

УДК 616.895.87-055.52:616-056.2./76

DOI: 10.15587/2519-4798.2016.86541

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОГО І РОДИННОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ, З ТОЧКИ ЗОРУ ЇХ ВПЛИВУ НА СТАН МАТЕРИНСЬКО-ДИТЯЧОЇ ВЗАЄМОДІЇ

© М. О. Дрюченко

З метою аналізу особливостей соціального і родинного функціонування жінок, хворих на ПШ з точки зору їх впливу на стан материнсько-дитячої взаємодії, обстежено 100 жінок, хворих на ПШ, та 112 їх дітей. Встановлено, що порушення материнсько-дитячої взаємодії у родинах, де мати хворіє на ПШ, виявляють тісний зв'язок з соціальною і родинною дисфункцією у матері, важкість яких визначає особливості психологічного стану дитини та викривлення її сприйняття сімейної ситуації та материнсько-дитячих стосунків

Ключові слова: параноїдна шизофренія, соціальне функціонування, родинне функціонування, мати, дитяче-материнські відносини

Aim. To analyze the social and family functioning features of women with PS, with regard to their influence on mother-child interaction status.

Contingent and methods. During 2014–2016, 100 women with PS and 112 children of them (12 women had two children) were examined at psychiatric department of Zakarpattia oblast narcological dispensary. The women were aged from 25 to 40 years, duration of the disease was from 2 to 15 years. The children were aged from 3 to 14 years, 65 girls and 47 boys were among them.

The women were examined by clinical-psychopathological and psycho diagnostic methods; the children – by the “Kinetic family drawing” projection test.

Results. The signs of the social and family disfunctioning of mothers were found in the children's pictures, in particular, actual family composition concealment in drawings, the absence of sick mother on drawings, the image of sick mother at the periphery of the picture, often by the real or assumed barriers, and «Virtual» mothers images, the absence of family members cooperative activities images, dominance of items, but not people in the drawings, too small images of themselves and family members, as a rule, at the bottom of a paper. These signs show a significant emotional discomfort, loneliness, depressed mood, inferiority feelings in the child, the lack of unity sense with the family, alienation feelings, an unsatisfied need to affiliate.

Conclusion. The obtained data were used as a basis for development of the system of medical and psychological optimization of mother-child interaction in women with PS

Keywords: paranoid schizophrenia, social functioning, family functioning, mother, mother-child relationship

1. Вступ

Параноїдна шизофренія (ПШ) являє собою одну з найбільш актуальних проблем психіатрії: її поширеність складає від 0,3 до 2,0 %, первинна захворюваність – від 0,3 до 1,2 %. ПШ вражає найбільш продуктивну вікову категорію населення: близько 90 % хворих становлять особи у віці від 15 до 55 років. Хворі на шизофренію займають близько 50 % ліжок у психіатричних стаціонарах; вони також є основним контингентом при наданні амбулаторної психіатричної допомоги. ПШ входить до десятки захворювань з найбільшою інвалідизацією, при цьому понад 90 % хворих на шизофренію є інвалідами I та II групи, що робить шизофренію серйозним тягарем для суспільства: у загальному списку економічних втрат від хвороб ВООЗ, розрахованого з використанням індексу DALYs, у віковій групі від 15 до 44 років шизофренія займає 8 місце (2,6 %), випереджаючи ішемічну хворобу серця, цереброваскулярну хворобу та війни. Прямі економічні витрати, пов'язані з нею, складають 0,2–0,25 % валового внутрішнього продукту, непрямі оцінюються щонайменше втричі більше [1–4].

На сучасному етапі розвитку психіатричної науки доведено, що клінічні прояви та прогноз шизофренії у жінок відрізняються від у чоловіків [5–8]. В науковій літературі є дані щодо існування гендерних відмінностей клініки, перебігу та вікових особливостей ПШ. Так, шизофренія у чоловіків частіше перебігає безперервно, починається в молодшому віці, характеризується зниженням рівню соціальної адаптації в преморбіді, типовими негативними симптомами, а також несприятливим прогнозом. У жінок захворювання починається пізніше, частіше з епізодичним перебігом та вираженим афективним компонентом.

Зрозуміло, що основні клінічні прояви захворювання негативно позначаються на рівні адаптивних можливостей, змінюють оцінку подій, що відбуваються, особливості структури психопатологічних симптомів негативного і позитивного рангів та самі по собі є факторами дезадаптації пацієнтів до умов життя. У зв'язку з цим все більшого значення набувають дослідження, які вивчають стан хворих у суспільстві, так як це дозволяє більш обґрунтовано

підходити до розробки програм психосоціальної реабілітації в залежності не тільки від вираженості шизофренічного процесу, але з урахуванням гендерних особливостей соціального функціонування (СФ) хворих на шизофренію. Крім того, у зв'язку з високим рівнем розвитку психіатрії, зокрема, психофармакотерапії, все більшої актуальності набувають питання надання допомоги хворим в позалікарняних умовах, де важлива роль належить сімейному оточенню. При цьому родина може надавати як психотравмуючий вплив, так і бути джерелом підтримки та сприяти якнайшвидшій реабілітації хворого [9].

Однак існує і зворотна тенденція: психопатологічні й функціональні особливості хворого почасти патологічно відбиваються на стані психічного здоров'я й психологічного благополуччя членів родини пацієнта, з яких найбільш ураженим контингентом є діти психічнохворої людини.

