключовою фігурою	2	3,8	
Контроль ключовою фігурою розпорядку дня	3	5,8	
Неприйняття пацієнта ключовою фігурою	2	3,8	
Можливість бути на самоті у домашньому середовищі	3	5,8	
<b>Підтримка ззовні</b>			
Сприяння у розв'язанні проблем за останній місяць	4	7,7	4,0
Зовнішня допомога за останній місяць	4	7,7	
Легкість у отриманні роботи	4	7,7	
Підсумковий бал дисфункції, %, підсумковий середній бал дисфункції	52,0	100,0	3,1

Таблиця 8

Структура модифікуючих чинників дисфункції у пацієнтів

Показник*	Дисфункція									
	немає		мінімальна		очевидна		серйозна		дуже серйозна	
	Абс. кільк.	(M ± m) %	Абс. кільк.	(M ± m) %	Абс. кільк.	(M ± m) %	Абс. кільк.	(M ± m) %	Абс. кільк.	(M ± m) %
1	4	2,6 ± 1,6	19	12,2 ± 3,3	28	17,9 ± 3,8	24	15,4 ± 3,6	81	51,9 ± 5,0
2	5	3,2 ± 1,8	23	14,7 ± 3,5	71	45,5 ± 5,0	23	14,7 ± 3,5	34	21,8 ± 4,1
3	6	3,8 ± 1,9	21	13,5 ± 3,4	29	18,6 ± 3,9	76	48,7 ± 5,0	24	15,4 ± 3,6
4	5	3,2 ± 1,8	16	10,3 ± 3,0	31	19,9 ± 4,0	26	16,7 ± 3,7	78	50,0 ± 5,0
5	3,2		12,7		25,5		23,9		34,8	

Примітка: \* Показник: 1 — особливі позитивні якості; 2 — особливі завади; 3 — домашня атмосфера; 4 — підтримка ззовні; 5 — частка від загальної сукупності (%).

Для узагальнення результатів дослідження за методикою «Психіатрична шкала обмежень життєдіяльності», було розраховано *середній індекс СФ* у досліджених пацієнтів, а саме підсумковий бал адаптації та підсумковий середній бал адаптації (табл. 9).

Таблиця 9  
Середній індекс оцінки соціального функціонування у хворих на параноїдну шизофренію

Соціальне функціонування	Середній бал	%
Поведінкова дисфункція	3	23,1
Соціальні ролі	4	30,8
Дисфункція пацієнтів у лікарні	3	23,1
Модифікуючі чинники	3	23,1
Підсумковий бал адаптації	13,0	100,0
Підсумковий середній бал адаптації	3,3	—

Наведені у табл. 9 дані свідчили, що дисфункція виконання соціальних ролей у досліджених хворих на параноїдну шизофренію переважала над іншими сферами функціонування, дорівнюючи «дуже серйозному» її рівню. В інших сферах життєдіяльності рівень дисфункції діагностований як «серйозний».

За рекомендаціями авторів методики «Психіатрична шкала обмеження життєдіяльності» [31], спираючись на середній індекс функціонування, також було проведено визначення загальної оцінки адаптації (рівня адаптації), відповідно до чого усі пацієнти розподілилися на такі групи: «погана» адаптація виявилась притаманною 88 (56,4 ± 4,9 %) пацієнтам, «дуже погана» — 68 (43,6 % ± 4,9 %) хворим. Тобто, у групі пацієнтів із «поганою» адаптацією підсумковий рівень дисфункції у суспільстві дорівнював — 3 балам, що відповідало «серйозній» дисфункції, в іншій групі із «дуже поганою» адаптацією — 4 балам, що відповідало «дуже серйозній» дисфункції.

Наступним етапом дослідження стало вивчення ЯЖ хворих, які страждали на параноїдну шизофренію. ЯЖ пацієнтів досліджувалася у трьох напрямках: а) думка пацієнта; б) думка професіонала; в) думка члена родини.

За технологією оцінки ЯЖ було відокремлено три компоненти її аналізу: а) суб'єктивне благополуччя/задоволеність; б) виконання (соціальних) ролей; в) зовнішні життєві умови (матеріальні і соціальні, наприклад, соціальна мережа й соціальна підтримка).

