

Програма медико-психологічної корекції дезадаптації дружин, чоловіки яких страждають на шизофренію, та її ефективність

Валерія Герасимук

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Мета дослідження - обґрунтувати, розробити та оцінити ефективність програми медико-психологічної корекції дезадаптації дружин, чоловіки яких страждають на параноїдну шизофренію (ПШ).

Для досягнення поставленої мети, з дотриманням принципів біоетики і деонтології, на базі КЗ «Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. О.І. Ющенко» було обстежено 120 жінок, чоловіки яких хворіли на ПШ, та 50 жінок, чоловіки яких не мали психічних і поведінкових розладів. Комплексне обстеження включало застосування клініко-психологічного, психодіагностичного і статистичного методів дослідження.

Аналіз отриманих результатів дозволив побудувати модель психогенезу психологічної дезадаптації у дружин чоловіків, хворих на ПШ, згідно якої, первинний біологічно детермінований дефіцит стресостійкості провокував невиправдано швидке виснаження комунікативних копінг-ресурсів, що обумовлювало підвищену вразливість до дії психосоціально-стресових факторів, пов'язаних з захворюванням чоловіка на ПШ, внаслідок чого в формувались дисконгруентні співзалежні взаємовідносини, що призводило до розвитку сімейної дезадаптації, яка, в свою чергу, породжувала проблеми психосоціального функціонування, що, в підсумку, призводило до формування дезадаптивних психічних станів та ще більше знижувало здатність до стрес-опору, замикаючи таким чином порочне коло патологічних взаємовпливів.

Ґрунтуючись на створеній моделі, розроблено та доведено ефективність програми заходів медико-психологічної корекції, сутність якої - підвищення стрес-протективних ресурсів й оптимізація стрес-долаючої поведінки, як стрижневої патогенетичної ланки розвитку дезадаптації, що досягається за умови використання психоосвітніх, когнітивно-поведінкових, сімейних й групових особистісно-орієнтованих впливів, які реалізуються у вісім послідовних стадій.

Актуальність

Стани психологічної дезадаптації у родичів психічнохворих пацієнтів останні десять-п'ятнадцять років привертають увагу дослідників. Так, науковцями описані прояви психічної дезадаптації у родичів хворих з першим епізодом психозу [1, 2], створені психоосвітні керівництва для них [3, 4], вивчена динаміка ресурсу сім'ї, де проживає хворий на ПШ [5, 6], досліджені особливості психологічної дезадаптації у дружин та матерів пацієнтів з різною тривалістю захворювання на ПШ [7], висвітлена специфіка психологічного реагування сім'ї, в якій дружина яких хворіє на ПШ [8, 9], та ін.

Однак, поза увагою дослідників залишається важливе питання щодо ролі ресурсного арсеналу копінг-поведінки в процесі формування психологічної дезадаптації у родичів психічнохворих

пацієнтів [10]. Між тим, зрозуміло, що стрес-долаюча копінг-поведінка, як активна стратегія та індивідуальний спосіб взаємодії суб'єкта з важкою життєвою ситуацією, є найважливішою формою адаптаційних процесів і реагування індивіда на стресові ситуації, а відсутність результатів її ретельного вивчення унеможливорює створення дійсно ефективних персоніфікованих психокорекційних програм, спрямованих на психокорекцію і психологічну підтримку такого важливого і великого контингенту споживачів медико-психологічної допомоги, як родичі хворих на ПШ.

Мета дослідження

Мета дослідження – обґрунтувати, розробити та оцінити ефективність програми медико-психологічної корекції дезадаптації дружин, чоловіки яких страждають на ПШ.

