

УДК 616.895.8:616.89-02-085:615.851

*К. А. Косенко***ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВПЛИВУ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ ЗАХОДІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ, ПРИ РІЗНИХ МОДЕЛЯХ РОДИННОЇ ВЗАЄМОДІЇ, НА РІВЕНЬ ЇХ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ**

Харківська медична академія післядипломної освіти, Одеський обласний психоневрологічний диспансер

Ключові слова: параноїдна шизофренія, родинна взаємодія, психотерапевтичні заходи, жінки

У світовій та вітчизняній науковій літературі досить всебічно розглядається питання психотерапії хворих на параноїдну шизофренію. В цілому зазначається, що підходи до застосування психотерапевтичних заходів повинні будуватися на знаннях щодо загальних засад терапії, її мети завдань та можливості оцінювання кінцевого результату. Окремо зазначається, що найбільш ефективними при роботі з пацієнтами, хворими на параноїдну шизофренію, є поєднання сімейних та поведінкових психоосвітніх втручань, бо психоосвітня сімейна психотерапія – одна зі складових психосоціальної реабілітації, найбільш відповідна загальної гуманістичної спрямованості партнерської моделі надання психіатричної допомоги. До того ж, саме сім'я, поряд з самим пацієнтом і мультидисциплінарною бригадою фахівців (лікар-психіатр, лікар-психолог, соціальний працівник і т.і.), розглядається як один з активних учасників терапевтичного процесу [1 – 6].

Між тим, для успішного використання сімейного реабілітаційного ресурсу, необхідні дослідження, спрямовані на визначення специфічних властивостей внутрішньосімейного функціонування в сім'ях психічнохворих з різними моделями родинної взаємодії, для розробки в подальшому тактики їх психосоціальної реабілітації з акцентом на виявлені особливості ресурсних можливостей сім'ї.

Виходячи з вищенаведеного, нами здійснене дослідження, метою якого було – на основі вивчення психосоціальних особливостей жінок, хворих на шизофренію, при різних моделях родинної взаємодії, та клініко-психопатологічних закономірностей перебігу захворювання, розробити систему психотерапевтичних заходів, спрямовану на відновлення функціонування хворої

у родині в комплексному лікувально-реабілітаційному процесі.

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

Клініко-психопатологічне дослідження включало структуроване інтерв'ю (спадковість, вплив контекстуальних факторів на розвиток психічного захворювання) із застосуванням Z кодів (вісь–3) МКХ–10 та обстеження із застосуванням опитувальника МКХ–10 «Оцінювальний перелік симптомів і глосарій для психічних розладів ВООЗ» (1994) (Модуль F 2: психотичний синдром) та шкали PANSS.

Поглиблене вивчення соціального функціонування проводилося за допомогою Психіатричної шкали інвалідності WHO/DAS (Disability assessment Scale, 1998) [7], ЯЖ оцінювалась за допомогою опитувальника якості життя, розробленого Н. Mezzich, Cohen, Ruirperez, Liu & Yoon (1999) [8].

Дослідження особливостей родинного функціонування жінок, хворих на параноїдну ши-

зофренію, виконувалося за допомогою наступного методичного забезпечення: «шкали структурованого інтерв'ю для ідентифікації типу родини», «шкали структурованого інтерв'ю для визначення відношення членів родини до хвороби (психіатричного діагнозу) у родича», методики «Оцінка ресурсу сімейної підтримки пацієнта», розроблених під керівництвом проф. В. А. Абрамова (2009) [9], а також опитувальника «Тип ставлення родини до терапії психотропними препаратами» (Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич, 2011) [10].

