

М. О. Дрюченко

СИСТЕМА КОМПЛЕКСНОЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕННЯ МАТЕРИНСЬКО-ДИТЯЧОЇ ВЗАЄМОДІЇ В РОДИНАХ ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ: ЗАСАДИ, ЗМІСТ, ЕФЕКТИВНІСТЬ

Ужгородський національний університет МОН України, м. Ужгород

m.driuchenko@yandex.ua

Актуальність. Функціонування сімей, у яких жінка хворіє на параноїдну шизофренію (ПШ), характеризується суттєвими порушеннями. Дослідження даного аспекту дозволить глибше вивчити реальні внутрішньосімейні стосунки в родинах психічно хворих жінок, визначити вплив ПШ на усі сфери сімейного функціонування, розробити систему заходів медико-психологічної корекції порушення взаємодії в системі «мати – дитина» у таких родинах.

Мета – обґрунтувати засади й розробити систему медико-психологічних заходів оптимізації материнсько-дитячої взаємодії в родинах жінок, хворих на ПШ.

Матеріали та методи. На базі психіатричного відділення Закарпатського обласного наркологічного диспансеру впродовж 2014–2016 рр. обстежено 100 жінок, хворих на ПШ, їх чоловіків та дітей. В якості групи порівняння обстежено 50 звичайних родин. Жінки були обстежені за допомогою клініко-психопатологічного та психодіагностичного методів, діти – з використанням проєктивної методики «Кінетичний малюнок сім'ї», чоловіки – клініко-психологічним і психодіагностичним методами.

Результати. Виявлені порушення материнсько-дитячої взаємодії у родинах, де мати страждає на ПШ, дали можливість визначити сім основних груп чинників, що визначають актуальний стан материнсько-дитячої взаємодії, для кожної з яких визначено кількісні значення предиктивних та превентивних факторів. Сформульовано основні принципи комплексної медико-психологічної корекції материнсько-дитячої взаємодії в родинах, де мати хворіє на ПШ, визначено об'єкт втручання й основні мішені корекційних впливів, запропоновано п'ятиетапну систему корекційних заходів.

Висновок. Оцінка результативності запропонованої системи комплексної медико-психологічної корекції материнсько-дитячої взаємодії виявила її ефективність відносно усіх сфер материнсько-дитячої та подружньої взаємодії з покращенням показників психосоціального функціонування хворої жінки, її чоловіка та дітей.

Ключові слова:

параноїдна шизофренія, мати, подружня взаємодія, дитячо-батьківські стосунки, функціонування сім'ї, медико-психологічна корекція.

Актуальність. В останні роки наукова й клінічна психіатрія та медична психологія все більше уваги приділяють вивченню ролі сім'ї як провідного чинника підтримки фізичного та психічного здоров'я індивіда, профілактики виникнення та лікування психічних захворювань. Визнано, що розв'язання більшості клінічних проблем неминуче зачіпає сімейний контекст. Саме родина, а не працівники системи охорони здоров'я, забезпечують щоденну турботу про потреби психічно хворого і необхідний для одужання режим. Тому сім'я, разом з самим пацієнтом і мультидисциплінарною бригадою фахівців, визнана нині одним з активних учасників терапевтичного процесу [1].

Наявність у жінки захворювання на параноїдну шизофренію (ПШ) кардинальним чином спотворює виконання нею подружніх та материнських функцій [2–6] та змінює функціонування сімейної системи. Функціонування сімей, у яких жінка хворіє на ПШ, характе-

ризується суттєвими порушеннями. Тяжке психічне захворювання з вираженими порушеннями мислення, емоцій, вольовим дефектом, критичним зниженням енергетичного потенціалу, важкою соціальною дезадаптацією неминуче позначається на стані сімейного функціонування, спричиняючи патологізацію внутрішньосімейних стосунків. Однак, незважаючи на наявний інтерес із боку як вітчизняних, так і закордонних фахівців, питання про зміст специфічних відмінностей сімейного функціонування родини у випадку захворювання жінки на психічний розлад залишається відкритим. Дослідження даного аспекту дозволить глибше вивчити реальні внутрішньосімейні стосунки в сім'ях психічно хворих жінок, визначити вплив психічного захворювання на усі сфери сімейного функціонування.

Мета дослідження – обґрунтувати засади й розробити систему медико-психологічних заходів оптимізації материнсько-дитячої взаємодії в родинах жінок, хворих на ПШ.

Матеріали та методи дослідження

На базі психіатричного відділення Закарпатського обласного наркологічного диспансеру впродовж 2014 – 2016 рр. обстежено 100 жінок, хворих на ПШ, їх чоловіків та 112 їх дітей (основна група, ОГ). Вік жінок складав від 25 до 40 років (середній вік – $31,6 \pm 3,1$ років), тривалість захворювання – від 2 до 15 років (середня тривалість – $8,0 \pm 3,3$ років). Вік чоловіків у середньому не перевищував діапазону 7 років між ними та дружинами ($35,9 \pm 4,8$ років). Вік дітей варіював від 3 до 14 років, серед них було 65 дівчаток і 47 хлопчиків. В якості групи порівняння (ГП) обстежено 50 звичайних родин (середній вік здорових жінок – $32,6 \pm 3,8$ років, їхніх чоловіків – $35,7 \pm 3,9$ років, дітей – від 4 до 15 років).