Контингент і методи дослідження

Для досягнення поставленої мети, з дотриманням принципів біоетики і деонтології, на базі КЗ «Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. О.І. Ющенка» було обстежено 120 жінок, чоловіки яких хворіли на ПШ, у віці від 22 до 55 років (середній вік – 38 років). Критеріями включення були наявність у чоловіка діагнозу «Шизофренія, параноїдна форма» (F20.0 згідно з дослідницько-діагностичними критеріями МКХ-10), проживання з хворим в одній оселі. Критеріями виключення були жінки, що мали психічні або хронічні інвалідизуючі соматичні захворювання. У 65,8% жінок тривалість хвороби чоловіка була від одного до восьми років (вони склали основну групу дослідження 1, ОГ1), у 34,2% – від восьми до п'ятнадцяти років (вони склали основну групу дослідження 2, ОГ2). Даний розподіл за тривалістю хвороби був обумовлений особливостями її перебігу, що, за твердженням І.Я. Гуровича зі співавторами [11], впливають на стан сімейного гомеостазу. В якості порівняльної групи було обстежено 50 жінок віком від 21 до 56 років (середній вік – 36 років), які були репрезентативними з основною групою обстежуваних за основними соціально-демографічними характеристиками, та мали чоловіків без клінічно виражених розладів психіки і поведінки.

На початку втілення в практику розробленої програми медико-психологічної корекції дезадаптації дружин, чоловіки яких страждають на ПШ, обстежені кожної групи біли розділені на дві залежно від участі в запропонованих заходах. До груп втручання (ГВ), в яких проводилась психокорекційна робота, увійшли 36 жінок ОГ1 (вони склали групу ОГ1-ГВ), та 21 жінка з ОГ2 (вони, відповідно, склали групу ОГ2-ГВ). Інші обстежені увійшли до груп контролю (ГК) – 43 особи з ОГ1 (група ОГ1-ГК) та 20 осіб ОГ2 (група ОГ2-ГК).

Комплексне обстеження включало застосування клініко-психологічного, психодіагностичного і статистичного методів дослідження.

Програма

В результаті дослідження було підтверджено гіпотезу про наявність у дружин хворих на ПШ чоловіків ознак психічної, сімейної, психосоціальної та особистісно-поведінкової дезадаптації різного наповнення й вираженості, констеляція яких складала клінічну картину цілісного феномену психологічної дезадаптації жінок, що різнилась залежно від тривалості хвороби.

Встановлено два клініко-психологічних варіанти дезадаптації дружин чоловіків, хворих на ПШ. У жінок, захворювання чоловіків яких становило від одного до восьми років, в тій чи іншій мірі вираженості зустрічались прояви субдезадаптивного зчеплено-співзалежного варіанту, що характеризувався драматизацією ситуації, надмірною емоційною залученістю в проблему, некритичністю до власної поведінки, обумовленої синдромом співзалежності та неадекватним стрес-подоланням. Дружинам чоловіків з тривалістю захворювання на ПШ від восьми до

п'ятнадцяти років були притаманні прояви дезадаптивного роз'єднано-дистанційного варіанту, провідними симптомами якого були роздратування, втома, байдужість і уникання проблем, пов'язаних з хворобою чоловіка, які, на тлі виснаження копінг-ресурсів та патологічної трансформації неконструктивних і неадаптивних копінг-стратегій, потенціювали подальше прогресування дезадаптивного стану.

Аналіз отриманих результатів дозволив дійти до висновку про відсутність специфічності чинників виникнення й розвитку обох варіантів психологічної дезадаптації, формування яких залежало від тривалості та синергічності дії виділених патогенних факторів, та побудувати модель психогенезу психологічної дезадаптації у дружин чоловіків, хворих на ПШ (Рис. 1). Згідно даної моделі, первинний біологічно детермінований дефіцит стресостійкості провокував невиправдано швидке виснаження комунікативних копінг-ресурсів, що обумовлювало підвищену вразливість до дії психосоціально-стресових факторів, пов'язаних з захворюванням чоловіка на ПШ, внаслідок чого в формувались дисконгруентні співзалежні взаємовідносини, що призводило до розвитку сімейної дезадаптації, яка, в свою чергу, породжувала проблеми психосоціального функціонування, що, в підсумку, призводило до формування дезадаптивних психічних станів та ще більше знижувало здатність до стрес-опору, замикаючи таким чином порочне коло патологічних взаємовпливів.