В результаті роботи виявлено, що не передбачений характер сполучення психопатологічних проявів призводить до виникнення «неякісного» родинного функціонування внаслідок паралельної дії симптомів. Такі симптоми мають спонукаючу дію щодо інших симптомів, тим самим являючись «локомотивом» порушень родинного функціонування, призводячи до зниження міцності соціальної родинної ролі. Така дія руйнує зв'язки між «навичками родинного функціонування» як у сфері окремої соціальної ролі, так й у міжсоціальному рольовому родинному функціонуванні (декілька пов'язаних за змістом соціальних ролей). Виявлено, що збереження у жінок тих чи інших навичок соціального функціонування істотно залежить від моделі родинної взаємодії, данні навички повинні ставати «базовими», відштовхуюсь від рівня збереженості яких, необхідно планувати стратегію «відновлення родинної взаємодії».

Виявлено, що модель родинної взаємодії, де жінки мають здорового чоловіка та дітей, більш схильна підтримувати у жінок вищий рівень адаптованості щодо виконання обов'язків соціального та родинного функціонування. Найгіршим варіантом моделі родинної взаємодії є ситуація, коли доросли жінки проживають із власними батьками. Найвища якість життя діагностовано у пацієнток, які мають здорового чоловіка та дітей (сер. бал – 7,2); на другому місці за якістю життя – хворі, що проживають з психічно здоровим чоловіком (сер. бал – 6,0); на третьому місці за рівнем якості життя опинились жінки, що проживають з дорослими дітьми (сер. бал – 4,1); на останньому місці – хворі, які проживають у батьківській родині, не маючи власної (сер. бал – 3,1). Найбільший вагомий та впливовий зв'язок між шкалами якості життя у всіх групах встановлено між психологічним / емоційним благополуччям та міжособистісною взаємодією ( $r = 0,95$ ), самообслуговуванням та незалежністю у діях ( $r = 0,96$ ) та соціо-емоційною підтримкою ( $r = 0,94$ ). Встановлено, що на

першій план психотерапевтичної допомоги жінкам з параноїдною шизофренією виходять проблеми відчуття психологічної або емоційної самотності у родині. Самотність створює причино-наслідкове коло порушень родинного функціонування, а саме: самотність – обмеження спілкування у родині - порушення родинної комунікації – дезадаптованість жінки – фрустраційна реакція – неможливість вирішення проблем – замкнутість – самотність. Отримані дані лягли в основу розробки системи психотерапевтичних заходів, спрямованої на відновлення функціонування хворої у родині в комплексному лікувально-реабілітаційному процесі, з урахуванням моделі сімейної взаємодії.

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

Отже, система психотерапевтичних заходів в комплексному лікуванні жінок, хворих на параноїдну шизофренію, в залежності від моделі їх родинної взаємодії, складається із: а) загальних підходів до комплексної допомоги, загальних засад до психофармакотерапії; б) базових підходів до психотерапії та психосоціальних заходів; в) засад роботи із родинами жінок, які страждають на параноїдну шизофренію, в залежності від моделі родинної взаємодії; г) змісту тематичного плану психоосвітньої сімейної психотерапевтичної роботи з родинами жінок, які страждають на параноїдну шизофренію, з урахуванням моделі родинної взаємодії; д) тренінгів з розвитку навичок незалежного життя у жінок, яка страждають на параноїдну шизофренію, в залежності від моделі родинної взаємодії.

Динаміка стану пацієнток оцінювалася після проведення психотерапевтичних заходів. Контроль ефективності психотерапевтичних заходів в комплексному лікуванні жінок, хворих на параноїдну шизофренію, здійснювався за допомогою суб'єктивного та об'єктивного критеріїв, а

сама: 1) методики оцінки якості життя, запропонованої Н. Mezzich зі співав. (1999); 2) шкали психіатричної інвалідності WHO/DAS (1998). Дані, отримані у процесі оцінки запропонованих заходів, вивчалися за впливом кількісних та якісних характеристик на родинну адаптацію, а саме за рівнем (середнім балом та індексом) успішності пацієнток у основних сферах соціального функціонування – міжособистісної, відношення з родиною та у суспільстві, організації життєдіяльності в побуті та ін. Із усіх досліджених жінок, хворих на параноїдну шизофренію (n=150), терапевтичну групу склали хворі, які приймали участь у запропонованих заходах що розроблені за результатами власних досліджень (80 осіб). У свою чергу, терапевтична група згідно мети дослідження була розподілена на 4 підгрупи:

1. Терапевтична група 1 (ТГ1) - 20 жінок, які страждають на параноїдну шизофренію та мають здорового чоловіка.