Жінки були обстежені за допомогою клініко-психопатологічного методу, доповненого використанням кваліфікаційної шкали оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів PANSS та психіатричної шкали інвалідності WHO/DAS (Disability assessment Scale) [7]. Психологічний стан дітей та їх сприйняття материнсько-дитячих стосунків оцінювали за допомогою проективної методики «Кінетичний малюнок родини» Р. Бенса і С. Кауфмана [8].

Оцінку психоемоційної сфери чоловіків здійснювали з використанням наступних психодіагностичних методик: методики диференційної діагностики депресивних станів В. Зунге [9], шкали самооцінки рівня особистісної та реактивної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна [9] й методики діагностики самооцінки самопочуття, активності, настрою [9]. Якість життя чоловіків оцінювали з використанням опитувальника якості життя, розробленого Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu & Yoon [10].

Для встановлення специфіки сімейних стосунків та емоційних відносин в обстежених родинах використовували шкалу структурованого інтерв'ю для ідентифікації типу родини, розроблену В. А. Абрамовим зі співавт., 2009 [11], опитувальник Н. Б. Лутової, О. В. Макаревич «Тип ставлення родини до терапії психотропними препаратами» [12] та шкалу любові і симпатії З. Рубіна в модифікації Л. Я. Позмана, К. Є. Альшиної, 1985 [8].

Для оцінки стану подружнього й батьківсько-дитячого рівнів сімейної взаємодії було використано методу вивчення батьківських установок Parental Attitude Research Instrument – PARI [9].

Методика PARI складається з 23 шкал, 8 з яких описують ставлення до сімейної ролі, тоді як 15 – власне стосунки між батьками та дитиною. Типи сімейного виховання визначали відповідно до класифікації А. Є. Лічка [13].

Статистична обробка даних дослідження [14] включала розвідувальний статистичний аналіз з метою визначення характеру розподілу ознак (тести Шапіро – Уїлка, Колмогорова – Смирнова, Ліліефорса) та формування описової статистики з використанням модулю «Descriptive Statistics» прикладного пакета програм «Statistica for Windows. Release 6.0».

Результати та їх обговорення

У нашому дослідженні були виявлені суттєві порушення материнсько-дитячої взаємодії та сімейного функціонування у родинах, в яких мати страждає на

ПШ. Ці порушення проявлялися у вигляді подружньої дисфункції та порушення батьківсько-дитячої взаємодії.

Результатом була системна деформація материнсько-дитячої взаємодії, яка чинила виражений негативний вплив на загальну мікросоціальну, особливо сімейну, адаптацію, погіршуючи її і ще більшою мірою утруднюючи материнсько-дитячу взаємодію. Узгальнюючи визначені у нашому дослідженні закономірності щодо предикторів та превенторів деформації материнсько-дитячої взаємодії ми визначили сім основних груп чинників, які визначають актуальний стан материнсько-дитячої взаємодії (табл. 1).

Виявлені закономірності дали нам можливість обґрунтувати та розробити комплексну систему психокорекції порушень материнсько-дитячої взаємодії.

Основними принципами запропонованої комплексної системи медико-психологічної корекції порушень материнсько-дитячої взаємодії є наступне.

1. Комплексний характер заходів, що передбачає нормалізацію психічного стану жінки та чоловіка, різні форми індивідуального та групового психотерапевтичного втручання як для хворої на ПШ, так і для її чоловіка і дітей.

2. Послідовність реалізації заходів з урахуванням об'єктивного психічного стану та актуальних соціально-психологічних умов.

3. Індивідуально-орієнтований характер корекційних заходів з урахуванням порушень подружньої та материнсько-дитячої взаємодії.

Об'єктом втручання є порушення материнсько-дитячої взаємодії як складової комплексної сімейної дисфункції у родинах, в яких мати хворіє на ПШ.

Метою заходів медико-психологічної корекції є оптимізація материнсько-дитячої взаємодії шляхом:

1. Покращення психічного стану і забезпечення готовності жінки, хворої на ПШ, до відновлення нормальної материнсько-дитячої взаємодії.

2. Зменшення проявів невротизації і покращення психічного стану чоловіків і дітей жінок, хворих на ПШ.

3. Зменшення проявів психологічної та соціальної дезадаптації у жінок, хворих на ПШ, їхніх чоловіків та дітей.

4. Покращення реалізації подружньої взаємодії.

5. Нормалізації материнсько-дитячої взаємодії і напруження конструктивних патернів взаємодії батьків і дітей.

Основними мішенями медико-психологічних впливів є:

1. Порушення соціального функціонування жінки, яка хворіє на ПШ, що перешкоджає нормальній материнсько-дитячій взаємодії.

2. Дисфункціональні та неадаптивні поведінкові патерни, що утруднюють реалізацію материнсько-дитячої взаємодії.