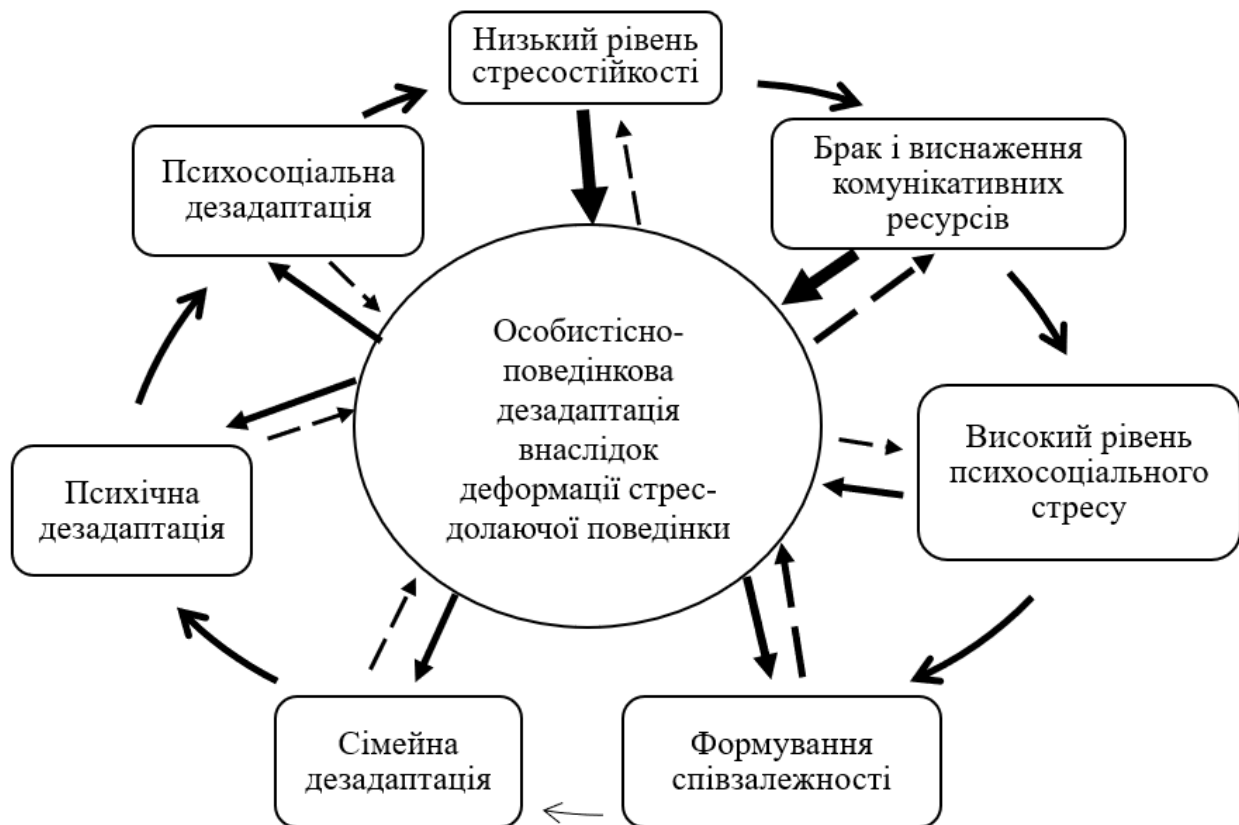


Рисунок 1. Модель психогенезу психологічної дезадаптації у дружин чоловіків, хворих на ПШ

Спираючись на дану модель психогенезу, нами запропонована програма заходів медико-психологічної корекції дезадаптації дружин чоловіків, хворих на ПШ, сутність якої – підвищення стрес-протективних ресурсів й оптимізація стрес-долаючої поведінки, як стрижневої патогенетичної ланки розвитку дезадаптації. Відповідно до моделі, усунення патологічних чинників психогенезу дезадаптації, здійснювалось у зворотній послідовності від періоду їх формування, тобто, в першу чергу, вирішувались проблеми усунення проявів

психічної дезадаптації, потім – психосоціальної, після чого – сімейної й особистісно-поведінкової. Запропонована програма містила 8-м стадій, які склались з 99 психокорекційних зустрічей – занять, та реалізовувались у визначеній послідовності (Табл. 1).

