

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

ТАВРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ПСИХИАТРИИ

ТОМ 18, № 2 (67), 2014



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

Симферополь, 2014

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

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

Рекомендовано к изданию постановлением
Ученого Совета Крымского государственного
медицинского университета им. С.И. Георгиевского
от 26.06.2014 (протокол №22).

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

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

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

Утверждено постановлением ВАК от 31 мая 2011 г.

АДРЕС РЕДАКЦИИ

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

Сдано в набор 27.06.2014. Подписано в печать 30.06.2014.
Формат А4. Бумага офсетная. Гарнитура "BookmanOldStyle".
Усл. печ. л. 14,8. Тираж 500 экз. Заказ № 12704.

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

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

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

Правила подачи рукописей

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

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

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

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

4. Статьи должны содержать следующие
обязательные элементы:

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

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

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

г) формулирование целей статьи (постановка
задания);

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

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

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

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

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

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

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

10. Список литературы приводится в порядке
цитирования.

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

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

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

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

ОГЛАВЛЕНИЕ

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

Тревожная депрессия (клинико–психопатологическая и патопсихологическая характеристика)
 Н.А. Марута, Т.В. Панько, Г.Ю. Каленская, В.Ю. Федченко 5

Распознавание психопатологических масок церебральных инсультов – залог своевременной диагностики, эффективной терапии и реабилитации пациентов
 Ю.В. Бобрик 14

К лечению расстройств аутистического спектра (рас) у детей и подростков
 В.Н. Клинков, В.В. Сойко..... 20

Особенности клиники и диагностики ранних и поздних форм нейросифилиса в Крыму
 И.А. Строевская, А.Б. Кузьмин, Н.Р. Смирнова, Н.М. Юрьева, В.В. Строевский 23

Депрессии у мужчин (особенности клиники, факторы патогенеза, закономерности формирования)
 А.Т. Яцина 27

ПСИХОТЕРАПИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Психологічні адаптаційні механізми в генезі непсихотичних психічних розладів у осіб з частковою втратою зору травматичного генезу
 Ц. Б. Абдряхімова 33

Особенности изучения времени и его параметров в психологии
 К.В.Аймедов, И.Г.Семенова, О.В. Кривоногова 39

Індивідуально-психологічні особливості подружжів з порушенням життєдіяльності сім'ї внаслідок безпліддя у чоловіка, в залежності від його тривалості
 П. П. Вербовий..... 45

Оцінка ефективності впливу заходів психосоціальної реабілітації в комплексному лікуванні жінок, хворих на параноїдну шизофренію, при різних моделях родинної взаємодії, на рівень їх соціального функціонування та якості життя
 К. А. Косенко..... 52

Алекситимія як один із преморбідних індивідуально-особистісних факторів в генезі соматоформної вегетативної дисфункції серцево-судинної системи у підлітків, в аспекті їх медико-психологічного супроводу на етапі стаціонарного лікування
 М. В. Маркова, Н. Ю. Веньовцева 61

Програма робота з медичним персоналом, який приймає участь у наданні медико-психологічної допомоги хворим з кишковою стоною
 С.В. Мерліч 66

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ СТАТЬИ

«Клинико-социальная характеристика больных параноидной шизофренией мужчин, совершивших убийство»
 В.В.Буравлев..... 71

Когнитивный диссонанс больных с тревожно-фобическими расстройствами И.В. Ганзин	74
Полиморфизм гена μ1-опиоидного рецептора может влиять на уровень предоперационной тревоги и депрессии А.А. Потапов	77
Профилактика суицидов у пациентов с аффективными расстройствами в АР Крым В.В. Строевский.....	80

in men, depending on its duration. Established differences of personality characteristics, presence and severity of the inferiority complex and the type of treatment to disease in spouses of different terms for male infertility: the most acutely responsive couples experience infertility of 5 years, the most adapted proved spouse for a period of infertility man 11 - 15 years. The data were taken into account by us in the development of measures of correction and psychoprophylaxis violation of family life with infertility in men.

