

спостерігалось). Використання комплексного підходу при лікуванні невротичних розладів з депресивними проявами сприяло підвищенню ефективності терапії.

Таким чином, за наявності депресивних симптомів в структурі невротичних розладів необхідно приєднувати психотерапію з урахуванням етапів лікування, що дозволяє підвищити якість лікування.

УДК 616.895:159.96+159.9(075)

ВАРИАНТИ СЕМЕЙНОГО ВЗАМОДЕЙСТВА, ФОРМУЮЩІСЯ В СЕМЬЯХ С «ОСОБЫМ» РЕБЕНКОМ

М. В. Маркова, Т. Г. Ветрила

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Евпаторийская городская больница № 2

Ключевые слова: семейное взаимодействие, ребенок с нарушением психического развития

Для определения мишеней и содержания системы медико-психологического сопровождения семей, воспитывающих ребенка с нарушением психического развития (НПР), путем проведения комплексного изучения психологических особенностей супругов на личностном, межличностном и родительско-детском уровнях функционирования, установлены различные варианты семейного взаимодействия, формирующиеся в семьях с «особым» ребенком.

С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии на базе Евпаторийской городской больницы № 2 проведено изучение 200 семей, в которых воспитывается ребенок с НПР: 82 % детей с расстройством психологического развития F 8, 18 % — с умственной отсталостью F 7. По основному критерию рандомизации — состоянию супружеских отношений — исследуемые семьи были разделены на две группы: 82 ± 3,8 % семей (164) с напряженными семейными отношениями (основная группа) и 18 ± 3,8 % семей (36) — с отсутствием семейной напряженности (группа сравнения).

Исследование включало оценку специфики внутрисемейных отношений (методика PARI E. С. Шефер, Р. К. Бел, адаптация Т. В. Нещерет), исследование личностных (Фрайбургский личностный опросник FPI) и характерологических особенностей супругов (опросник Г. Шмишека), изучение родительского отношения к ребенку и его болезни («Тест родительского отношения» А. Я. Варги, В. В. Столина и «ДОБР» В. Е. Кагана, И. П. Журавлевой), выявление особенностей супружеской коммуникации («Общение в семье» Ю. Е. Алешинной, Л. Я. Гозмана, Е. М. Дубовской) и функционирования семьи (В. В. Кришталь, И. А. Семенкина), а также идентификацию взаимосвязей между вышеуказанными параметрами.

На основании анализа особенностей семейного функционирования в различных плоскостях семейного взаимодействия, индивидуально-психологических особенностей супругов выявлены взаимосвязи между вышеуказанными параметрами, а также их роль в генезе нарушения семейных отношений (см. рисунок).



Варианты семейного взаимодействия, формирующиеся в семьях с «особым» ребенком, в зависимости от особенностей супругов на личностном, межличностном и родительско-детском уровнях функционирования

Полученные данные положены нами в основу при разработке системы медико-психологического сопровождения семей, в которых растет ребенок с НПР.

УДК 616.895-615.851-616.89-02-084

ОСОБЛИВОСТІ СІМЕЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ТА АДАПТАЦІЇ В РОДИНІ У ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ, З ТОЧКИ ЗОРУ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ПОТЕНЦІАЛУ СІМ'І

М. В. Маркова, В. О. Діхтяр

Харківська медична академія післядипломної освіти,
КУ «Бердянський психоневрологічний диспансер»

Ключові слова: сімейна взаємодія, психосоціальна адаптація, хворі на параноїдну шизофренію, психотерапевтичний потенціал сім'ї

Мета роботи — встановлення особливостей сімейної взаємодії родин пацієнтів, та рівня адаптації в родині хворих на шизофренію як основи для розробки системи психотерапевтичних заходів в їх комплексному лікуванні.

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

У ході дослідження виділені основні типи взаємодії у родинах хворих на ПШ ($p < 0,01$).

I тип — деструктивний (емоційно-відчужений). Відносини між членами родини характеризуються нетерпимістю, некоректністю, відсутністю такту, демонструванням негативних емоцій (злість, роздратування), невдоволеністю характером, зовнішністю або інтелектуальними здібностями хворого, браком емпатії, образливим ставленням.

II тип — конструктивний (гармонічний). Відносини між членами родини характеризуються рівновагою, підтримкою, доброзичливістю, довірою атмосферою, стриманістю у вираженні негативних емоцій, зацікавленістю, порозумінням та довірою один до одного, готовністю надати допомогу. Хворий допомагає у діяльності родини та в побуті (домашні справи), проводить із родиною дозвілля. У родині є усвідомлення хворобливого стану родича (несамостійність та залежність). Родина відгороджує хворого від конфліктів. Члени родини довіряють компетентності психіатра, співпрацюють з ним, прагнуть виконувати рекомендації, стежать за прийомом підтримуючої терапії.