Стадія	Мета	Технологія	Тривалість
1	Встановлення терапевтичного альянсу і формування мотивації на участь у психокорекційній програмі	Елементи мотиваційного інтерв'ю	1 зустріч
2	Поповнення дефіциту інформації, усвідомлення причинно-наслідкових зв'язків між захворюванням чоловіка на ПШ і власним дезадаптивним станом	Психоосвіта	6 зустрічей
3	Редукція патологічних проявів психічної дезадаптації, зниження невротизації, нормалізація тла настрою	Групова особистісно-орієнтована психотерапія, елементи аутогенного тренування, вправи м'язової релаксації, дихальні техніки	24 зустрічі
4	Елімінація проблем соціального функціонування й підвищення рівню психосоціальної адаптації	Прийоми когнітивно-поведінкової психотерапії	12 зустрічей
5	Ідентифікація, усвідомлення і усунення проявів співзалежності та сімейної дезадаптації	Елементи когнітивно-поведінкової, а також сімейної психотерапії	18 зустрічей
6	Оптимізація й формування нових патернів стрес-долаючої поведінки	Групова, когнітивно-поведінкова психотерапія, логотерапія	36 зустрічей
7	Оцінка ефективності	Психодіагностика	2 зустрічі
8	Самодопомога й психологічна підтримка	Групи зустрічей, прийоми самопомоги	За запитом

Таблиця 1. Структура програми медико-психологічної корекції дезадаптації дружин чоловіків, хворих на ПШ

Після встановлення терапевтичного альянсу і формування мотивації на участь у психокорекційній програмі (1 заняття), проводили 6 психоосвітніх сеансів, після чого приступали до 24 занять активної психокорекції у вигляді групової особистісно-орієнтованої психотерапії, елементів аутогенного тренування, вправ м'язової релаксації, дихальних технік та ін., які були спрямовані на редукцію патологічних проявів психічної дезадаптації, зниження невротизації й нормалізацію тла настрою. Наступним кроком програми була елімінація проблем соціального функціонування й підвищення рівню психосоціальної адаптації, що здійснювалось протягом 12 занять когнітивно-поведінкової спрямованості, після чого 18 зустрічей присвячували ідентифікації, усвідомленню і усуненню проявів співзалежності та сімейної дезадаптації, для чого використовували елементи когнітивно-поведінкової, а також сімейної психотерапії, алгоритм використання яких склали, базуючись на розробленій В.В. Ярим (2016) концепції комплексної лікувально-реабілітаційної допомоги співзалежній родині [12, 13]. Стрижневою частиною психокорекційної програми була стадія оптимізації й формування нових патернів стрес-долаючої поведінки, при створенні якої ми спирались на концепцію інтегративної психотерапії та розвитку конструктивних форм поведінки (Є.Я. Пшук, 2010) [14], що містила 36 зустрічей, які склали 4 змістовних блока: а) розвиток емпатії і афіліації як базових копінг-ресурсів (12 занять); б) розвиток Я-концепції як особистісного копінг-ресурсу (7 занять); в) розвиток навичок як соціальної підтримуючої поведінки як зовнішнього копінг-ресурсу (8 занять); г) розвиток стрес-долаючої поведінки (9 занять), для чого використовували прийоми групової, когнітивно-поведінкової, а також логотерапії. Оцінку ефективності психокорекційних заходів проводили шляхом 2-х зустрічей,

після чого, за запитом, створювали умови для функціонування груп самопомоги і психологічної підтримки жінок.

Психоосвітні заходи включали обговорення 6 інформаційних блоків, а саме: 1) проблема шизофренії як медико-соціальна і родинна; 2) необхідність контролювати поведінку хворого родича; 3) залежність емоційного стану дружини від стану чоловіка, хворого на ПШ; 4) почуття провини, пов'язане з поведінкою хворого родича; 5) постійні тривоги з приводу майбутнього хворого родича; 6) розвиток навичок спілкування з хворим на ПШ чоловіком.