Сфери життя оцінювалися як багатоаспектна оцінка, оскільки ЯЖ пацієнта може бути «прекрасною» у одній (наприклад, родина) і «дуже поганою» в іншій життєвій сфері (наприклад, робота). Крім того, це було потрібне в аспекті визначення змісту психотерапевтичних заходів, тому що дії, спрямовані на надання допомоги, необхідно адресувати тим сторонам життя, у яких пацієнт зазнає найбільших труднощів.

До того ж, під час оцінювання ЯЖ ми намагалися максимально враховувати «швидкість» змін складових компонентів (суб'єктивне благополуччя/задоволеність, функціональний стан, контекстуальні чинники) і можливий дрейф думки пацієнта, яка внаслідок лікування хронічного психічного розладу змінювалась шляхом відновлення здатності реально себе оцінювати. Розподіл показників ЯЖ у досліджених відображено у табл. 10.

З наведених у табл. 10 даних видно, що структура ЯЖ відрізняється за оцінкою пацієнтом, лікарем та членом родини. Проте, в цілому за ранжируванням рівня середнього індексу об'єктивного показнику (з врахуванням трьох суб'єктивних точок зору: пацієнта, лікаря, члена родини) у загальній структурі ЯЖ найбільш проблемними визначені такі її сфери:

— перший рівень — соціоемоційна підтримка — 14,4 %;

— другий рівень — фізичне благополуччя та працездатність, відповідно по 12,1 %;

— третій рівень — суспільна і службова підтримка — 11,4 %, а також загальне сприйняття якості життя — 10,6 %;

— четвертий рівень — самообслуговування та незалежність у діях — 9,8 %, самореалізація — 8,3 %, міжособистісна взаємодія — 8,2 %;

— п'ятий рівень — психологічне/емоційне благополуччя — 6,8 %.

Дане ранжирування проводилося з метою визначення об'єктивної, дійсної ієрархії проблем ЯЖ для побудови комплексу психотерапевтичних заходів, спрямованих на їх подолання.

Таблиця 10

Розподіл показників якості життя у досліджених

Показники	Хворий		Лікар		Родина		Всього	
	Середній бал	%	Середній бал	%	Середній бал	%	Середній бал	%
Фізичне благополуччя	7	13,5	5	11,6	4	10,8	5,3	12,1
Психологічне/емоційне благополуччя	2	3,8	4	9,3	3	8,1	3,0	6,8
Самообслуговування та незалежність у діях	7	13,5	4	9,3	2	5,4	4,3	9,8
Працездатність	6	11,5	7	16,3	3	8,1	5,3	12,1
Міжособистісна взаємодія	4	7,7	3	7,0	4	10,8	3,7	8,3
Соціоемоційна підтримка	7	13,5	5	11,6	7	18,9	6,3	14,4
Суспільна та службова підтримка	4	7,7	4	9,3	7	18,9	5,0	11,4
Самореалізація	6	11,5	4	9,3	1	2,7	3,7	8,3
Духовна реалізація	3	5,8	2	4,7	3	8,1	2,7	6,1
Загальне сприйняття якості життя	6	11,5	5	11,6	3	8,1	4,7	10,6
Кількість балів	52	100,0	43	100,0	37	100,0	44	100,0
Середній бал	5,2	—	4,3	—	3,7	—	4,4	—



Кореляційний аналіз з визначенням міцності зв'язку між шкалами ЯЖ проводився окремо за кожним суб'єктивним параметром — думкою пацієнта, лікаря та члена родини. Даний підхід надав можливість проаналізувати проблеми в «горизонтальній площині».

Проте, для визначення «мішеней» психотерапії був проведений аналіз кореляційних показників із виділенням лише міцних кореляційних зв'язків у «вертикальній площині».

Виявлено, що якщо за суб'єктивною думкою пацієнта, лікаря або члена родини по деяким показникам зв'язок

був слабкий або середній, тобто умовно в ієрархії проблем визначався як менш важливий, проте у загальному кореляційному аналізі (який об'єктивізував три параметри), усі проблеми визначені як важливі (високий рівень кореляційного зв'язку).

Міцність кореляційних взаємозв'язків параметрів ЯЖ — думок пацієнта, лікаря та члена родини (інтегрований показник) наведено у табл. 11. Негативних (зворотних) кореляційних зв'язків середнього показника за всіма шкалами за інтегральною оцінкою ЯЖ за окремими складовими не виявлено.