2. Обґрунтування дослідження

Наявність у жінки захворювання на ПШ, кардинальним чином спотворює виконання нею подружніх та материнських функцій [10–14]. Однак, незважаючи на наявний інтерес із боку як вітчизняних, так і закордонних фахівців, залишається відкритим питання про особливості взаємовідносин батьків і дітей у випадку захворювання одного з батьків, зокрема, матері, на психічний розлад. Відповідно до зазначеного, доцільним є вивчення особливостей відносин жінок, що страждають на ПШ, із своїми дітьми, що дозволить глибше вивчити реальні внутрісімейні відносини в сім'ях психічно хворих жінок, визначити роль і значущість матері не тільки в розвитку і становленні дитини, а й у життєдіяльності всієї сім'ї як цілісної системи, її вплив на усі сфери сімейного функціонування.

3. Мета дослідження

Проаналізувати особливості соціального і родинного функціонування жінок, хворих на ПШ з точки зору їх впливу на стан материнсько-дитячої взаємодії.

4. Контингент, матеріали і методи дослідження

Для досягнення зазначеної мети на базі психіатричного відділення Закарпатського обласного наркологічного диспансеру протягом 2014–2016 рр. обстежено 100 жінок, хворих на ПШ, та 112 їх дітей (12 жінок мали двох дітей). Жінки були у віці від 25 до 40 років, тривалість захворювання складала від 2-х до 15-ти років. Вік дітей становив від 3 до 14 років, серед них було 65 дівчинок і 47 хлопчиків.

Жінки були обстежені за допомогою клініко-психопатологічного та психодіагностичного методів.

Вивчення СФ досліджених здійснювалось психодіагностичним методом із використанням психіатричної шкали обмеження життєдіяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я – Psychiatric Disability Assessment Schedule [15]. Дана шкала дозволила провести оцінку чинників, які обмежують

життєдіяльність хворих, що знаходились під амбулаторним наглядом у поза нападному періоді хвороби. Для цього використовували дві шкали методики, що дозволяють оцінити загальну поведінкову дисфункцію та стан виконання соціальних ролей хворими.

Розділ 1 «Загальна поведінкова дисфункція», включав оцінку наступних параметрів.

1. Самообслуговування. Розглядалася як активна функція пацієнта щодо догляду за собою відповідно соціальним нормам і правилам поведінки. По відхиленнях від загальноприйнятих норм особистої гігієни та фізичного стану робився висновок про загальний соціальний стан пацієнта.

2. Інтереси і зайнятість. Оцінювався інтерес до щоденних дій, захоплення: читанням книг, переглядом телепередач, наявністю хобі, участю у спортивних змаганнях, іншими формами громадського життя. Визначені інтереси оцінювалися по їхній змістовності, спонтанності, захопленості, доречності (правильності).

3. Діяльність в родині та у побуті. Розглядалася як здатність з необхідною швидкістю виконувати завдання і реагувати на соціальні (суспільні) стимули (оцінка повільності як чинника, що перешкоджає повноцінній самостійній діяльності чи негативно віддзеркалюється на соціальному (сімейному) оточенні).

4. Спілкування та ізоляція. Вивчалася сфера соціальних контактів, комунікативних навичок, ступінь готовності до спілкування, наявність реальних контактів і спілкування, ступінь самотності на момент обстеження.

Розділ 2 «Виконання соціальних ролей», включав дослідження:

1. Учасі в домашніх справах: ступінь участі пацієнта в прийнятті спільних сімейних рішень, відвідування родичів, спільне приготування їжі, прибирання квартири тощо.

2. Сімейної ролі: емоційних взаємовідносин, спілкування, взаєморозуміння, підтримки тощо.

3. Шлюбної ролі (статева роль у шлюбі): ступеня втрати зацікавленості й ініціативи у статевому житті (оцінювалися пацієнти, які перебувають у шлюбі).

4. Статевої ролі поза шлюбом: ступінь втрати зацікавленості й ініціативи в статевому житті пацієнтів, які не перебувають у шлюбі.

5. Батьківської ролі: зацікавленості стосовно дитини, турботи, догляду за дитиною, спільне проведення часу, знання інтересів і проблем дитини.

6. Соціальних контактів: труднощів у спілкуванні та конфліктність у відносинах із сусідами, друзями, колегами.

7. Професійної ролі 1: здатності упоратися з професійними обов'язками, своєчасно виконувати обсяг роботи, дотримуватися правил поведінки (проводилася оцінка у працюючих пацієнтів та тих, що навчаються).

8. Професійної ролі 2: зацікавленості і реальних дій пацієнта для одержання чи відновлення роботи або навчання (у непрацюючих).

9. Зацікавленості і поінформованості: орієнтація у подіях, що відбуваються в суспільному житті.

10. Поведінки в нестандартних і складних ситуаціях: реакція пацієнта на хворобу родича, домашні труднощі, інші ситуації, що вимагають активних дій.

Відповідно до рекомендацій авторів-розробників шкали, у разі потреби інформація про пацієнта підтверджувалася близькими чи родичами, іншими значимими для пацієнта особами. Ступінь вираженості дисфункції визначався відповідно до інструкції з урахуванням кількісної оцінки (адаптованої) в балах: немає дисфункції – 0 балів; мінімальна дисфункція – 1 бал; очевидна дисфункція – 2 бали; серйозна дисфункція – 3 бали; дуже серйозна дисфункція – 4 бали; максимальна дисфункція – 5 балів. Оцінка 8 балів встановлювалася, коли інформація не доступна, оцінка 9 – встановлювалася у випадках, коли питання не можливо застосувати (наприклад, якщо у пацієнта немає дітей).