2. Терапевтична група 2 (ТГ2) - 20 жінок, які страждають на параноїдну шизофренію, мають здорового чоловіка та дітей.

3. Терапевтична група 3 (ТГ3) - 20 жінок, які страждають на параноїдну шизофренію, проживають із власними батьками (власної родини та дітей не мають).

4. Терапевтична група 4 (ТГ4) - 20 жінок, які страждають на параноїдну шизофренію, проживають із дорослими дітьми.

Контрольну групу (КГ) склали 70 жінок, які отримували стандартну регламентовану терапію у лікарні. Періодами оцінювання було обрано 3 місяця та 6 місяців. Дані періоди обрані виходячи із того, що через 3 місяця вже можливо фіксувати зміни в усіх сферах функціонування, а не лише в окремих, що піддаються більш легкому впливу та змінам. В свою чергу, через 6 місяців можливо цінити «остаточний ефект» заходів, враховуючи «звикання» до заходів та часткову втрату первинного «ефекту».

Першим етапом оцінки ефективності запропонованих заходів стає оцінювання якості життя хворих за суб'єктивним показником методикою оцінки якості життя Н. Mezzich із співав. Дані розподілу хворих ТГ1, ТГ2, ТГ3, ТГ4 та КГ за оцінюванням якості життя відображено у табл. 1 – 3.

Таблиця 1

**Розподіл хворих за оцінюванням якості життя ОГ1 та ОГ2**

Показники	ТГ1				ТГ2			
	3 міс. (n=20)		6 міс. (n=20)		3 міс. (n=20)		6 міс. (n=20)	
	С.б	%	С.б	%	С.б	%	С.б	%
Фізичне благополуччя	7	10,8	7	9,9	7	9,3	7	7
Психологічне / емоційне благополуччя	6	9,2	7	9,9	7	9,3	8	6
Самообслуговування та незалежність у діях	6	9,2	8	11,3	8	10,7	8	6
Працездатність	6	9,2	7	9,9	7	9,3	7	6
Міжособистісна взаємодія	7	10,8	7	9,9	8	10,7	8	7
Соціо-емоційна підтримка	7	10,8	8	11,3	8	10,7	8	7
Суспільна та службова підтримка	6	9,2	7	9,9	8	10,7	8	6
Самореалізація	8	12,3	8	11,3	7	9,3	7	8
Духовна реалізація	6	9,2	6	8,5	7	9,3	8	6
Загальне сприйняття ЯЖ	6	9,2	6	8,5	8	10,7	9	6
Середній бал, (%)	6,5 (100,0%)		7,1 (100,0%)		7,5 (100,0%)		7,8 (100,0%)	

З даних представлених у табл. 1 – 3 видно, що в цілому, як через 3, так і через 6 місяців, вплив запропонованих психотерапевтичних заходів в комплексному лікуванні жінок, хворих на параноїдну шизофренію, на показники якості життя за різними сферами, у порівнянні із стан-

дартними заходами, є істотним. За усіма оцінюваними сферами якості життя середній бал у ТГ1, ТГ2, ТГ3 та ТГ4 значно відрізнявся від такового у хворих КГ. Виявлено, що в цілому середній бал якості життя у всіх групах через 3 та 6 місяців мав тенденцію до підвищення.