Психотерапевтичну роботу, спрямовану на нівеляцію невротичної афективної симптоматики, будували за класичними настановами групової особистісно-орієнтованої психотерапії неврозів за В.М. Мясіщевим, комбінуючи ауто- і гетеропсихотерапевтичні впливи, доповнюючи елементами прогресивної м'язової релаксації за Джекобсоном та деякими дихальними вправами, спрямованими на розслаблення та опанування власними фізіологічними реакціями.

Для оптимізації психосоціального функціонування жінок проводили заняття когнітивно-поведінкової терапії з обговоренням власних проблем та проблем хворого, що виникли внаслідок захворювання чоловіка на ПШ, а саме: проблема усвідомлення власної долі, яку вони пов'язували з хворим родичем; проблема власного благополуччя, пов'язаного з наявністю у чоловіка захворювання на ПШ; проблема свободи власного життя і поведінки; почуття свободи у спілкуванні в родині; усвідомлення власних емоцій та потреб, пов'язаних зі своїм особистим життям, а не тільки боротьбою за здоров'я чоловіка.

Робота, спрямована на корекцію співзалежності та сімейної дезадаптації, була розділена, за рекомендаціями В.В. Ярого, М.В. Маркової [15], на 4 блоки:

1. подолання анозогнозії, або пошук відповіді на питання «Що відбувається зі мною?»;
2. формування адекватного ставлення до себе, або пошук відповіді на питання «Хто я?»;
3. корекція особистісних особливостей, або пошук відповіді на питання «Ким я хочу стати?»;
4. корекція дисгармонійних стереотипів міжособистісних відносин, або пошук відповіді на питання «Як і з ким я хочу мати взаємодію?».

При реалізації першого блоку психотерапевтичної роботи (подолання анозогнозії або «Що відбувається зі мною?»), основними завданнями були розуміння свого стану, ідентифікація своєї співзалежності, припинення «обітниць мовчання», установка на одужання. На цьому етапі формування мотивація подолання співзалежності у дружин хворих набувала вирішального значення в силу неусвідомленості ними власних проблем і фіксованості на вирішенні проблем залежного чоловіка. Усвідомлення власного вкладу у підтримання залежної поведінки чоловіків було першим кроком у психотерапії власної співзалежної поведінки.

На другому блоці (формування адекватного ставлення до себе, або «Хто я?»), вирішувались наступні завдання: об'єктивна оцінка своїх особистісних особливостей, «прийняття» себе. При цьому формувалась здатність та вміння висловлювати власні хворобливі переживання; ідентифікувати й вербалізувати екзистенційні почуття безнадійності майбутнього, страху і провини. Психотерапія «почуття провини» здійснювалася відносно усвідомлення і зміни переконань жінок, пов'язаних з власною роллю у долі чоловіка. Як базова при цьому застосовувалася техніка переформування сенсу і контексту, пов'язаних з відчуттям власної винності. Основна ідея переформування полягала у зміні винності за недостатні зусилля у долі чоловіка на винність за надмірні зусилля, що заважають проявам його індивідуальної відповідальності.

При реалізації третього блоку відбувалася корекція особистісних особливостей («Ким я хочу

стати?»). Головною метою цього етапу ставала побудова планів власного життя й поліпшення свого стану, незалежного від перебігу ПШ у чоловіка, головною тезою – переконання жінок у можливості власних змін та відчуття себе вільною у виборі нових переконань, моделей поведінки і точок зору. При цьому відбувалося усвідомлення власних потреб та необхідності їх задоволення для підтримки адекватного рівню якості життя. Акцент психотерапії був визначений у зміщенні відповідальності з інших людей або суспільства на себе. Це дозволило жінкам дійти до прийняття на себе відповідальності за власний стан.

Четвертий блок було присвячено корекції дисгармонійних стереотипів міжособистісних відносин: усвідомлення стереотипів, виявлення причин їх дисгармонічності, освоєння адаптивних стереотипів міжособистісних відносин.