Загальний середній бал УД, відбивав рівень загальної поведінкової дисфункції чи дисфункції виконання соціальних ролей та визначався за формулою (1):

$$Z = \frac{\sum b}{N}, \quad (1)$$

де Z – загальний УД (середній бал дисфункції); $\sum b$ – сумарний бал дисфункції; N – кількість відповідей.

При підрахунку загального УД (середнього бала) оцінка 8 та 9 не підсумовувалася.

При визначенні особливостей родинного функціонування обстежених використовували «Шкалу структурованого інтерв'ю для визначення ставлення членів родини до хвороби (психіатричному діагнозу) у родича», створеною науковим колективом авторів під керівництвом В. А. Абрамова [16]. На основі бальної оцінки (від 0 до 2-х балів) 18 тверджень, дана шкала дозволяє встановити три типи відношення:

- 1) адекватне;
- 2) драматизуюче;
- 3) негативне (деструктивне).

Також, за опитувальником Н. Б. Лутової, О. В. Макаревич «Тип ставлення родини до терапії психотропними препаратами» [17], встановлювали відношення членів родини та самих хворих до психіатричного лікування.

Оцінку психологічного стану дітей та їх сприйняття материнсько-дитячих стосунків, здійснювали за допомогою проективної методики «Кінетичний малюнок родини» Р. Бенса і С. Кауфмана, вимогою якої є намалювати кожного члена родини в дії [18].

Статистична обробка даних дослідження [19] включала розвідувальний статистичний аналіз з метою визначення характеру розподілу ознак (тести Шапіро-Уїлка, Колмогорова-Смирнова, Лілієфорса) та формування описової статистики з використанням модулю «Descriptive Statistics» прикладного пакета програм «Statistica for Windows. Release 6.0».

5. Результати дослідження

Результати дослідження особливостей СФ жінок наведені в табл. 1

Таблиця 1
Показники за шкалою непрацездатності WHO DAS у обстежених жінок

Ознака	Показник, $M \pm m$, бали
Самообслуговування	1,78±0,48
Інтереси та зайнятість	1,61±0,57
Діяльність в сім'ї та вдома	2,28±0,51
Діяльність у загальносоціальному розумінні	2,14±0,51
Участь у сімейних справах	2,30±0,52
Роль у подружньому житті	1,12±0,48
Шлюбна роль	1,99±0,54
Батьківська роль	2,92±0,65
Статеву роль	2,40±0,79
Соціальні контакти	2,51±0,70
Професійна роль: робота	3,84±0,56
Професійна роль: зацікавленість	3,16±0,58
Захоплення та інформованість	1,64±0,54
Поведінка у нестандартних та складних ситуаціях	2,05±0,87

Особливості ставлення сім'ї до психічного захворювання жінки представлено на рис. 1.

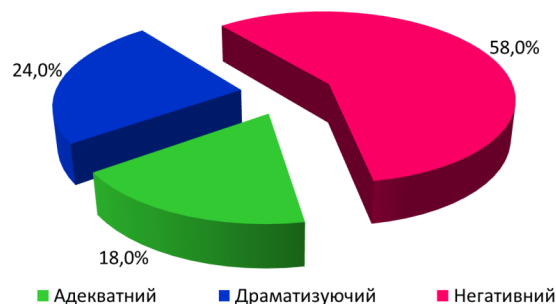


Рис. 1. Розподіл за типами ставлення сім'ї до психічного захворювання у жінки в родинах хворих на ПШ

Результати вивчення ставлення членів родини до психіатричного лікування жінок наведено на рис. 2.

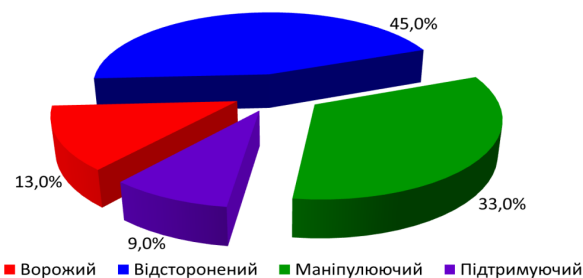


Рис. 2. Розподіл за типами ставлення родичів до лікування психічного захворювання матері в сім'ях хворих на ПШ

Важливі дані були одержані при аналізі особливостей ставлення самої хворої до лікування (рис. 3).

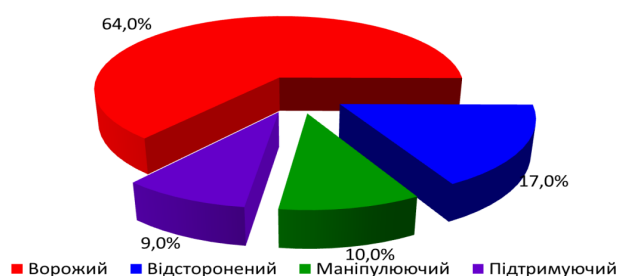


Рис. 3. Розподіл за типами ставлення хворої на ПШ до лікування психічного захворювання

6. Обговорення результатів дослідження

Вивчення особливостей СФ жінок, хворих на ПШ, в контексті їх впливу на материнсько-дитячі стосунки, показало наступне (табл. 1). Показник самообслуговування у жінок, хворих на ПШ, склав $1,78 \pm 0,48$ балів, що відповідає очевидній дисфункції. Зниження можливостей самообслуговування суттєво впливає на стан материнсько-дитячої взаємодії, утруднюючи догляд за дитиною, в окремих випадках аж до повної неможливості задоволення її базових потреб.