Розподіл пацієнтів за оцінюванням якості життя ОГ3 та ОГ4

Показники	ТГ3				ТГ4			
	3 міс. (n=20)		6 міс. (n=20)		3 міс. (n=20)		6 міс. (n=20)	
	С.б	%	С.б	%	С.б	%	С.б	%
Фізичне благополуччя	4	10,0	6	10,7	5	9,8	6	4
Психологічне / емоційне благополуччя	4	10,0	5	8,9	5	9,8	5	4
Самообслуговування та незалежність у діях	4	10,0	6	10,7	6	11,8	7	4
Працевдатність	4	10,0	6	10,7	4	7,8	7	4
Міжособистісна взаємодія	4	10,0	6	10,7	5	9,8	6	4
Соціо-емоційна підтримка	4	10,0	5	8,9	6	11,8	7	4
Суспільна та службова підтримка	4	10,0	6	10,7	4	7,8	6	4
Самореалізація	4	10,0	5	8,9	5	9,8	6	4
Духовна реалізація	4	10,0	6	10,7	5	9,8	7	4
Загальне сприйняття ЯЖ	4	10,0	5	8,9	6	11,8	6	4
Середній бал, (%)	4,0 (100,0%)		5,6 (100,0%)		5,1 (100,0%)		6,3 (100,0%)	

Таблиця 3

Розподіл хворих за оцінюванням якості життя у КГ

Показники	3 міс. (n=70)		6 міс. (n=70)	
	С.б.	%	С.б.	%
Фізичне благополуччя	5	11,1	5	10,2
Психологічне / емоційне благополуччя	4	8,9	5	10,2
Самообслуг-я та незалежність у діях	5	11,1	5	10,2
Працевдатність	3	6,7	5	10,2
Міжособистісна взаємодія	4	8,9	5	10,2
Соціо-емоційна підтримка	5	11,1	5	10,2
Суспільна та службова підтримка	4	8,9	5	10,2
Самореалізація	5	11,1	5	10,2
Духовна реалізація	5	11,1	5	10,2
Загальне сприйняття якості життя	5	11,1	4	8,2
Середній бал, (%)	4,5 (100,0%)		4,9 (100,0%)	

Так, через 3 місяця середній показник якості життя дорівнював у ТГ1 - 6,5 балів, - ТГ2 – 7,5 балів, ТГ3 – 4,0 балів, ТГ4 – 5,1 балів, КГ – 4,5 балів. У свою чергу через 6 місяців, відповідно, ТГ1 - 7,1 балів, - ТГ2 – 7,8 балів, ТГ3 – 5,6 балів, ТГ4 – 6,3 балів, КГ – 4,9 балів. В цілому «ко-

ефіцієнт» ефективності запропонованих заходів у порівнянні із стандартними, за суб'єктивним показником якості життя хворих склав через 3 місяця – у ТГ1 - 45,0%, - ТГ2 – 52,0%, ТГ3 – 39,0%, ТГ4 – 43,0%; через 6 місяців – у ТГ1- 41,0%, - ТГ2 – 48,0%, ТГ3 – 35,0%, ТГ4 – 39,0%.

В цілому у жінок параноїдною шизофренією всіх груп, достовірно значні досягнення за суб'єктивним показником спостерігалися в усіх сферах якості життя, а саме: фізичному благополуччі ( $p<0,05$ ), психологічному / емоційному благополуччі ( $p<0,05$ ), самообслуговуванні та незалежності у діях ( $p<0,05$ ), працездатності ( $p<0,05$ ), міжособистісної взаємодії ( $p<0,05$ ), соціо-емоційної підтримки ( $p<0,05$ ), суспільної та службової підтримки ( $p<0,05$ ), самореалізації

( $p<0,05$ ), духовної реалізації ( $p<0,05$ ), загальному сприйнятті якості життя ( $p<0,05$ ).

Другим етапом оцінки ефективності запропонованих заходів стало дослідження показника соціального функціонування за об'єктивним показником – шкалою психіатричної інвалідності DAS. Дані розподілу хворих ОГ1, ОГ2, ОГ3, ОГ4 та КГ за показниками соціального функціонування відображено у табл. 4 – 6 (оцінка проводилася у останній день госпіталізації).