3. Неконструктивні поведінкові стратегії, неадекватне ставлення до захворювання і недостатня поінформованість чоловіків, дружини яких хворіють на ПШ.

4. Порушення подружньої взаємодії.

5. Порушення сімейного функціонування.

З урахуванням зазначених вище особливостей, при проведенні комплексної корекції сімейного функціонування у родинах, де дружина хворіє на ПШ, слід дотримуватися наступних етапів корекційних заходів (рис. 1).

Таблиця 1. Змістовна та прогностична характеристика чинників, що формують стан материнсько-дитячої взаємодії (МДВ) у родинах, в яких мати хворіє на ПШ

Чинники	Предиктори деформації МДВ	Превентори деформації МДВ
1. Клініко-психопатологічний статус жінки	Клінічно несприятливий перебіг захворювання на ПШ: <ul style="list-style-type: none"> • нестійкі короточасні ремісії, тривалі періоди екзацербації, низький клінічний ефект антипсихотичної терапії; • тяжкість психопатологічної симптоматики: високий загальний показник, психотичні рівні показників продуктивної симптоматики (маячення, галюцинацій, збудження), негативної симптоматики (притупленого афекту, пасивно-апатичної соціальної відгородженості), загальної симптоматики (депресії, тривоги, активної соціальної відстороненості) 	Клінічно сприятливий перебіг захворювання на ПШ: <ul style="list-style-type: none"> • тривалі і стійкі ремісії, адекватна реакція на антипсихотичну терапію, висока ефективність лікування на позагоспітальному етапі, висока чутливість до біологічної (нейролептичної) терапії; • низькі показники виразності (непсихотичного рівня) продуктивної, негативної та загальної симптоматики шизофренії; • відсутність вираженого шизофренічного дефекту особистості
	прогноз (за балами шкали PANSS)	
	<i>ймовірно несприятливий: 107–113</i> <i>несприятливий: >113</i>	<i>сприятливий: <102</i> <i>ймовірно сприятливий: 102–106</i>
2. Психоемоційний стан чоловіка	Наявність ознак розладів адаптації, депресивних або тривожно-депресивних проявів, невротизації: <ul style="list-style-type: none"> • клінічна симптоматика депресивних або тривожних розладів; • високі показники за шкалами депресії і тривоги 	Відсутність або незначна виразність депресивних і тривожно-депресивних проявів та ознак невротизації: <ul style="list-style-type: none"> • відсутність клінічної депресивної та тривожної симптоматики; • низькі та помірні показники за шкалами депресії і тривоги
	прогноз (за балами шкали реактивної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна)	
	<i>ймовірно несприятливий: 42–49</i> <i>несприятливий: >49</i>	<i>сприятливий: <35</i> <i>ймовірно сприятливий: 35–42</i>
3. Психосоціальне функціонування жінки і чоловіка	Неконструктивні та дисфункціональні варіанти ставлення до захворювання та лікування, недостатня підтримка з боку сім'ї: <ul style="list-style-type: none"> • драматизуючий або негативний типи ставлення сім'ї до ПШ; • неконструктивні варіанти ставлення родичів до лікування; • низький або обмежений рівень ресурсу сімейної підтримки 	Конструктивні та адаптивні варіанти ставлення до захворювання та лікування: <ul style="list-style-type: none"> • адекватний тип ставлення сім'ї до захворювання на ПШ; • підтримуючий варіант ставлення родичів до лікування; • високий рівень ресурсу сімейної підтримки
	Погіршення соціального функціонування: <ul style="list-style-type: none"> • низький рівень якості життя; • високий рівень сімейної тривожності; • низькі показники соціальної підтримки сім'ї, друзів та інших значущих осіб 	Задовільний рівень соціального функціонування: <ul style="list-style-type: none"> • високий рівень якості життя; • низький рівень сімейної тривожності; • високі показники соціальної підтримки сім'ї, друзів та інших значущих осіб
	прогноз (за балами ресурсу сімейної підтримки шкали структурованого інтерв'ю для оцінки ресурсу сімейної підтримки пацієнта)	
<i>ймовірно несприятливий: 20–26</i> <i>несприятливий: <20</i>	<i>сприятливий: >32</i> <i>ймовірно сприятливий: 27–32</i>	
4. Психологічний статус дитини та її оцінка сімейної ситуації	Ознаки порушень психологічного статусу дитини: <ul style="list-style-type: none"> • емоційний дискомфорт; • почуття самотності; • депресивний настрій; • почуття неповноцінності; • відсутність почуття єднання з родиною; • почуття відторгненості; • незадоволена афіліативна потреба 	Ознаки нормального психологічного статусу дитини: <ul style="list-style-type: none"> • нормальний емоційний стан; • контактність; • самоповага і адекватне сприйняття себе і свого місця в родині; • сприйняття єдності і цілісності родини; • почуття захищеності
	прогноз (бали за шкалою «Сприятлива сімейна ситуація» методики «Кінетичний малюнок сім'ї»)	
	<i>ймовірно несприятливий: 0,4–0,6</i> <i>несприятливий: <0,4</i>	<i>сприятливий: >1,1</i> <i>ймовірно сприятливий: 0,7–1,1</i>
5. Дитячо-батьківська взаємодія	Ознаки порушень дитячо-батьківської взаємодії: <ul style="list-style-type: none"> • конфліктність або усамітнення дитини; • пригнічення дитини; • недостатній рівень кооперативної взаємодії та поваги до дитини 	Ознаки нормальної дитячо-батьківської взаємодії: <ul style="list-style-type: none"> • кооперативність і взаєморозуміння в родині; • відсутність пригнічення дитини; • високий рівень поваги до дитини і її розвитку
	прогноз (за інтегральним показником батьківсько-дитячої взаємодії за методикою PARI)	
	<i>ймовірно несприятливий: 12–20</i> <i>несприятливий: <12</i>	<i>сприятливий: >29</i> <i>ймовірно сприятливий: 21–29</i>
6. Подружня взаємодія	Ознаки порушень подружньої взаємодії: <ul style="list-style-type: none"> - подружні конфлікти; - неувважність чоловіка до дружини 	Ознаки нормальної подружньої взаємодії: <ul style="list-style-type: none"> - низька конфліктність; - достатня увага чоловіка до дружини
	прогноз (за інтегральним показником подружньої взаємодії за методикою PARI)	
	<i>ймовірно несприятливий: 32–39</i> <i>несприятливий: >39</i>	<i>сприятливий: <22 балів</i> <i>ймовірно сприятливий: 22–31</i>