III тип — змішаний (напружено-диссоціативний). Сімейна взаємодія в цих випадках включає риси обох вищезгаданих типів. Проте, даний тип має свої особливості. Так, батьки частіше мають протилежні позиції, що викликає напруженість у родині. Відсутність лояльності, постійні суперечності, неможливість згуртуватися, наявність діаметрально протилежних емоцій призводить до труднощів прийняття якогось рішення у родині та формування поляризаційної дисфункціональної сімейної структури.

Гармонічний тип сімейної взаємодії характеризується добрим психотерапевтичним потенціалом родини, при напружено-диссоціативному типу має місце середній, а при емоційно-відчуженому — незадовільний психотерапевтичний потенціал.

На підставі аналізу клініко-психопатологічних симптомів, загального індексу соціального функціонування, якості життя та стану родинної взаємодії пацієнтів, враховуючи рівні комплаєнтності як пацієнтів, так і членів родини до психотерапії, виділено та надано характеристику трьом рівням психосоціальної адаптації пацієнта в родині ($p < 0,01$).

Третій рівень психосоціальної адаптації пацієнта в родині. Хворі характеризуються диспропорцією між окремими сферами психічного життя. При достатньо збереженій інтелектуально-пізнавальній сфері відзначаються значні порушення у сфері спілкування, захопленості та інтересів. У родині спостерігається ослаблення та переключування емоційних зв'язків. З часом коло спілкування у середині родини звужується. Порушення психосоціальної адаптації на

цьому рівні співвідносяться з негативними змінами за типом дисгармонії особистості, що включає особливості хворих на ПШ. Відмічено деяку агравацію для збереження допомоги й підтримки членів родини. Обсяг побутових обов'язків варіює згідно з традиційним розподілом навантаження, прийнятним у родині до її членів.

Другий рівень психосоціальної адаптації пацієнта в родині. Відмінними рисами хворих є порушення в сфері мотивації й відхилення у сфері особистісної та соціальної активності, превалювання негативних розладів із ознаками редукції енергетичного потенціалу й характерним для ПШ емоційним сплосченням. Пацієнти мають потребу у постійному спонуканні ззовні з боку родини у соціально-побутової діяльності. У родині хворі займають залежну позицію від інших членів, покладаючи на них свої функції, що викликає підвищене навантаження на останніх. Зростаючі зусилля щодо обслуговування пацієнта у родині порушує звичну організацію життєдіяльності та спілкування родини.

Перший рівень психосоціальної адаптації пацієнта в родині. Хворий повністю дезадаптований — не виконує обов'язків члена родини, функціонування відособлено. Критичне ставлення до рідних приймає неприйнятні форми. У сімейних відносинах хворі перебувають у відособленому «кутку» в середині родини. Відмічається зневажливе ставлення до соціальних цінностей, опозиція до авторитетів у сполученні з небажанням працювати. У спілкуванні з родиною спостерігається втрата емоційної прихильності, конфлікти, роздратування, розчарування, агресія. Повне розходження між соціальними домаганнями та реальними можливостями, декларування особистої незалежності. Емоційні захоплення відрізняються нестійкістю. Хворі демонструють негативне ставлення до сімейного життя, обираючи об'єктом критики членів родини.

Встановлені особливості родинної взаємодії та психосоціальної адаптації пацієнтів в родині покладені нами в основу розробки диференційованих психотерапевтичних заходів, які є складовою частиною комплексної терапії хворих на параноїдну шизофренію.

УДК 616-036.82+616.831-005.1-037+159.923+173.7

ЩОДО ЗВ'ЯЗКУ АКТУАЛЬНОГО ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІШЕМІЧНИЙ МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ, ТА СТАНУ ЇХ СІМЕЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ

М. В. Маркова, Н. В. Книш

*Харківська медична академія післядипломної освіти;
Міська клінічна лікарня № 5, м. Суми*

Ключові слова: психологічні особливості, жінки, сімейна взаємодія, ішемічний інсульт

Мета роботи — встановлення наявності зв'язку між особливостями актуального психоемоційного статусу жінок, які перенесли ішемічний мозковий інсульт (ІМІ), складу їх сім'ї та стану родинної взаємодії, для подальшого визначення стратегії медико-психологічної реабілітації пацієнток.