Таблиця 4

**Розподіл хворих за середнім індексом соціального функціонування у ОГ1 та ОГ2**

Соціальне функціонування	ТГ1				ТГ2			
	3 міс. (n=20)		6 міс. (n=20)		3 міс. (n=20)		6 міс. (n=20)	
	С.б.	%	С.б.	%	С.б.	%	С.б.	%
Поведінкова дисфункція	2	20,0	2	22,2	1	14,3	1	16,7
Соціальні ролі	3	30,0	3	33,3	2	28,6	2	33,3
Дисфункція пацієнтів у лікарні*	2	20,0	2	22,2	2	28,6	1	16,7
Модифікуючі чинники	3	30,0	2	22,2	2	28,6	2	33,3
Підсумковий бал адаптації, (%)	2,5 (100,0%)		2,3 (100,0%)		1,8 (100,0%)		1,5 (100,0%)	

Таблиця 5

**Розподіл хворих за середнім індексом соціального функціонування у ОГ3 та ОГ4**

Соціальне функціонування	ТГ3				ТГ4			
	3 міс. (n=20)		6 міс. (n=20)		3 міс. (n=20)		6 міс. (n=20)	
	С.б.	%	С.б.	%	С.б.	%	С.б.	%
Поведінкова дисфункція	3	25,0	3	30,0	3	25,0	2	20,0
Соціальні ролі	3	25,0	2	20,0	3	25,0	3	30,0
Дисфункція пацієнтів у лікарні*	3	25,0	3	30,0	3	25,0	2	20,0
Модифікуючі чинники	3	25,0	2	20,0	3	25,0	3	30,0
Підсумковий бал адаптації, (%)	3,0 (100,0%)		2,5 (100,0%)		3,0 (100,0%)		2,5 (100,0%)	

З даних, представлених у табл. 4 – 6 видно, що в цілому, як через 3, так і через 6 місяців, вплив запропонованих психотерапевтичних заходів в комплексному лікуванні жінок, хворих на параноїдну шизофренію, на показники соціального функціонування за різними сферами у порівнянні із стандартними заходами, як і в ситуації з якістю

життя, є істотним. За усіма оцінюваними сферами соціального функціонування середній бал у ТГ1, ТГ2, ТГ3, ТГ4 та КГ значно відрізнявся. Виявлено, що в цілому середній бал адаптації у всіх групах через 3 та 6 місяців мав тенденцію до зниження (феномен «звикання до заходів»). Так, через 3 місяця середній показник адаптації за

методикою дорівнював у ТГ1 - 2,5 балів, - ТГ2 - 1,8 балів, ТГ3 - 3,0 балів, ТГ4 - 3,0 балів, КГ - 3,3 балів. Через 6 місяців, відповідно, ТГ1 - 2,3 балів, - ТГ2 - 1,5 балів, ТГ3 - 2,5 балів, ТГ4 - 2,5 балів, КГ - 3,0 балів. В цілому «коefficient» ефективності запропонованих заходів

у порівнянні із стандартними, за показником рівню соціального функціонування хворих склав через 3 місяця - у ТГ1 - 44,0%, - ТГ2 - 52,0%, ТГ3 - 40,0%, ТГ4 - 42,0%; через 6 місяців - у ТГ1- 40,0%, - ТГ2 - 47,0%, ТГ3 - 34,0%, ТГ4 - 38,0%.

Таблиця 6

**Розподіл хворих за середнім індексом соціального функціонування у КГ**

Показники	3 міс. (n=70)		6 міс. (n=70)	
	С.б.	%	С.б.	%
Поведінкова дисфункція	3	23,1	3	25,0
Соціальні ролі	3	23,1	3	25,0
Дисфункція пацієнтів у лікарні*	4	30,8	3	25,0
Модифікуючі чинники	3	23,1	3	25,0
Підсумковий бал адаптації, (%)	3,3 (100,0%)		3,0 (100,0%)	

В цілому, у жінок усіх терапевтичних груп, о значні досягнення за об'єктивним показником спостерігалися в усіх сферах соціального функціонування, а саме: у поведінкової дисфункції ( $p < 0,05$ ), виконанні соціальних ролей ( $p < 0,05$ ), дисфункції пацієнтів у лікарні ( $p < 0,05$ ), оцінки модифікуючих чинників ( $p < 0,05$ ).