7. Сімейна взаємодія	Ознаки системного порушення сімейної взаємодії: • недостатнє взаєморозуміння і взаємопідтримка подружжя; • неухважність до дитини, небажання враховувати її інтереси, нехтування і пригнічення її потреб	Ознаки гармонійної сімейної взаємодії: • високий рівень взаєморозуміння і взаємопідтримки подружжя; • достатній рівень уваги до дитини, повага до її інтересів, прагнення розвитку
	прогноз (за інтегральним показником сімейної взаємодії за методикою PARI)	
	ймовірно несприятливий: 13–28 несприятливий: <13	сприятливий: >48 ймовірно сприятливий: 29–48

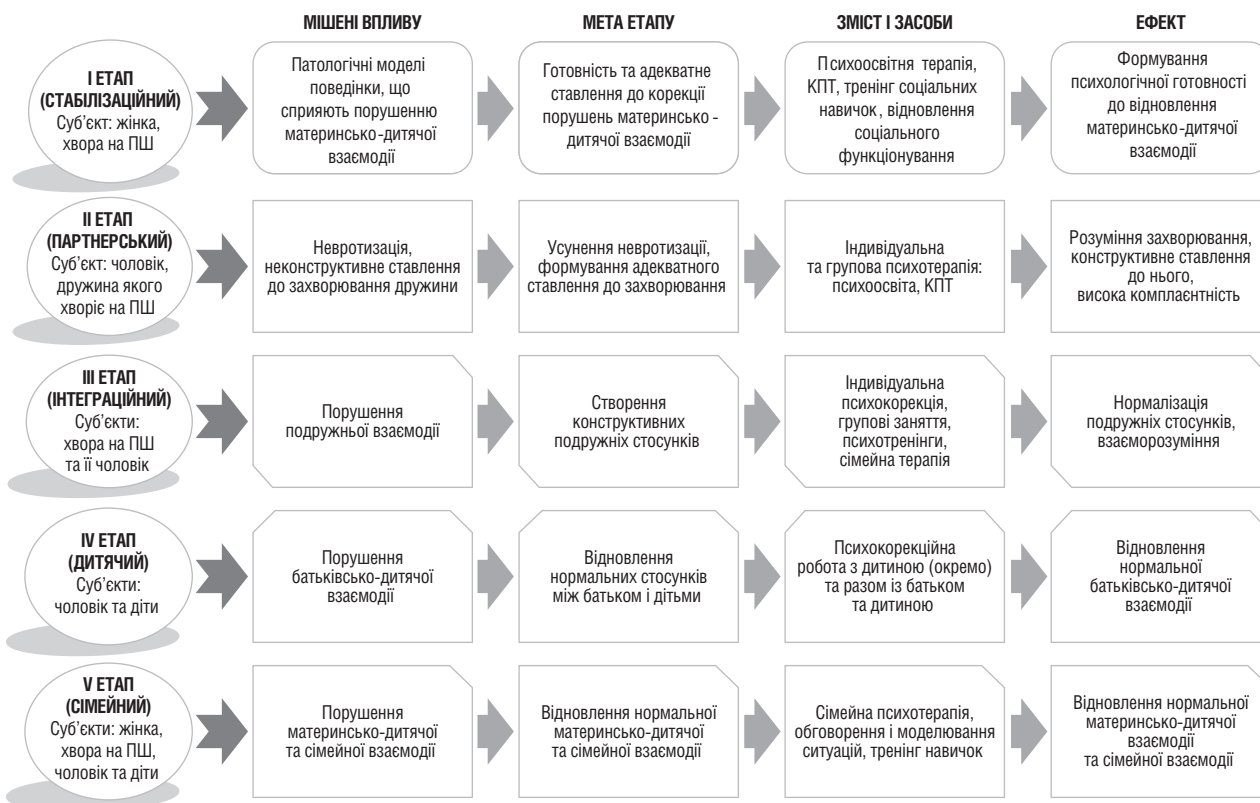


Рис. 1. Схема комплексної медико-психологічної корекції порушень МДВ при ПШ у матері