Таблиця 11

Міцність кореляційних зв'язків між інтегрованими показниками якості життя хворих на параноїдну шизофренію

Шкали	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	$r = 0,79$	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	$r = 0,78$	$r = 0,92$	—	—	—	—	—	—	—	—
4	$r = 0,87$	$r = 0,89$	$r = 0,81$	—	—	—	—	—	—	—
5	$r = 0,69$	$r = 0,93$	$r = 0,77$	$r = 0,74$	—	—	—	—	—	—
6	$r = 0,81$	$r = 0,91$	$r = 0,77$	$r = 0,73$	$r = 0,82$	—	—	—	—	—
7	$r = 0,62$	$r = 0,69$	$r = 0,87$	$r = 0,80$	$r = 0,81$	$r = 0,88$	—	—	—	—
8	$r = 0,65$	$r = 0,91$	$r = 0,86$	$r = 0,61$	$r = 0,66$	$r = 0,76$	$r = 0,83$	—	—	—
9	$r = 0,66$	$r = 0,95$	$r = 0,68$	$r = 0,63$	$r = 0,67$	$r = 0,77$	$r = 0,65$	$r = 0,88$	—	—
10	$r = 0,79$	$r = 0,88$	$r = 0,75$	$r = 0,72$	$r = 0,75$	$r = 0,72$	$r = 0,77$	$r = 0,79$	$r = 0,70$	—

Примітка: Шкали якості життя за J. Mezzich et al., (1999) [Mezzich]: 1 — фізичне благополуччя; 2 — психологічне/емоційне благополуччя; 3 — самообслуговування та незалежність у діях; 4 — працездатність; 5 — міжособистісна взаємодія; 6 — соціо-емоційна підтримка; 7 — суспільна та службова підтримка; 8 — самореалізація; 9 — духовна реалізація; 10 — загальне сприйняття якості життя.

Отримані дані свідчили про існування позитивного кореляційного зв'язку між усіма шкалами. Проте, найбільш міцний зв'язок встановлено між психологічним/емоційним благополуччям та міжособистісною взаємодією ( $r = 0,93$ ), самообслуговуванням і незалежністю у діях ( $r = 0,921$ ) та соціоемоційною підтримкою ( $r = 0,91$ ).

Тобто, в цілому, за отриманими результатами, на першій план психотерапевтичної допомоги вийшли проблеми відчуття пацієнта як психологічно та емоційно відторгнутого, іншими словами, як «чужого» у мікро- та макросоціальному середовищі. Така ситуація породжувала коло причинно-наслідкових зв'язків функціонування: загальні комунікативні проблеми у суспільстві спричиняли ситуаційно-обумовлені проблеми із дезадаптивною фрустраційною реакцією на них, що, у свою чергу, знижувало здатність адекватного їх вирішення у суспільстві та родині.

Отримані дані свідчать про те, що у хворих на параноїдну шизофренію ЯЖ страждає комплексно в усіх сферах функціонування. Виходячи із цього, для комплексного лікування пацієнтів можна окреслити певні рекомендації, спрямовані на підвищення їх якості життя:

— по-перше, необхідно приділяти більшу увагу терапії не лише психічного розладу, а також й соматичних наслідків і супутніх захворювань, з метою відновлення відчуття фізичного благополуччя;

— по-друге, обов'язковим є відновлення навичок самообслуговування й незалежності у діях, які в цілому є більш складними об'єктами для терапевтичного впливу,

оскільки залежать від сукупних об'єктивних умов, створених мікро- та макросоціальним оточенням;

— по-третє, проведення психотерапії повинно обов'язково спиратися на показник загального сприйняття ЯЖ, а не лише на оцінку окремих сфер функціонування;

— по-четверте, необхідно будувати психотерапевтичний вплив у напрямку нівелювання негативних наслідків базового психологічного/емоційного відчуття незадоволеності, яке у більшості хворих стає фоном для виникнення проблем у інших сферах соціального функціонування;

— по-п'яте, для подолання існуючих та профілактики формування нових проблем у сферах суспільної та службовій підтримки, необхідно застосовувати заходи психосоціального напрямку із підвищення мотивації пацієнтів щодо досягнення соціально значущих цілей.