Як видно, успішність соціального функціонування жінок усіх груп у різних сферах соціального функціонування була відносно високою. Проте необхідно відмітити, що успішність соціального функціонування за деякими соціальними сферами у терапевтичних групах була очевидно вище, а саме:

1. У сфері родинної міжособистісних відносин достовірна позитивна динамка спостерігалася на 2-ому місяці проведення запропонованих психотерапевтичних заходів, а саме: у ТГ1 - 47,0%, - ТГ2 - 58,0%, ТГ3 - 35,0%, ТГ4 - 40,0%. У КГ - на 4-ому місяці проведення заходів - 28,0%.

2. Достовірна позитивна динаміка в сфері працездатності на протязі усього терміну дослідження та спостереження:

а) через 3 місяців після виписки зі стаціонару задовільний рівень працездатності мали у ТГ1 - 66,0%, - ТГ2 - 76,0%, ТГ3 - 48,0%, ТГ4 - 52,0%. У КГ - 40,0%; низький рівень працездатності відзначався у ТГ1 - 34,0%, - ТГ2 - 24,0%, ТГ3 - 52,0%, ТГ4 - 48,0%. У КГ - 60,0%.

б) через 6 місяців після виписки зі стаціона-

ру задовільний рівень працездатності мали: у ТГ1 - 60,0%, - ТГ2 - 70,0%, ТГ3 - 44,0%, ТГ4 - 47,0%. У КГ - 35,0%; низький рівень працездатності відзначався у ТГ1 - 40,0%, - ТГ2 - 30,0%, ТГ3 - 56,0%, ТГ4 - 53,0%. У КГ - 65,0%.

Викладене вище дозволяє стверджувати, що вплив запропонованих психотерапевтичних заходів на ефективність соціального функціонування в цілому та родинне функціонування, зокрема, попереджує нівелюванню та закріплює досягнення хворої в усіх сферах життя.

Третім етапом оцінки ефективності запропонованих заходів стало дослідження показника дотримання прийому підтримуючої психофармакотерапії. Даний показник вивчався нами через 3 та 6 місяців участі у психотерапевтичній програмі. Отримані результати щодо прийому підтримуючої психофармакотерапії хворими жінками, які страждають на параноїдну шизофренію, представлені у табл. 7 - 9.

За аналізом даних представлених у табл. 7 - 9, можна зробити наступні узагальнення:

а) кількість жінок, що не порушували призначену схему психофармакотерапії, виявилась вірогідно вище у ТГ2, ТГ1, ТГ4 та ТГ3 як через 3, так й через 6 місяців дослідження у порівнянні із жінками КГ;

б) кількість жінок, що частково або грубо порушували призначену схему психофармакотерапії була вищою у КГ, як через 3, так і через 6 місяців;

в) кількість жінок, що повністю не приймали призначену психофармакотерапію через 3 та

6 місяців також спостерігалась достовірно вище у КГ.

Таблиця 7

**Результати дослідження хворих, щодо прийняття підтримуючої психофармакотерапії у ОГ1 та ОГ2**

Порушення схеми психофармакотерапії	ТГ1				ТГ2			
	3 міс. (n=20)		6 міс. (n=20)		3 міс. (n=20)		6 міс. (n=20)	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
Не порушувалася	13	65,0	11	55,0	15	75,0	12	60,0
Частково	4	20,0	5	25,0	3	15,0	4	20,0
Грубе	2	10,0	3	15,0	2	10,0	3	15,0
Не приймалася	1	5,0	1	5,0	0	0,0	1	5,0
Всього	20	100,0	20	100,0	20	100,0	20	100,0