Показник дисфункції за сферою «Інтереси та зайнятість» склав $1,61 \pm 0,57$ балів, що також наближається до очевидної дисфункції. Втрата нормального кола інтересів та обмеження зайнятості, притаманні хворим на ПШ, спричиняють порушення нормального процесу материнсько-дитячої взаємодії і призводять до формування дисфункціональних моделей поведінки.

Виражена дисфункція у сфері «Діяльність в сім'ї та вдома» (середній показник $2,28 \pm 0,51$ балів) узгоджується з даними інших психодіагностичних методик щодо значного порушення внутрішньосімейного функціонування родин хворих на ПШ і спричиняє емоційну депривацію дитини з формуванням депресивних та тривожно-депресивних реакцій.

Зниження СФ, що виявляється збільшенням показника дисфункції за сферою «Діяльність у загальносоціальному розумінні» до $2,14 \pm 0,51$ балів, та сферою «Соціальні контакти до $2,51 \pm 0,70$ балів) призводить до порушення процесу материнсько-дитячої взаємодії і супроводжується зростанням тривожності, емоційної лабільності, формуванням дисфункціональних моделей взаємодії дитини з оточуючими.

Очевидна дисфункція за сферами «Участь у сімейних справах» (середній показник $2,30 \pm 0,52$ балів), «Шлюбна роль» ($1,99 \pm 0,54$ балів) та «Статевая роль» ($2,40 \pm 0,79$ балів) поєднується з дисфункцією за сферою «Роль у подружньому житті» (середній показник $1,12 \pm 0,48$ балів). Це значною мірою погіршує стан материнсько-дитячої взаємодії, зумовлюючи розвиток емоційних порушень, девіантних форм поведінки, формування стійких патохарактерологічних рис у дитини.

Закономірними є ознаки серйозної дисфункції у ключовій сфері – «Батьківська роль», показник якої

збільшився до $2,92 \pm 0,65$ балів. Дисфункція у цій сфері спричиняє значні порушення емоційної сфери дитини (депресивні та тривожно-депресивні прояви, емоційна лабільність, надмірна афіліативність, драгтивність, агресивність тощо), викривлення соціальної взаємодії дитини, формування патологічних патернів поведінки.

ПШ є важким психічним захворюванням з високим рівнем інвалідизації, тож закономірними є ознаки дуже серйозної дисфункції у сфері «Професійна роль: робота» (середнє значення $3,84 \pm 0,56$ балів) та «Професійна роль: зацікавленість» ($3,16 \pm 0,58$ балів); зниження загального рівня функціонування хворих знаходить відображення у зростанні показників дисфункції за сферою «Захоплення та інформованість» до $1,64 \pm 0,54$ балів та «Поведінка у нестандартних та складних ситуаціях» $2,05 \pm 0,87$ балів. Дисфункція у цих сферах також впливає на стан материнсько-дитячої взаємодії, зумовлюючи формування дисфункціональних поведінкових моделей.

Значний вплив на порушення материнсько-дитячої взаємодії справляють особливості психологічного клімату в сім'ї хворої на ПШ. Важливу роль тут відіграють особливості ставлення сім'ї до психічного захворювання. Аналіз цих даних свідчить про переважання дезадаптивних типів ставлення родичів до захворювання на шизофренію у матері (рис. 1).

Переважає більшість родичів матерів, хворих на ПШ, виявляє негативний (деструктивний) тип ставлення до психічного захворювання, якому притаманні нерозуміння або ігнорування хвороби у жінки, сприйняття його як фактору, що порушує сім'ю і погіршує якість її життя, самоусунення від активної участі у долі хворого члена сім'ї, безконтрольність і невіра у перспективи лікування. Діти в таких сім'ях страждають від байдужості, недостатності уваги, емоційної холодності та депривації. Для них характерні депресивні прояви, емоційна лабільність, сенситивність, почуття власної неповноцінності та самоприпинення.

Значна частина родичів жінок, хворих на ПШ (24,0%), виявляє драматизуючий тип ставлення до психічного захворювання, якому притаманні переоцінка важкості хвороби, почуття неспокою, розгубленості, провини, недовіра до лікаря, тривожне очікування негативних наслідків захворювання. Психічне захворювання при цьому розглядається як фактор, що спричиняє руйнування звичних життєвих стереотипів та внутрішнього світу хворого, позбавляє його перспектив, що супроводжується небажанням допомагати хворому дотримуватися лікувального режиму. Дітям, які виховуються у таких сім'ях, притаманні тривожність, нав'язливість, страхи, почуття розгубленості, плаксивість, схильність до афективних реакцій.

Найменшою є питома вага адекватного типу ставлення до психічної хвороби у матері (18,0%), який характеризується повним розумінням реальної складності захворювання, концептуалізацією хвороби, усвідомленою готовністю виконувати вимоги лі-

кувальню-реабілітаційних заходів, реальними очікуваннями від лікування, прийняттям родичами факту захворювання і бажанням допомагати у подоланні його наслідків.

Дезадаптивні типи ставлення родичів до психічного захворювання поєднуються з неконструктивним ставленням до лікування (рис. 2). Так, лише 9 % родичів жінок, хворих на ПШ, виявляють підтримуючий тип ставлення до лікування, який на маніфестно-поведінковому рівні відображує позитивну оцінку родичами дії ліків щодо зменшення проявів психопатологічної симптоматики, розуміння необхідності прийому медикаментів та надання підтримки у їх придбанні, делікатний контроль за прийомом лікарських засобів, зацікавленість у підтриманні контакту з лікуючим лікарем, готовність у співпраці з ним сприяти вирішенню особистих проблем хворого; психодинамічно такий тип відповідає усвідомленому розумінню власної ролі та прийняттю відповідальності за благополуччя хворого.