В цілому, узагальнюючи оцінку соціального функціонування хворих на параноїдну шизофренію, можна зазначити таке. Складність взаємозв'язків функціонування пацієнтів у суспільстві формує різноманітність варіантів порушення їх адаптації та пристосування. Для розроблення комплексних лікувальних заходів із врахуванням як медикаментозної терапії, так і психотерапії, необхідно обов'язково отримувати увесь спектр об'єктивної інформації щодо життя хворого. Такий підхід надає можливість виявити та проаналізувати не лише існуючі у пацієнтів проблеми, а на наш погляд, що є більш важливішим — встановити потребу та необхідний рівень психотерапевтичного впливу на рівні родини.

**Список літератури**

1. Жданова, М. П. Стан надання психіатричної допомоги населенню України у 2007 році / М. П. Жданова, С. М. Коллякова, Є. М. Зінченко // *Архів психіатрії*. — 2008. — Т. 14, № 1 (52). — С. 5—13.

2. Кузнецов, В. М. Психіатрія / В. М. Кузнецов, В. М. Чернявський. — К. : Здоров'я, 1993. — 344 с.

3. Пхіденко, С. В. Клініко-психологічна діагностика, прогнозування та корекція рівнів соціального функціонування хворих на параноїдну шизофренію : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.01.16 «Психіатрія» / С. В. Пхіденко ; Український науково-дослідний ін-т соціальної та судової психіатрії. — К., 1997. — 33 с.

4. Богута, Х. Р. Тренінг суспільних навиків в реабілітації пацієнтів з хронічними психічними розладами / Х. Р. Богута, Г. Р. Лілікович, О. О. Фильц // *Форум психіатрії і психотерапії*. — 1999. — № 1. — С. 16—18.

5. Влох, І. Й. Психосоціальна реабілітація. Принципи, результати в Україні та Австрії / І. Й. Влох, Г. Гофман // *Архів психіатрії*. — 2001. — № 3(26). — С. 115—118.

6. Юрьева, Л. Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства / Л. Н. Юрьева. — К. : Сфера, 2002. — 314 с.

7. Медично-соціальна експертиза психічних та поведінкових розладів : навч.-метод. посіб. для лікарів-психіатрів, наркологів, лікарів мед.-соц. експертних комісій і лікарів-інтернів / Л. М. Юр'єва, С. В. Пхіденко, Н. О. Ерчкова [та ін.]. — Дніпропетровськ : СП Інтертехнодрук, 2005. — 144 с.

8. Критерий качества жизни в психиатрической практике / Н. А. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак [и др.]. — Х. : РИФ Арсис, ЛТД, 2004. — 239 с.

9. Абрамов, В. А. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами : руководство для врачей-психиатров, психологов и соц. работников / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. — Донецк : Каштан, 2006. — 268 с.

10. Стандартизованная оценка клинической эффективности реабилитационных мероприятий при параноидной шизофрении / В. А. Абрамов, А. К. Бурцев, И. В. Жигулина [и др.] // *Журн. психиатрии и мед. психологии*. — 2007. — № 1. — С. 3—16.

11. Пішель, В. Я. Адекватна підтримуюча терапія як основа попередження повторних психіотичних епізодів / В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна, К. В. Гузенко // *Укр. вісник психоневрології*. — 2007. — Е. 15, вип. 1(50), додаток. — С. 224.

12. Пішель, В. Я. Характеристика антиспихотичної терапії пацієнтів з першим психіотичним епізодом // В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна // *Сучасні аспекти лікування психічних розладів : матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю*, 26—27 жовт. 2007 р. — Чернівці : Книги-XXI, 2007. — С. 149—152.

13. Приб, Г. А. Социальное функционирование больных параноидной шизофренией, сочетающееся с употреблением алкоголя с вредными последствиями или с синдромом зависимости от алкоголя // *Архів психіатрії*. — 2002. — № 2(29). — С. 39—43.

14. Приб, Г. А. Поведінкова дисфункція у пацієнтів, які страждають на психічні розлади / Г. А. Приб // *Укр. вісник психоневрології*. — 2007. — Вип. 3. — С. 100—103.

15. Приб, Г. А. Дисфункція соціальних ролей у пацієнтів, які страждають на психічні розлади / Г. А. Приб // *Архів психіатрії*. — 2007. — № 1/2. — С. 26—33.

16. Приб, Г. А. Фрустрація як чинник соціальної дезадаптації у пацієнтів, які страждають на психічні розлади / Г. А. Приб // *Журн. психіатрії і мед. психології*. — 2007. — № 1. — С. 48—52.