Таблиця 8

**Результати дослідження хворих, щодо прийняття підтримуючої психофармакотерапії у ОГ3 та ОГ4**

Порушення схеми психофармакотерапії	ТГ3				ТГ4			
	3 міс. (n=20)		6 міс. (n=20)		3 міс. (n=20)		6 міс. (n=20)	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
Не порушувалася	10	50,0	9	45,0	12	60,0	10	50,0
Частково	4	20,0	4	20,0	3	15,0	4	20,0
Грубе	3	15,0	4	20,0	3	15,0	3	15,0
Не приймалася	3	15,0	3	15,0	2	10,0	3	15,0
Всього	20	100,0	20	100,0	20	100,0	20	100,0

Таблиця 9

**Результати дослідження хворих, щодо прийняття підтримуючої психофармакотерапії у КГ**

Показники	3 міс. (n=70)		6 міс. (n=70)	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
Не порушувалася	28	40,0	25	35,7
Частково	19	27,1	18	25,7
Грубе	12	17,1	14	20,0
Не приймалася	11	15,7	13	18,6
Всього	70	100,0	70	100,0

В цілому, за результатами досліджень можна узагальнити наступне:

1. Внаслідок застосування психотерапевтичних заходів з урахуванням моделі родинної взаємодії, ситуація у родині змінилася на концентрування допомоги жінки з врахуванням родинного оточення, порозумінні членів родини та

жінки щодо змісту вимог друг до друга. В цілому, тип взаємодії у родині вдалося гармонізувати: у більшості родин він характеризувався як конструктивний (гармонічний). В цілому, по відношенню до жінки у родині зменшилася тривога, невдоволеність, протидія її соціалізації. Контакт із жінкою став більш продуктивним, а

вимоги та очікування більш реальними.

2. Знизилася загальна напруга жінок за рахунок зменшення (у порівнянні із етапом включення у всіх ТГ - до 67%, у КГ – 46%) використання деструктивних форм психологічного захисту (агресії, збуджено-емоційних, афективних проявів, відчуття провини, дратівливості). Встановлено, що вплив запропонованих психотерапевтичних заходів з врахуванням родинної взаємодії призводить до застосування жінками більш адаптивних типів пристосування у родині (з превалю-

ванням критичних уявлень та аналізу самооцінки над деструктивними - хаотичними за виникнення без аналізу самооцінки та критичної оцінки).

3. Дотримання жінками режиму підтримуючої терапії було вірогідно вище у всіх ТГ, у порівнянні із КГ. Виявлено, що за рахунок проведених заходів щодо підтримувальної терапії, а саме її конструктивному впливу, спостерігається мінімізація наслідків хвороби на здатність жінки до родинної взаємодії.

*К. А. Косенко*

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЛИЯНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ, ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЯХ СЕМЕЙНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ, НА УРОВЕНЬ ИХ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Одесский областной психоневрологический диспансер

На основе анализа на основе изучения психосоциальных особенностей 150 женщин, больных шизофренией, при различных моделях семейного взаимодействия, и клинико-психопатологических закономерностей течения заболевания, разработана система психотерапевтических мероприятий, направленных на восстановление функционирования больного в семье в комплексном лечебно-реабилитационном процессе. В результате применения психотерапевтических мероприятий с учетом модели семейной взаимодействия, ситуация в семье изменилась на концентрирование помощи женщины с учетом семейного окружения, согласия членов семьи и женщины по содержанию требований друг к другу. В целом, тип взаимодействия в семьях удалось гармонизировать: в большинстве семей он характеризовался как конструктивный (гармоничный). В целом, по отношению к женщине в семье уменьшилось тревога, недовольство, противодействие ее социализации. Контакт с женщиной стал более продуктивным, а требования и ожидания более реальными. Снизилась общая напряженность женщин за счет уменьшения (по сравнению с этапом включения во всех терапевтических группах - до 67%, в контрольной группе - 46%) использования деструктивных форм психологической защиты (агрессии, возбужденно-эмоциональных, аффективных проявлений, чувства, раздражительности). Установлено, что влияние предложенных психотерапевтических мероприятий с учетом семейной взаимодействия приводит к применению женщинами более адаптивных типов приспособления в семье (с превалированием критических представлений и анализа самооценки над деструктивными-хаотичными без анализа самооценки и критической оценки). Соблюдение женщинами режима поддерживающей терапии было достоверно выше во всех терапевтических группах, по сравнению с контрольной группой. Выявлено, что за счет проведенных мероприятий по поддерживающей терапии, а именно ее конструктивному влиянию, наблюдается минимизация последствий болезни на способность женщины к семейной взаимодействию. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2014. — № 2 (34). — С. 13-21).