Корекція стрес-долаючої поведінки та підвищення ресурсів подолання здійснювалась за розробленою в руслі наукової школи проф. Н.Г. Пшук концепції інтегративних підходів до психотерапії комунікативних й соціальних копінг-ресурсів при різних дезадаптивних станах (Л.В. Стукан, П.М. Слободянюк, Є.Я. Пшук, А.О. Камінська, Д.П. Слободянюк, О.О. Белов) психокорекційної програми, що, як і попередня стадія, складалась з 4 блоків.

Перший блок

Розвиток емпатії та афіліації, як комунікативних копінг-ресурсів (12 занять). Складався з наступних ключових ланок: людина, як соціальна істота. Відчуття. Ідентифікація емоційних станів іншої людини. Спілкування і емпатія. Структурні компоненти емпатії. Вербальні і невербальні компоненти спілкування. Емпатійні взаємовідношення при шизофренії. Афіліація. Конфлікти і уміння їх вирішувати. Соціальна і комунікативна компетентність.

Заняття 1. Мета: представити програму, її цілі і завдання. Ознайомити учасників з правилами роботи в групі. Встановити довірчий і доброзичливий контакт в групі.

Заняття 2–3. Мета: інформувати учасників програми про причини виникнення, форми і наслідки шизофренії. Відчуття. Ідентифікація емоційних станів іншої людини. Спілкування і емпатія.

Заняття 4. Мета: визначення шизофренії як захворювання, в результаті якого відбувається збіднення емпатійних стосунків з представниками соціальних мереж. Розвиток у учасників програми емпатії, умінь надавати підтримку.

Заняття 5–6. Мета: розвиток умінь усвідомлювати власні відчуття і емоційний стан; умінь відкрито виражати власні відчуття.

Заняття 7. Мета: сформувати уміння ідентифікувати емоційний стан, розуміти і розділяти відчуття іншої людини. Відпрацювання навичок емпатійної взаємодії.

Заняття 8–9. Мета: навчання невербальним компонентам спілкування. Формування умінь розпізнавати емоційний стан інших за допомогою невербального джерела спілкування.

Заняття 10–11. Мета: формування навичок розпізнавати конфліктні ситуації; розвиток уміння слухати, розуміти і співпереживати іншим людям.

Заняття 12. Мета: закріплення відпрацьованого матеріалу. Підтвердити необхідність розвитку особистісних комунікативних копінг-ресурсів, як обов'язкової умови розвитку та становлення конструктивної, високофункціональної копінг-поведінки.

Другий блок



Розвиток Я-концепції, як особистісного копінг-ресурсу (7 занять). Складався з наступних ключових ланок: самооцінка, відношення до себе. Самооцінка і стрес. Механізми формування самооцінки. Сфери Я-концепції. «Я-реальне», «Я-ідеальне», «Я-прогностичне». Особистість та її межі. Самооцінка при шизофренії. Шлях до самоефективності, самоконтролю і самоповаги. Особистісне зростання.

Заняття 1. Мета: розвиток позитивної Я-концепції. Формування критичного відношення до свого стану. Проаналізувати співвідношення структурних компонентів самооцінки.

Заняття 2-3. Мета: визначення самоцінності. Проаналізувати позитивні і негативні якості характеру і можливі шляхи їх зміни.

Заняття 4-5. Мета: сформувати розуміння патологічного зв'язку шизофренії і самооцінки хворого. Формування самоприйняття.

Заняття 6-7. Мета: розвиток навичок самоефективності, самоконтролю і самоповаги.

Третій блок

Розвиток соціально підтримуючої поведінки (8 занять). Складався з наступних ключових ланок: стрес і соціальна підтримка. Види соціальної підтримки (психологічна, фінансова, інструментальна, інформаційна та інші). Ефективна і неефективна соціальна підтримка. Копінг-стратегія пошуку соціальної підтримки. Пошук і надання соціальної підтримки. Суб'єктивне сприйняття соціальної підтримки. Навички соціальної підтримуючої поведінки. Сім'я, як соціально-підтримуюча система (здорова) або соціально-пригнічуюча (дисфункціональна). Родинна копінг-поведінка. Сім'я хворого на шизофренію. Проблема співзалежності членів сім'ї психічно хворого. Соціальна реабілітація.