Натомість, найпоширенішим типом ставлення до лікування серед родичів жінок, хворих на ПШ, є відсторонений тип (45,0 %), що маніфестно відображує прагнення родичів уникати проблем, пов'язаних із медикаментозним лікуванням з відсутністю як позитивних, так і негативних оцінок дії ліків. Відповідальність при цьому покладається на лікаря або на самого хворого; психодинамічною основою такої поведінки є бажання уникнути відповідальності, підґрунтям якого є неусвідомлені почуття провини і малоцінності, захистом від яких стає заперечення, а основною копінг-стратегією є втеча від реальності. Дітям, які виховуються в таких сім'ях, притаманні висока афіліативність і чутливість до зовнішніх впливів, ескапізм, прагнення уникати потенційно травматичного спілкування.

Другим за поширеністю є маніпулятивний тип ставлення до лікування (33,0 %), що на маніфестно-поведінковому рівні проявляється ухилянням родичів від відповідальності з прагненням перекласти відповідальність за всі аспекти поведінки хворого на лікаря та лікування, і намаганням за допомогою ліків усунути будь-які психологічні протиріччя і проблеми. Психодинамічною основою такої поведінки є паніка і почуття провини з усвідомленням власної причетності і необхідності діяти, що завжди поєднується з відповідальністю; зміщенню акценту відповідальності на лікаря і лікування сприяє перетворенню особистої проблематики у симптоми, за контроль над якими відповідає лікар. Дітям, які виховуються в таких сім'ях, притаманні депресивні прояви, прагнення розуміння і підтримки, сенситивність, емоційна лабільність.

Менш поширеним є ворожий тип ставлення родичів до лікування (13,0 %), що на поведінковому рівні виявляється у прагненні перекласти відповідальність за будь-які небажані прояви на препарати, що застосовуються для лікування; психодинамічно зумовлену неусвідомлюваним почуттям провини і прихований страх власної стигматизації. Дітям, які

виховуються в таких сім'ях, притаманні підвищена емоційна збудливість, дратівливість, агресивність, нестриманість, егоцентризм, небажання приймати ті явища реальності, які не влаштовують їх.

При оцінці ставлення хворої до лікування ПШ, виявлено наступне (рис. 3). Питома вага підтримуючого типу у хворих, як і серед родичів, є найменшою (9,0 %). Натомість, найпоширенішим серед хворих на ПШ жінок є ворожий тип ставлення до лікування (64,0 %), що сприяє розвитку у дітей емоційної нестійкості і лабільності, агресивності, дратівливості, поганій контрольованості емоцій у поєднанні з тривогою та депресивними проявами. Питома вага відстороненого типу склала 17,0 % маніпулятивного – 10,0 %; такі прояви сприяють розвитку у дітей зниженого настрою, актуалізації афіліативної потреби, підвищеній сенситивності, слізливості.

Закономірним у цьому зв'язку є вельми низький рівень ресурсу сімейної підтримки хворих. Кількісне значення показника оцінки ресурсу підтримки склало $26,13 \pm 7,16$ балів; при цьому 76,0 % сімей належать до групи з обмеженим ресурсом підтримки, а 24,0 % – з низьким.

Важлива інформація була одержана нами при аналізі малюнків дітей матерів, хворих на ПШ з використанням методики «Кінетичний малюнок сім'ї».

У малюнках дітей знаходять відображення ознаки проявів психопатологічної симптоматики матерів. Так, типовими є не відображення реального складу сім'ї у малюнках, що є ознакою емоційного конфлікту та невдоволенням сімейною ситуацією. Насамперед, це стосується відсутності на малюнках хворої матері; зазначена тенденція зростає по мірі погіршення психотичної симптоматики, переважно негативної.

Відсутність на малюнках дітей хворих матерів є відображенням розрядження неприйнятної емоційної ситуації, пов'язаної з проявами психопатологічної симптоматики, уникнення негативних емоцій та болісних переживань, пов'язаних з такими матерями. Обґрунтування, яке надавалося дітьми при проханні пояснити відсутність матерів на малюнках, зазвичай відображувало захисні реакції уникнення у непрямій формі: «Мама у лікарні», «Мама пішла до лікаря і затрималася», рідше – пряме бажання уникати контакту з матір'ю: «Не хочу її малювати», «Вона погана», «Вона б'ється», «Вона ображає тата» і т. п.

Поширеним варіантом є також зображення хворої матері на периферії малюнку, доволі часто – за реальним чи умовним бар'єром (лінії, меблі, предмети оточення тощо).

Приблизно у 20 % випадків, переважно у молодших школярів, на малюнках були зображені «віртуальні» матері: реальні жінки, що мали замінити хвору матір (частіше у хлопчиків) та казкові персонажі (феї, чарівниці, ляльки Барбі та ін. – частіше у дівчаток), яких діти наділяли властивостями «ідеальних матерів».

Вкрай рідкими були малюнки, де зображувалася спільна діяльність членів родини (індикатор

сприятливих сімейних відносин), а також малюнки з ретельним багатокольоровим вимальовуванням усіх персонажів (показник емоційної привабливості членів родини). Натомість, частим явищем було переважання на малюнках не людей, а речей (меблів, побутової техніки, комп'ютерів тощо), що є ознакою емоційної стурбованості дитини з приводу сімейної ситуації, яка проявляється «відкладенням» малювання членів родини, з якими асоційовані неприємні переживання, на користь речей та гаджетів, що є «емоційно нейтральними».