*К. А. Косенко*

## **EVALUATION OF IMPACT PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTIONS IN COMPLEX TREATMENT OF WOMEN WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA, AT DIFFERENT MODELS OF FAMILY INTERACTION, TO THE LEVEL OF THEIR SOCIAL FUNCTIONING AND QUALITY OF LIFE**

Kharkiv medical academy of postgraduate education, Odessa regional psychoneurological dispensary

Based on the analysis by studying the psychosocial characteristics of 150 women with schizophrenia, with different patterns of family interaction, and clinical and psychopathological patterns of disease, developed a system of psychotherapeutic interventions aimed at restoring the functioning of the patient in the family in a comprehensive treatment and rehabilitation process. Due to the use of psychotherapeutic interventions based on the model of family interaction, family situation has changed for the concentration of care for women with regard to family environment, understanding family members and women with respect to the content requirements of each other. In general, the type of interaction in families managed to harmonize: most families he described as constructive (harmonic). Overall, relative to women in the family decreased anxiety, frustration, resistance of socialization. Contact with a woman become more productive, and the requirements and expectations more realistic. Decreased total voltage by reducing women (compared with stage include all therapeutic groups - up to 67% in the control group - 46%) the use of destructive forms of psychological defense (aggression, excited and emotional, affective symptoms, guilt, irritability). It was established that the effect of the proposed psychotherapeutic interventions with regard to family interaction leads to the use of women more adaptive types of adjustments in the family (with a prevalence of critical concepts and analysis of destructive self-esteem - for the occurrence of chaotic without an analysis of self-assessment and critical evaluation). Compliance with maintenance treatment in women treatment was significantly higher in all treatment groups compared with the control group. We found that due to the conducted measures for maintenance treatment, namely its constructive influence, there is minimization of the disease on the ability of women to family interaction. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 2 (34). — P. 13-21).



## Література

1. Екзистенційно-гуманістична психотерапія у системі функціонального відновлення хворих з першим психотичним епізодом (методичні рекомендації) / Н. О. Марута, В. А. Абрамов, О. І. Осокіна [і співавт.]. – Донецьк ; К. : МОЗ України, НАМН України. – 36 с.
2. Інсайт-орієнтована психотерапія у хворих з першим психотичним епізодом (методичні рекомендації) / Н. О. Марута, В. А. Абрамов, О. І. Осокіна [і співавт.]. – Донецьк ; К. : МОЗ України, НАМН України. – 28 с.
3. Маркова М. В. Сімейна психотерапія як базовий психотерапевтичний ресурс в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію / М. В. Маркова, К. А. Горшкова // Психічне здоров'я. – 2012. – № 2 (35). – С. 63 – 69.
4. Діхтяр В. О. Оптимізація сімейної психотерапії в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. н. : спец. 14.01.16 «Психіатрія» / В. О. Діхтяр. – Київ, 2010. – 24 с.
5. Ряполова Т. Л. Семейная терапия в системе ранней реабилитации больных шизофренией и оценка ее эффективности / Т. Л. Ряполова // Архив психиатрии. – 2008. – № 4. – С. 15 – 21.
6. Чабан О. С. Психотерапия пациентов с шизофренией / О. С. Чабан // Тавр. журн. психиатрии. – 2006. – № 2. – С. 64 – 120.
7. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use. – Geneva : WHO, 1988. – 96 p.
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. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией: Монография / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. – Донецк: Каштан, 2009. – 584 с.
10. Лутова Н. Б. Типология отношения семьи к терапии психотропными препаратами / Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич. – СПб, 2011. – 19 с.

Поступила в редакцию 24.03.2014