За допомогою клінічного, психодіагностичного, соціально-демографічного методів дослідження обстежено 210 жінок, які перенесли ІМІ, та близьких членів їх родин — чоловіка (в разі повної сім'ї) або дитини (у випадку неповної сім'ї пацієнтки). Основну групу № 1 склали 110 жінок та їхніх чоловіків, основну групу № 2 — 100 жінок та їхніх дітей (віком від 12 до 16 років). Дослідження проводили на стадії раннього відновлювального періоду перебігу ІМІ, на 20—30 день після виписки пацієнток зі стаціонару та повернення в родину. Критеріями включення у дослідження були: інформаційна згода хворої та членів її родини; наявність у жінки ІМІ середнього ступеня тяжкості (з локалізацією в басейнах середніх мозкових артерій, без клінічних ознак набряку головного мозку, без порушень свідомості, з осередковими симптомами ураження головного мозку); вік пацієнток від 35 до 50 років (вік активного виконання жінкою максимальної кількості сімейних функцій); наявність у пацієнтки власної родини: повної (чоловік, можливо дитина) або неповної

(дитина); при оцінюванні когнітивного статусу показник більше 21 балу за шкалою Mini-mental State Examination (MMSE). Визначення актуального психоемоційного стану жінок, які перенесли ІМІ, здійснювали з використанням шкали депресії Бека (BDI) і методики діагностики самооцінки Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна для отримання даних суб'єктивної оцінки пацієнтками свого стану та шкал депресії і тривоги Гамільтона HDRS та HARS для порівняння суб'єктивної оцінки та об'єктивних даних.

Аналіз показників, які характеризують стан когнітивно-афективної сфери та соматичні прояви депресії, визначив їх достовірну різницю в залежності від групи обстежених ($p \leq 0,05$). Так, у пацієнток основної групи № 1 переважали симптоми когнітивного та афективного спектра, які діагностувалися у більш вираженому ступені прояву. У свою чергу, у основній групі № 2 серед показників переважали такі, що характеризували вираженість соматичних проявів депресії.

Встановлено, що такі характеристики, як песимізм, незадоволеність, відроза до себе, ідеї самозвинувачення, роздратованість, слізливість, нерішучість, були характерні для більшості жінок з основної групи № 1 ($p \leq 0,05$). З іншого боку, показники втрати працездатності, порушення сну, стомлюваності, втрати апетиту та ваги, захопленості почуттям власного тіла достовірно ($p \leq 0,05$) превалювали у жінок основної групи № 2. В цілому встановлена закономірність формування психопатологічного депресивного синдрому в залежності від сімейного статусу, що підтверджується розподілом симптомів за ступенем вираженості. Крім того, за допомогою статистичного аналізу встановлено достовірний взаємозв'язок між збільшенням ступеня вираженості симптому та його руйнівної дією на стан сімейної взаємодії пацієнток ($p \leq 0,05$).

Незважаючи на значні розходження у розподілі окремих симптомів депресії за частотою зустрічаємості у обох групах пацієнток, в цілому рівень депресивного реагування був однаково завищеним серед пацієнток обох груп. Проте, в основній групі № 1 кількість жінок з відсутністю депресії була значно більшою, ніж в основній групі № 2 (32,7 %, проти 19,0 %). Таким чином, спостерігалось відсоткове зменшення розповсюдженості депресії з посиленням її ступеня вираженості у жінок основної групи № 1 (наявність осіб без депресії і посилення вираженості психопатологічних проявів у жінок з депресією) та відносно стабільний розподіл між розповсюдженістю депресії та ступенем її вираженості у основній групі № 2. Ця залежність підтвердила думку про те, що при в цілому подібних механізмах розвитку депресії в обох групах, існує чіткий взаємозв'язок її формування та вираженості від сімейного статусу (наявності повної або неповної сім'ї). Така ситуація виникає внаслідок різних, задіяних при виводженні, мотиваційно-відповідальних механізмів: схильності до меншої відповідальності із проявами демонстративної поведінки симптомів депресії у одружених жінок та «мобілізація» із виказуванням скарг на неможливість у повному обсязі виховувати дитину внаслідок соматичного страждання, у самотніх жінок із дітьми.

У всіх пацієнток виявлено тривожність різного ступеня вираженості. У пацієнток основної групи № 1 тривожність характеризувалася як «динамічно стабільна» із більшою «маятником-подібною» пластичністю (поверненням із більш вираженого ступеня до менш вираженого). У пацієнток основної групи № 2 — як «динамічно зростаюча» без зворотного перебігу у вигляді «пікового зростання» за ступенем вираженості.

За структурою тривожності встановлено, що жінкам із загальною помірною тривожністю, які перенесли ІМІ, властивий завищений акцент до себе у зовнішньої вимогливості ($p \leq 0,05$), категоричності ($p \leq 0,05$), значимості в постановці завдань ($p \leq 0,05$), змістовному осмисленні діяльності ($p \leq 0,05$). Для жінок із низькою тривожністю, на противагу, були властиві низка активність та мотивація до діяльності ($p \leq 0,05$), порушення зацікавленості ($p \leq 0,05$), руйноване почуття відповідальності у прийнятті рішення ($p \leq 0,05$). Пацієнтки із високою тривожністю були схильні сприймати погрозу своїй самооцінці й життєдіяльності у великому