Приблизно у половині випадків виявлялися надмірно маленькі зображення себе та членів сім'ї, як правило, у нижній частині аркуша, що свідчить про ознаки депресивності та почуття неповноцінності у дитини.

Частим явищем було зображення на малюнку лише самої дитини, що свідчить про відсутність почуття єдності з членами сім'ї. При цьому характер вимальовування (маленький розмір фігури, схематичне зображення, нечіткі штрихи, умовність та схематичність малюнку, монохромність) свідчив про негативне емоційне тло, почуття відторгненості.

Характерною ознакою малюнків дітей з родин хворих на ПШ є використання різних стилів малювання для матері та інших членів родини, з «відокремленням» матері від решти персонажів.

Зображення матерів на малюнках дітей хворих на ПШ характеризувалося контурною пластикою, слабкою деталізацією, монохромністю з переважним використанням кольорів астеничного та депресивного регістру і соматичного дискомфорту (чорний, сірий та коричневий). Частим явищем була відсутність життєво важливих частин тіла, у тому числі голови, а також виражена асиметрія і диспропорційність у зображенні матерів. Для замальовування контурів використовувалося штрихування, часто – грубими, недбалими штрихами, що є свідченням емоційної непривабливості таких матерів. Поширеним було також стирання та перемальовування зображення.

У окремих випадках на малюнках дітей спостерігалося надмірне, гротескне перебільшення образу матері, що виявлялося непропорційним збільшенням їх зображень. Такі особливості свідчать про надмірну увагу, що приділяють члени сім'ї хворій матері та її особливе місце в ієрархії сімейних стосунків і співпадає з важкими формами ПШ, які вимагають постійного нагляду і догляду.

Доволі частим, особливо у випадках єдиної дитини в родині, є наявність на малюнках дітей того ж віку, що є ознакою фрустрованої потреби у кооперативних зв'язках, а також дітей меншого віку, що свідчить про незадоволену афіліативну потребу.

7. Висновки

1. У жінок, хворих на ПШ, соціальне функціонування страждає комплексно у всіх сферах життєдіяльності. За результатами дослідження виявлено значні порушення соціального функціонування у сферах «Самообслуговування» (середній показник

$1,78 \pm 0,48$ балів), «Інтереси та зайнятість» ($1,61 \pm 0,57$ балів), «Діяльність в сім'ї та вдома» ($2,28 \pm 0,51$ балів), «Діяльність у загальносоціальному розумінні» ($2,14 \pm 0,51$ балів), «Участь у сімейних справах» ($2,30 \pm 0,52$ балів), «Шлюбна роль» ($1,99 \pm 0,54$ балів), «Статевая роль» ($2,40 \pm 0,79$ балів), «Роль у подружньому житті» ($1,12 \pm 0,48$ балів), «Професійна роль: робота» ($3,84 \pm 0,56$ балів), «Професійна роль: зацікавленість» ($3,16 \pm 0,58$ балів), «Захоплення та інформованість» ($1,64 \pm 0,54$ балів) та «Поведінка у нестандартних та складних ситуаціях» ($2,05 \pm 0,87$ балів), а також у ключовій сфері «Батьківська роль» ($2,92 \pm 0,65$ балів).

2. Родичам жінок, хворих на ПШ, притаманні дисфункціональні типи ставлення до психічного захворювання: негативний (деструктивний) (58,0 %) та драматизуючий (24,0 %). Питома вага адекватного типу є найменшою (18,0 %).

3. Деадаптивні типи ставлення родичів до психічного захворювання поєднуються з неконструктивним ставленням до психіатричного лікування хворої: у 9,0 % виявлено підтримуючий тип, у 45,0 % – відсторонений (45,0 %), у 33,0 % – маніпулятивний і у 13,0 % – ворожий.

4. Жінки, хворі на ПШ, рідко виявляють підтримуючий тип ставлення до лікування (9,0 %), поширеними є дезадаптивні типи: ворожий (64,0 %), відсторонений (17,0 %) та маніпулятивний (10,0 %) типи.

5. Родинам жінок, хворих на ПШ, притаманний низький рівень ресурсу сімейної підтримки: кількісне значення показника оцінки ресурсу підтримки склало $26,13 \pm 7,16$ балів; 76,0 % сімей належать до групи з обмеженим ресурсом підтримки, і 24,0 % – з низьким.

6. Психопатологічна симптоматика матерів справляє виражений вплив на психоемоційну сферу дітей, що проявляється у особливостях кінетичних малюнків сім'ї: невідображення реального складу сім'ї, відсутність на малюнках хворої матері, зображення хворої матері на периферії малюнку, часто за реальним чи умовним бар'єром, а також зображення «віртуальних» матерів, відсутність відображення спільної діяльності членів родини, переважання на малюнках речей, надмірно маленькі зображення себе та членів сім'ї, як правило, у нижній частині аркуша. Ці ознаки свідчать про виражений емоційний дискомфорт, почуття самотності, депресивний настрій, почуття неповноцінності у дитини, відсутності почуття єднання з родиною, почуття відторгненості, незадоволену афіліативну потребу.

7. Отримані дані були покладені нами в основу при розробці системи медико-психологічних заходів оптимізації материнсько-дитячої взаємодії у жінок, хворих на ПШ.

Література

1. Марута, Н. А. Жизнь с шизофренией. Что делать? [Текст] / Н. А. Марута, А. М. Кожина, В. И. Коростий, Л. М. Гайчук. – Х., 2011. – 25 с.