I етап – стабілізаційний. Психокорекційні заходи на цьому етапі провадилися щодо жінки, яка хворіє на ПШ. Метою даного етапу було створення психологічних передумов для подальшого психокорекційного впливу в рамках сімейної терапії.

Структура заходів на цьому етапі включала комплекс психотерапевтичних та психокорекційних заходів. Психотерапевтичні заходи включали індивідуальну психотерапію, зокрема тренінг комунікативних навичок, формування та підтримання належного рівня соціального і родинного функціонування. На етапі екзацербатії захворювання індивідуальна психотерапія була спрямована на створення спокійної і доброзичливої атмосфери, формування довірчих стосунків між пацієнтом та лікарем, досягнення високого рівня комплаєнсу і готовності пацієнтки до подальшої співпраці. На етапі формування ремісії індивідуальна психотерапія включала психоосвітні заходи, спрямовані на усвідомлення і прийняття пацієнткою факту психічного захворювання і пов'язаних з цим обмежень і лікувально-реабілітаційних заходів, обговорення шляхів подолання наслідків психічного розладу. Когнітивно-поведінкова терапія на цьому етапі була спрямована на корекцію основних

дисфункціональних переконань і хибних психологічних установок, патологічних форм поведінки, а також на формування адекватних і конструктивних моделей поведінки, включаючи моделі взаємодії з мікросоціальним оточенням.

Групова психотерапія на цьому етапі провадилася у спеціальних групах, що складалася з жінок, хворих на ПШ, і включала обговорення основних проблем, з якими стикалися хворі, а також тренінг соціальних навичок і когнітивних функцій.

Критерієм ефективності була готовність жінки до проведення подальших корекційних заходів щодо нормалізації материнсько-дитячої взаємодії.

II етап – партнерський. Передбачав роботу з чоловіком, дружина якого хворіє на ПШ. Метою даного етапу була нормалізація психічного стану чоловіка, надання чоловікові необхідної інформації щодо особливостей перебігу ПШ, правил поведінки у спілкуванні з хворою, шляхів налагодження міжособистісних контактів, особливостей реагування хворих на ПШ, корекція неконструктивних форм поведінки та дезадаптивного ставлення до захворювання, підготовка до корекції сімейної дисфункції.

Структура заходів на цьому етапі включала індивідуальну та групову психотерапію. Індивідуальна психотерапія включала заходи з психоосвіти та тренінги міжособистісної комунікації. Кількість сеансів – від 4 до 10, залежно від рівня освіченості, комплаєнтності, динаміки позитивних змін тощо. Групова психотерапія проводилася у спеціалізованих групах, що складалася з родичів психічно хворих, і включала обговорення основних проблем та труднощів, з якими стикалися родичі хворих на ПШ, особливостей спілкування з хворими, шляхів виходу з конфліктних ситуацій тощо. Групові заняття проводилися 1–2 рази на тиждень. Загальна кількість – 4–5 занять.

Орієнтовна тривалість цього етапу – 1 місяць. Заходи II етапу можуть проводитися одночасно з психотерапевтичними та психокорекційними заходами I етапу.

III етап – інтеграційний. Заходи цього етапу були розраховані на спільну психотерапевтичну роботу жінки, яка хворіє на ПШ, та її чоловіка. На першому, індивідуальному, занятті проводилася підготовка до спільної психотерапевтичної роботи, визначалися основні цілі та мішені психотерапевтичного втручання, розроблялася тактика психотерапії. Подальші, спільні, заняття проводилися 1–2 рази на тиждень (всього від 10 до 20 занять, залежно від динаміки психотерапевтичного процесу і досягнутих результатів) впродовж 2–3 місяців. Під час заняття, що тривало 1 годину, обговорювалися причини подружньої дисфункції у сім'ях хворих на ПШ і шляхи її подолання, моделювалися основні проблемні ситуації, обговорювалися можливі варіанти вирішення конфліктів.

Структура заходів цього етапу включала психоосвітні заходи, що у доступній формі доносили до подружніх пар інформацію щодо причин, етіопатогенетичних механізмів ПШ, шляхів зменшення її несприятливих наслідків; а також сімейну психотерапію, що передбачала визначення сімейного діагнозу, особливостей взаємодії членів сім'ї, аналіз причин порушень сімейної взаємодії, механізмів внутрішньосімейних конфліктів та шляхів їх усунення, формування стійкого терапевтичного ефекту. Проблемно-вирішальна сімейна терапія передбачала пошук шляхів розв'язання проблем через реконструкцію дисфункціональних моделей сімейної взаємодії. Сімейна поведінкова терапія була спрямована на дезактуалізацію неконструктивних форм сімейної взаємодії і формування адекватних родинних стосунків із їх подальшою фіксацією у процесі сімейного функціонування.