17. Меззич, Хуан. Личностно-ориентированная психиатрия: единство медицинских наук и гуманизма / Хуан Меззич // *Независимый психиатр. журнал*. — 2007. — № 3. — С. 11.

18. Гурович, И. Я. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции / И. Я. Гурович, Н. Д. Семенова // *Социальная и клиническая психиатрия*. — 2007. — Т. 17, № 4. — С. 78—85.

19. Холмогорова, А. Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гарянян, А. А. Далныкова, А. Б. Шмуклер // *Там же*. — 2007. — № 4. — С. 21—29.

20. Гурович, И. Я. Психосоциальное лечебно-реабилитационное направление в психиатрии / И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова, А. Б. Шмуклер // *Там же*. — 2004. — № 14, вып. 1. — С. 81—86.

21. Чабан, О. С. Психотерапия пациентов с шизофренией / О. С. Чабан // *Тавр. журн. психиатрии*. — 2006. — № 2. — С. 64—120.

22. Холмогорова, А. Б. Психотерапия шизофрении за рубежом / А. Б. Холмогорова // *Московский психотерапевтический журнал*. — 1993. — № 1. — С. 77—112.

23. Холмогорова, А. Б. Психотерапия психических расстройств: современное состояние и основные тенденции развития / А. Б. Холмогорова // *Современная терапия психических расстройств*. — 2006. — № 2. — С. 12—17.

24. Холмогорова, А. Б. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия шизофрении: отечественный и зарубежный опыт / А. Б. Холмогорова // *Там же*. — 2007. — № 4. — С. 13—19.

25. Вид, В. Д. Психотерапия шизофрении. 3-е изд. / В. Д. Вид. — СПб. : Питер, 2008. — 512 с.

26. Богомолов, В. А. Психосоциальные методы работы с семьями больных шизофренией: обзор исследований / В. А. Богомолов, С. Н. Ениколопов // *Современная терапия психических расстройств*. — 2008. — № 1. — С. 5—14.

27. Михайлов, Б. В. Реабилитационная стратегия в психотерапии / Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов // *Архів психіатрії*. — 2005. — Т. 11, № 2. — С. 124 — 127.

28. Ряполова, Т. Л. Семейная терапия в системе ранней реабилитации больных шизофренией и оценка ее эффективности / Т. Л. Ряполова // *Там же*. — 2008. — Т. 14, № 4 (55). — С. 15 — 21.

29. Денисов, Є. М. Порівняльна оцінка клініко-психопатологічних особливостей, якості життя та соціального функціонування хворих на параноїдну шизофренію з різними типами перебігу : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.16 «Психіатрія» / Є. М. Денисов. — Харків, 2009. — 20 с.

30. Михайлов, Б. В. Современное состояние проблемы шизофрении / Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов // *Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал*. — 2009. — Т. 2, № 1. — С. 5—12.

31. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use. — Geneva : WHO, 1988. — 96 p.

32. Беседин, А. Н. Книга практического психолога / А. Н. Беседин, И. И. Липатов, А. В. Тимченко [и др.]. — Х. : РИП Оригинал ; фирма Фортуна-пресс, 1996. — 424 с.

*Надійшла до редакції 30.06.2009 р.*

**В. А. Дихтярь**

**Уровень социального функционирования и качества жизни как основа психотерапии больных параноидной шизофренией**

*КУ «Бердянский психоневрологический диспансер» (г. Бердянск)*

В статье приведены результаты анализа социального функционирования и качества жизни у больных параноидной шизофренией. Установлено, что для разработки эффективных психотерапевтических мероприятий в обязательном порядке необходимо устанавливать уровень социального функционирования и качества жизни пациентов. Такой подход дает возможность выявлять не только существующие у пациентов проблемы, но и установить потребность и необходимую степень психотерапевтического влияния на семейном уровне.

**V. A. Dihtyary**

**The level of social functioning and quality of life as a basis of psychotherapy of patients with paranoid schizophrenia**

*CI «Psychoneurological dispenser of Berdyans'k» (Berdyans'k)*

In the article the results of analysis of the social functioning and quality of life for patients by paranoid schizophrenia are resulted. It is set, that for development of effective psychotherapy measures without fail it is necessary to set the level of the social functioning and quality of life of patients. Such approach is given by possibility to expose not only existing for patients problems, but also to set a necessity and necessary degree of the psychotherapy influencing at family's level.