2. Психическое здоровье: усиление борьбы с психическими расстройствами [Текст]. – Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения, 2010. – № 220. – 12 с.
3. Юрьева, Л. Н. Шизофрения: клиническое руководство для врачей [Текст] / Л. Н. Юрьева. – К.: Сфера, 2010. – 24 с.
4. Tandon, R. Schizophrenia: Just the Facts What we know [Text] / R. Tandon, M. S. Keshavan, H. A. Nasrallah // Schizophrenia Research. – 2008. – Vol. 100, Issue 1-3. – P. 4–19. doi: 10.1016/j.schres.2008.01.022
5. Юр'єва, Н. М. Гендерноспецифічна дезадаптація соціального функціонування у жінок, хворих на параноїдну шизофренію: аналіз феномену та особливості терапії і психосоціальної реабілітації [Текст] / Н. М. Юр'єва // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, № 2 (79). – С. 139–146.
6. Kosenko, R. Features of psychopharmacotherapeutic and psychotherapeutic constituents in the complex treatment of women with paranoid schizophrenia at different models of family interaction [Text] / R. Kosenko // Journal of Health Sciences. – 2014. – Vol. 04, Issue 06. – P. 43–56.
7. Morvaniuk, A. V. Analysis of the general approach to psychotherapy and pharmacotherapy schizophrenia with gender differences in ukraine and the world [Text] / A. V. Morvaniuk // Journal of Health Sciences. – 2014. – Vol. 04, Issue 01. – P. 339–348.
8. Буздиган, О. Г. Диференційовані підходи до психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію з урахуванням клініко-функціональних гендерних особливостей [Текст] / О. Г. Буздиган // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, № 4 (89). – С. 47–53.
9. Косенко, К. А. Психосоціальна реабілітація жінок, хворих на параноїдну шизофренію, при різних моделях родинної взаємодії [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / К. А. Косенко; ДУ Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України. – Х., 2015. – 24 с.
10. Животовська, Л. В. Аналіз сімейного здоров'я при шизофренії в одного з батьків [Текст] / Л. В. Животовська, О. А. Казаков, В. В. Борисенко // Медична психологія. – 2015. – Т. 10, № 3. – С. 48–51.
11. Пшук, Н. Г. Динаміка ресурсу сім'ї, де проживає хворий на параноїдну шизофренію [Текст] / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, С. Я. Пшук // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, № 3 (72). – С. 215.
12. Маркова, М. В. Рівень функціонування родини як критерій вибору типу психотерапевтичного втручання в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію [Текст] / М. В. Маркова, В. О. Діхтяр // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, № 2 (71). – С. 56–57.
13. Плевачук, О. Ю. Взаємозв'язок перебігу шизофренії з психологічними особливостями мікросередовища пацієнта [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / П. О. Юрїїна; ДУ Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України. – Х., 2011. – 18 с.
14. Маркова, М. В. Особливості сімейної взаємодії та адаптації в родині у пацієнтів, хворих на шизофренію, з точки зору психотерапевтичного потенціалу сім'ї [Текст] / М. В. Маркова, В. О. Діхтяр // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 13, № 3 (64). – С. 133–134.
15. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use [Text]. – Geneva: WHO, 1988. – 96 p. – Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40429/1/9241561114.pdf>
16. Абрамов, В. А. Психосоціальна реабілітація больных шизофренией [Текст]: монографія / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. – Донецк: Каштан, 2009. – 584 с.
17. Лутова, Н. Б. Типология отношения семьи к терапии психотропными препаратами [Текст] / Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич. – СПб., 2011. – 19 с.
18. Оліфірович, Н. І. Психологія сімейних криз [Текст] / Н. І. Оліфірович, Т. А. Зінкевич-Куземкіна, Т. Ф. Велента. – СПб.: Речь, 2006. – 360 с.
19. Лапач, С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel: Экспериментальные исследования. Клинические испытания. Анализ фармацевтического рынка [Текст] / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – К.: Моріон, 2001. – 407 с.

References

1. Maruta, N. A., Kozhina, A. M., Korostij, V. I., Gajchuk, L. M. (2011). Zhizn's shizofreniej. Chto delat'? Kharkov, 25.
2. Psihicheskoe zdorov'e: usilenie bor'by s psihicheskimi rasstrojstvami (2010). Informacionnyj bjulleten' Vsemirnoj organizacii zdavoohranenija, 220, 12.
3. Jur'eva, L. N. (2010). Shizofrenija: klinicheskoe rukovodstvo dlja vrachej. Kyiv: Sfera, 24.
4. Tandon, R., Keshavan, M. S., Nasrallah, H. A. (2008). Schizophrenia: Just the Facts What we know. Schizophrenia Research, 100 (1-3), 4–19. doi: 10.1016/j.schres.2008.01.022
5. Jur'eva, N. M. (2014). Gendernospecificchna dezadaptacija social'nogo funkcionuvannja u zhinok, hvorih na paranoidnu shizofreniju: analiz fenomenu ta osoblivosti terapii i psihosocial'noi reabilitacii. Ukrains'kij visnik psihonevrologii, 22 (2 (79)), 139–146.
6. Kosenko, R. (2014). Features of psychopharmacotherapeutic and psychotherapeutic constituents in the complex treatment of women with paranoid schizophrenia at different models of family interaction. Journal of Health Sciences, 04 (06), 43–56.
7. Morvaniuk, A. V. (2014). Analysis of the general approach to psychotherapy and pharmacotherapy schizophrenia with gender differences in ukraine and the world. Journal of Health Sciences, 04 (01), 339–348.
8. Buzdigan, O. G. (2016). Diferencijovani pidhodi do psihosocial'noi reabilitacii hvorih na shizofreniju z urahuvannjam kliniko-funkcional'nih gendernih osoblivostej. Ukrains'kij visnik psihonevrologii, 24 (4 (89)), 47–53.
9. Kosenko, K. A. (2015). Psihosocial'na reabilitacija zhinok, hvorih na paranoidnu shizofreniju, pri riznih modeljah rodinnoi vzaemodii. Kharkiv, 24.
10. Zhivotovs'ka, L. V., Kazakov, O. A., Borisenko, V. V. (2015). Analiz simejnogo zdorov'ja pri shizofrenii v odnogo z bat'kiv. Medichna psihologija, 10 (3), 48–51.
11. Pshuk, N. G., Markova, M. V., Pshuk, E. Ja. (2012). Dinamika resursu sim'i, de prozhivaє hvorij na paranoidnu shizofreniju. Ukrains'kij visnik psihonevrologii, 20 (3 (72)), 215.
12. Markova, M. V., Dihtjar, V. O. (2012). Riven' funkcionuvannja roдини jak kriterij voboru tipu psihoterape-