На цьому етапі також проводилися групові психотерапевтичні сеанси у спеціалізованих групах, що складалася з жінок, хворих на ПШ, та їхніх чоловіків. Під час сеансів обговорювалися основні проблеми, з якими стикаються родини хворих на ПШ в процесі сімейної взаємодії. Кількість сеансів складала від 3 до 5, кожен сеанс тривав приблизно 1 годину.

IV етап – дитячий. Заходи цього етапу були орієнтовані на дитину і чоловіка хворої на ПШ. Перше заняття, яке проводилося з дитиною (без участі батька), було спрямоване на усунення у дитини емоційного дискомфорту, почуття самотності, депресивного настрою, почуття неповноцінності, відсутності почуття єднання з родиною, почуття відторгненості, незадоволеної афіліативної потреби. На наступних заняттях, які проходили

спільно з батьком і дитиною (дітьми), проводилися заходи з відновлення та стабілізації батьківсько-дитячої взаємодії. Застосовувалися методики моделювання, обговорення ситуацій, поведінкової корекції.

Тривалість цього етапу – 2–3 тижні, заняття проводилися двічі на тиждень. Загальна кількість занять – 5–10.

V етап – сімейний. На цьому етапі психотерапевтичні заходи охоплювали всіх суб'єктів: жінку, хвору на ПШ, її чоловіка та дітей. Заняття проводилися щотижня або двічі на тиждень, загальна кількість занять – 5–10, тривалість курсу 1–2 місяці. Перше заняття проводилося з батьками, воно було присвячене обговоренню особливостей родинної взаємодії, наявних проблем у стосунках з дитиною і тактики психокорекції. У подальшому заняття проводилися у повному складі (жінка, чоловік та діти) і включали обговорення сімейних ситуацій та шляхів подолання конфліктів, формування адекватного ставлення до дитини з боку батьків, моделювання конструктивних форм поведінки.

Загальна тривалість корекційного курсу складає 4–6 місяців. Після закінчення курсу рекомендується повторне обстеження з використанням шкал PARI та «Кінетичний малюнок сім'ї» для оцінки ефективності корекції.

Висновки

Оцінка ефективності запропонованої системи комплексної корекції материнсько-дитячої взаємодії, проведена відповідно до принципів доказової медицини з використанням опитувальника «Вимірювання батьківських установок та реакцій» (PARI) та методики «Кінетичний малюнок сім'ї», виявила високу ефективність запропонованої схеми відносно усіх сфер материнсько-дитячої та подружньої взаємодії з покращенням показників психосоціального функціонування хворої жінки, її чоловіка та дітей. Це дає підстави рекомендувати запропоновану систему для широкого застосування у родинах з неповнолітніми дітьми, де мати хворіє на ПШ.

Список використаної літератури

1. Косенко К. А. Психосоціальна реабілітація жінок, хворих на параноїдну шизофренію, при різних моделях родинної взаємодії: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук: 14.01.16 / Косенко Корнелі Артурівна; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» – Харків, 2015. – 24 с.
2. Животовська Л. В. Аналіз сімейного здоров'я при шизофренії в одного з батьків / Л. В. Животовська, О. А. Казаков, В. В. Борисенко // Медична психологія. – 2015. – Т. 10, № 3. – С. 48–51.
3. Пшук Н. Г. Динаміка ресурсу сім'ї, де проживає хворий на параноїдну шизофренію / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, Є. Я. Пшук // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, вип. 3 (72). – С. 215.
4. Маркова М. В. Рівень функціонування родини як критерій вибору типу психотерапевтичного втручання в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію / М. В. Маркова, В. О. Діхтяр // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, вип. 1 (70), додаток. – С. 50–51.
5. Плевачук О. Ю. Взаємозв'язок перебігу шизофренії з психологічними особливостями мікросередовища пацієнта: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук: 14.01.16 / Плевачук Оксана Юрївна; 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. 18, вип. 3 (64). – С. 133–134.
7. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use. – Geneva: WHO, 1988. – 96 p.
8. Олифірович Н. И. Психология семейных кризисов / Н. И. Олифірович, Т. А. Зинкевич-Куземкина, Т. Ф. Велента. – СПб.: Речь, 2006. – 360 с.
9. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский. – Самара: Изд. дом «Бахрах-М», 2016. – 672 с.