Keywords: individual psychological characteristics, spouses, violation of family life, men and infertility.

УДК 616.895.8:616.89-02-085:615.851

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВПЛИВУ ЗАХОДІВ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ, ПРИ РІЗНИХ МОДЕЛЯХ РОДИННОЇ ВЗАЄМОДІЇ, НА РІВЕНЬ ЇХ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ

К. А. Косенко

Харківська медична академія післядипломної освіти
Одеський обласний психоневрологічний диспансер

Резюме. На основі аналізу основі вивчення психосоціальних особливостей 150 жінок, хворих на шизофренію, при різних моделях родинної взаємодії, та клініко-психопатологічних закономірностей перебігу захворювання, розроблена система психотерапевтичних заходів, спрямована на відновлення функціонування хворої у родині в комплексному лікувально-реабілітаційному процесі. Внаслідок застосування заходів психосоціальної реабілітації 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. Знизилася загальна напруга жінок за рахунок зменшення (у порівнянні із етапом включення у всіх терапевтичних групах - до 67%, у контрольній групі - 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 превалюванням критичних уявлень та аналізу самооцінки над деструктивними - хаотичними за виникнення без аналізу самооцінки та критичної оцінки). Дотримання жінками режиму підтримуючої терапії було вірогідно вище у всіх терапевтичних групах, у порівнянні із контрольною групою. Виявлено, що за рахунок проведених заходів щодо підтримувальної терапії, а саме її конструктивному впливу, спостерігається мінімізація наслідків хвороби на здатність жінки до родинної взаємодії.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, родинна взаємодія, психосоціальна реабілітація, 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 заходи психосоціальної реабілітації, спрямовані 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 «Оціночний 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, Ruizperez, Liu & Yoon (1999) [8].

Дослідження особливостей родинного функціонування жінок, хворих на параноїдну шизофренію, виконувалося за допомогою наступного методичного забезпечення: «шкали структурованого інтерв'ю для ідентифікації типу родини», «шкали структурованого інтерв'ю для визначення відношення членів 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 дорослі 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 до-

рослими 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 перший 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 заходів психосоціальної реабілітації 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 заходів. Контроль ефективності заходів психосоціальної реабілітації в комплексному лікуванні жінок, хворих на параноїдну шизофренію, здійснювався за допомогою суб'єктивного та об'єктивного критеріїв, а саме: 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:

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

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

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

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 стадо оцінювання якості

Психотерапія, клінічна психологія і психоаналіз

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.

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

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%)	

Таблиця 2

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
Працездатність	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

Т.18, № 2(67), 2014

Самообслуг-я та незалежність у діях	5	11,1	5	10,2
Працездатність	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 «коефіцієнт» 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 сприйняттю 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

Психотерапія, клінічна психологія і психоаналіз

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%)	

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%)	

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 «коефіцієнт» 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%.

В цілому, у жінок усіх терапевтичних груп, о значні досягнення за об'єктивним показником спостерігалися в усіх сферах соціального функціонування, а саме: у поведінковій 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 динаміка 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 стаціонару 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 психосоціальних 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 терапевтичній 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 заходів психосоціальної реабілітації 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 родинах 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 психосоціальних заходів з врахуванням родинної взаємодії призводить до застосування жінками більш адаптивних типів пристосування у родині (з превалюванням 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.

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. А. Семейная терапия в системе ранней реабилитации больных шизофренией и оценка ее эффективности / Т. А. 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.

EVALUATION OF IMPACT PSYCHOSOCIAL 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

K. A. Kosenko

Resume. 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.

Keywords: paranoid schizophrenia, family interactions, therapeutic measures, women.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЛИЯНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЯХ СЕМЕЙНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ, НА УРОВЕНЬ ИХ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

К. А. Косенко

Резюме. 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 конструктивного влияния проведенных мероприятий на приверженность к поддерживающей терапии, наблюдается минимизация последствий болезни на способность женщин к семейному взаимодействию.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, семейное взаимодействие, психосоциальная реабилитация, женщины.