vtichnogo vtruchannja v kompleksnomu likuvanni hvorih na paranoidnu shizofreniju. Ukrains'kij visnik psihonevrologii, 20/2 (71), 56–57.

13. Plevachuk, O. Ju. (2011). Vzaemozv'jazok perebigu shizofrenii z psihologichnimi osoblivostjami mikroseredovishha pacienta. Kharkiv, 18.

14. Markova, M. V., Dihtjar, V. O. (2010). Osoblivosti simejnoi vzaemodii ta adaptacii v rodini u pacientiv, hvorih na shizofreniju, z točki zoru psihoterapevtichnogo potencialu sim'i. Ukrains'kij visnik psihonevrologii, 13/3 (64), 133–134.

15. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use (1988). Geneva: WHO, 96. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40429/1/9241561114.pdf>

16. Abramov, V. A., Zhigulina, I. V., Rjapolova, T. L. (2009). Psihosocial'naja reabilitacija bol'nyh shizofreniej. Donetsk: Kashtan, 584.

17. Lutova, N. B., Makarevich, O. V. (2011). Tipologija otoshnenija sem'i k terapii psihotropnymi preparatami. St. Petersburg, 19.

18. Olifirovich, N. I., Zinkevich-Kuzemkina, T. A., Velenta, T. F. (2006). Psihologija simejnih kriz. Sankt-Peterburg: Rech', 360.

19. Lapach, S. N., Chubenko, A. V., Babich, P. N. (2001). Statisticheskie metody v mediko-biologicheskikh issledovanijah s ispol'zovaniem Excel: Jeksperimental'nye issledovanija. Klinicheskie ispytanija. Analiz farmacevticheskogo rynku. Kyiv: Morion, 407.

Рекомендовано до публікації д-р мед. наук Маркова М. В.
Дата надходження рукопису 02.11.2016

Дрюченко Майя Олександрівна, асистент, кафедра сімейної медицини, Ужгородський національний університет, пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна, 88000
E-mail: mdryu@gmail.com

УДК: 616.314-77:616.314.16

DOI: 10.15587/2519-4798.2016.86430

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ КОРЕНІВ ЗУБІВ ПРИ ЗУБНОМУ ПРОТЕЗУВАННІ ЗІ ЗРУЙНОВАНОЮ БІФУРКАЦІЄЮ

© С. В. Ірха

Метою роботи було на підставі проведених досліджень розробити щадний спосіб ортопедичного лікування зубів з повним руйнуванням коронкової їх частини та зруйнованою біфуркацією. Результати, отримані внаслідок проведеного лікування з використанням електрохірургічного методу за запропонованим нами способом, показали можливість збереження коренів зубів з використанням їх в якості опори різних конструкцій зубних протезів

Ключові слова: корені зубів, використання коренів зубів, зруйнована біфуркація, протезування, електрофульгурація, деструкція

Aim of research: to elaborate the gentle way of orthopedic treatment of teeth at complete destruction of their crown fragment and destroyed bifurcation.

Material and methods. We examined and admitted for treatment 37 patients with complete destruction of tooth crown fragment and destroyed bifurcation of low molar teeth (from 24 to 56 years; mean age was 44±4,38 years). At the treatment of patients the "Method of compensation of tooth crown defect at destructed bifurcation", elaborated by us, was used. Electrofulguration destruction of pathologically changed tissues of periodont on the fragment of bifurcation was carried out using electrosurgical device – "Electric fulgator SVAROG". After that the prosthesis was realized.

Results demonstrated that the elaborated method of compensation of tooth crown defect at destroyed bifurcation with disjunction of roots and removal of damaged tissues on the fragment of bifurcation allows avoid its extraction and provide the integrity of dental range.

Conclusion. The usage of offered gentle method of teeth roots preservation at dental prosthesis allows remain them and use as support for different constructions of dental prosthetic appliances

Keywords: teeth roots, teeth roots usage, destroyed bifurcation, prosthesis, electrofulguration, destruction

1. Вступ

Одною з основних причин видалення зубів залишається проблема пов'язана з наявністю патологічних процесів в оточуючих зуб тканинах та зубів зі зруйнованою біфуркацією, що потребує

виваженого підходу у їх підготовці до зубного протезування [1].

Проблема максимального збереження зруйнованих зубів набуває особливого практичного значення для профілактики деформацій зубних рядів і атро-