- Критерий качества жизни в психиатрической практике / Н. А. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак [и др.] – Х.: РИФ АРСИС, ЛТД, 2004. – 239 с.
- Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией: монография / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. – Донецк: Каштан, 2009. – 584 с.
- Лутова Н. Б. Типология отношения семьи к терапии психотропными препаратами / Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич. – СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2011. – 19 с.
- Кравченко Т. В. Допомога батькам у вихованні дітей: методичні рекомендації для соціальних працівників / Т. В. Кравченко, І. М. Трубавіна. – К.: ДЦССМ, 2004. – 100 с.
- Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. Экспериментальные исследования. Клинические испытания. Анализ фармацевтического рынка / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – 2-е изд., перераб. и доп. – К.: Морион, 2001. – 408 с.
- Plevachuk, O. Yu. (2011). *Vzajemov'iazok perebihu shyzofrenii z psykholohichnymy osoblyvostyamy mikroseredovyscha patsiienta* [Relationship paranoid schizophrenia flow of micro-psychological characteristics of the patient]. Extended abstract of Candidate's thesis, Kharkiv, 18 p. (In Ukrainian).
- Markova, M. V., & Dikhtiar, V. O. (2010). *Osoblyvosti simeinoi vzajemodii ta adaptatsii v rodyni u patsiientiv, khvorykh na shyzofreniiu, z tochyk zoru psykhoterapevtychnoho potentsialu sim'i* [Features of family interaction and family adaptation in patients with schizophrenia in terms of psychotherapeutic potential of family]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 18, issue 3 (64), pp. 133–134. (In Ukrainian).
- WHO. (1988). *Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use*. Geneva: WHO, 96 p.
- Olifirovich, N. I., Zinkevich-Kuzemkina, T. A., & Velenta, T. F. (2006). *Psihologija semejnykh krizisov* [Psychology of family crises]. St. Petersburg: Rech', 360 p. (In Russian).
- Rajgorodskij, D. Ja. (2016). *Prakticheskaja psihodiagnostika. Metodiki i testy* [Practical psychodiagnosics. Methods and tests]. Samara: Bahrah-M, 672 p. (In Russian).
- Maruta, N. O., Panko, T. V., Yavdak, I. O., Semykina, O. Ye., & Koliadko, S. P. (2004). *Kriterij kachestva zhizni v psihiatricheskoy praktike* [Criterion of quality of life in psychiatric practice]. N. O. Maruta (Ed.). Kharkiv: RIF ARSIS, LTD, 239 p. (In Russian).
- Abramov, V. A., Zhyhulina, I. V., & Riapolova, T. L. (2009). *Psihosocial'naja rehabilitacija bol'nyh shyzofrenij* [Psychosocial rehabilitation of schizophrenic patients]. Donetsk: Kashan, 584 p. (In Russian).
- Lutova, N. B., & Makarevich, O. V. (2011). *Tipologija otnoshenija sem'i k terapii psihotropnyimi preparatami* [Typology of family relationship to psychotropic therapy]. St. Petersburg: NIPNI of V. M. Behterev, 19 p. (In Russian).
- Kravchenko, T. V., & Trubavina, I. M. (2004). *Dopomoha batkam u vykhovanni ditei: metodychni rekomendatsii dlja sotsialnykh pratsivnykiv* [Assistance for parents in raising children: guidelines for social workers]. Kyiv: DTSSSM, 100 p. (In Ukrainian).
- Lapach, S. M., Chubenko, A. V., & Babych, P. M. (2001). *Statisticheskie metody v mediko-biologicheskikh issledovanijah s ispol'zovanijem Excel. Jeksperimental'nye issledovanija. Klinicheskie ispytaniya. Analiz farmacevticheskogo rynka* [Statistical methods in biomedical research using Excel. Experimental research. Clinical trials. Analysis of the pharmaceutical market]. (2nd ed.). Kyiv: Morion, 408 p.

References

- Kosenko, K. A. (2015). *Psykosotsialna rehabilitatsiia zhinok, khvorykh na paranoidnu shyzofreniiu, pry riznykh modeliakh rodynnoi vzajemodii* [Psychosocial rehabilitation of women suffering from paranoid schizophrenia, with different models of family interaction]. Extended abstract of Candidate's thesis, Kharkiv, 24 p. (In Ukrainian).
- Zhyvotovska, L. V., Kazakov, O. A., & Borysenko, V. V. (2015). *Analiz simeinoho zdorov'ia pry shyzofrenii v odnoho z batkiv* [Analysis of family health at schizophrenia in a parent]. *Medychna psykholohiia – Medical Psychology*, vol. 10, no. 3 (39), pp. 48–51. (In Ukrainian).
- Pshuk, N. G., Markova, M. V., & Pshuk, Ye. Ya. (2012). *Dynamika resursu sim'i, de prozhyvaie khvoryi na paranoidnu shyzofreniiu* [The dynamics of resource of family, where patient suffering from paranoid schizophrenia]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 20, issue 3 (72), pp. 215. (In Ukrainian).
- Markova, M. V., & Dikhtiar, V. O. (2012). *Riven funktsionuvannia rodyni yak kryterii vyboru typu psykhoterapevtychnoho vtruchannia v kompleksnomu likuvanni khvorykh na paranoidnu shyzofreniiu* [The level of family functioning as a criterion for selecting the type of psychotherapeutic intervention in the treatment of patients with paranoid schizophrenia]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 20, issue 1 (70), suppl., pp. 50–51. (In Ukrainian).

СИСТЕМА КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЯ МАТЕРИНСКО-ДЕТСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В СЕМЬЯХ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ: ОСНОВЫ, СОДЕРЖАНИЕ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ

М. А. Дрюченко

Актуальность. Функционирование семей, в которых женщина страдает параноидной шизофренией (ПШ), характеризуется существенными нарушениями. Исследование данного аспекта позволит глубже изучить реальные внутрисемейные отношения в семьях психически больных женщин, определить влияние ПШ на все сферы семейного функционирования, разработать систему мер медико-психологической коррекции нарушения взаимодействия в системе «мать–ребенок» в таких семьях.

Цель – обосновать принципы и разработать систему медико-психологических мероприятий оптимизации материнско-детского взаимодействия в семьях женщин, больных ПШ.

Материалы и методы. На базе психиатрического отделения Закарпатского областного наркологического диспансера в течение 2014–2016 гг. обследовано 100 женщин, больных ПШ, их мужей и детей. В качестве группы сравнения обследовано 50 обычных семей. Женщины были обследованы с помощью клинико-психопатологического и психодиагностического методов, дети – с использованием проективной методики «Кинетический рисунок семьи», мужчины – клинико-психологическим и психодиагностическим методами.

Результаты. Выявленные нарушения материнско-детского взаимодействия в семьях, где мать страдает ПШ, позволили выявить семь основных групп факторов, определяющих актуальное состояние материнско-детского взаимодействия, для каждого из которых рассчитаны количественные значения предиктивного и превентивных факторов. Сформулированы основные принципы комплексной медико-психологической коррекции материнско-детского взаимодействия в семьях, где мать болеет ПШ, определены объект вмешательства и основные мишени коррекционных воздействий, предложена пятиэтапная система коррекционных мероприятий.

Выводы. Оценка результативности предложенной системы комплексной медико-психологической коррекции материнско-детского взаимодействия выявила ее эффективность в отношении всех сфер материнско-детского и супружеского взаимодействия с улучшением показателей психосоциального функционирования больной, ее мужа и детей.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, мать, супружеское взаимодействие, детско-родительские отношения, семейное функционирование, медико-психологическая коррекция.

SYSTEM OF INTEGRATED MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF VIOLATION OF MOTHER AND CHILD INTERACTION IN FAMILIES OF WOMEN WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA: BASES, CONTENT, EFFECTIVENESS

M. O. Driuchenko

Background. The functioning of families in which a woman suffers from paranoid schizophrenia (PSch) is characterized by significant disabilities. The study of this aspect will make it possible to study more deeply the real family relationships in the families of mentally ill women, to determine the influence of PSch on all spheres of family functioning, to develop a system of measures for medical and psychological correction of the interaction in the mother-child system in such families.

Objective – to justify the principles and develop a system of medical and psychological measures to optimize maternal and child interaction in families of women with PSch.

Materials and methods. We examined the 100 women with PSch, their husbands and children on the basis of the psychiatric department of the Transcarpathian Regional Narcological Dispensary during 2014–2016. As a comparison group, 50 ordinary families were examined. We used clinical-psychopathological and psychodiagnostic methods for the women, projective technique «kinetic figure of the family» for their children and clinical and psychological and psychodiagnostic methods for their husbands.

Results. The revealed infringements of mother-child interaction in families where the mother suffers from PSch, allowed to identify seven main groups of factors determining the actual state of mother-child interaction, for each of which quantitative values of predictive and preventive factors were calculated. We defined the main principles of complex medical and psychological correction of mother-child interaction in families where the mother is sick with PSch. Also we determined the object of intervention and the main targets of corrective actions, and proposed a five-stage system of corrective measures.

Conclusions. The evaluation of the effectiveness of the proposed system of comprehensive medical and psychological correction of mother and child interaction has revealed its effectiveness in all areas of maternal and child and spousal interaction with the improvement of the indicators of the psychosocial functioning of the patient, her husband and children.

Keywords: paranoid schizophrenia, mother, conjugal interaction, child-parent relations, family functioning, medical and psychological correction.

Стаття надійшла до редакції 18.10.2016 р.

ДРЮЧЕНКО Майя Олександрівна, асистент кафедри сімейної медицини факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки Державного вищого навчального закладу «Ужгородський національний університет» Міністерства освіти і науки України, м. Ужгород, Україна; e-mail: m.driuchenko@yandex.ua

ДРЮЧЕНКО Майя Александровна, ассистент кафедры семейной медицины факультета последипломного образования и доуниверситетской подготовки Государственного высшего учебного заведения «Ужгородский национальный университет» Министерства образования и науки Украины, г. Ужгород, Украина; e-mail: m.driuchenko@yandex.ua

DRUCHENKO Maiia Oleksandrivna, assistant of Department of Family Medicine of Faculty of the Postgraduate Education and Pre-University training of the State Higher Educational Institution «Uzhhorod national university» of Ministry of Education and Science of Ukraine, Uzhhorod, Ukraine; e-mail: m.driuchenko@yandex.ua