Заняття 1. Мета: розвиток навичок соціально-підтримуючої поведінки. Соціально-підтримуюча поведінка при шизофренії.

Заняття 2. Мета: ознайомити з поняттям «соціально-підтримуюча система». Розглянути шизофренію, як родинне захворювання.

Заняття 3-4. Мета: розвиток навичок пошуку, сприйняття і надання соціальної підтримки при вирішенні складних життєвих ситуацій.

Заняття 5-6. Мета: визначення родинної проблемо-долаючої поведінки (родинна копінг-поведінка). Розгляд проблеми співзалежності.

Заняття 7-8. Мета: залучити до роботи в програмі хворих на шизофренію.

Четвертий блок

Розвиток стрес-долаючої поведінки. (9 занять). Складався з наступних ключових ланок: життєві труднощі; стрес і копінг-поведінка. Ефективні і неефективні шляхи подолання стресу. Копінг-стратегія вирішення проблем. Оцінка проблемної ситуації (первинна і вторинна оцінка), переоцінка. Навички оцінювання проблемної ситуації. Життєві навички подолання стресу (психологічні, пізнавальні, фізичні). Модель ухвалення рішень. Стрес-долаюча поведінка в подоланні наслідків впливу захворювання на ПШ у члена родини.

Заняття 1-2. Мета: визначити можливі стратегії подолання життєвих труднощів. Сформувати навички оцінки проблемної ситуації і ухвалення рішення.

Заняття 3–4. Мета: розвиток навичок проблемо-долаючої поведінки. Ознайомити групу з поетапним процесом проблемо-долаючої поведінки. Відпрацювати перший етап процесу вирішення проблем-орієнтації на проблемі.

Заняття 5. Мета: розвиток навичок проблемо-долаючої поведінки. Відпрацювання другого етапу вирішення проблем-визначення і формулювання на проблемі.

Заняття 6. Мета: розвиток навичок проблемо-долаючої поведінки. Відпрацювання третього етапу процесу вирішення проблем-генерації альтернатив.

Заняття 7. Мета: розвиток навичок проблемо-долаючої поведінки. Відпрацювання четвертого етапу вирішення проблем – ухвалення рішення.

Заняття 8. Мета: розвиток навичок проблемо-долаючої поведінки. Відпрацювання п'ятого етапу вирішення проблем – виконання рішення і перевірка.

Заняття 9. Мета: закріпити засвоєні на попередніх заняттях навички проблемо-долаючої поведінки та соціально-підтримуючої поведінки. Визначити роль соціальної підтримки в проблемо-долаючому процесі.

Результати та їх обговорення

На сьомій стадії програми психокорекції, для визначення ефективності та дієвості розроблених заходів, проводилась порівняльна оцінка рівню стресостійкості (за методикою визначення стресостійкості Д. Холмса – Page) та копінг-стратегій, що превалювали у копінг-репертуарі жінок (з використанням опитувальника «Засоби долаючої поведінки» А. Лазаруса, Фолкмана в адаптації Т. Крюкової) [16].

Психодіагностичне дослідження, зроблене після закінчення базових психокорекційних заходів, показало наявність статистично значущої різниці у показниках між особами ГВ і ГК. Так, після участі у розробленій програмі, стрес-захисні здатності як жінок ОГ1-ГВ, так і ОГ2-ГВ, значуще поліпшились, в той час як показники ОГ1-ГК і ОГ2-ГК продемонстрували негативну динаміку (Табл. 2).

Рівень стресостійкості	До психокорекції		Після психокорекції			
	ОГ1, n=79	ОГ2, n=41	ОГ1-ГВ, n=36	ОГ1-ГК, n=43	ОГ2-ГВ, n=21	ОГ2-ГК, n=20
Високий	7,6* **	0***	27,8``	0	19,0````	0
Межовий	30,4* **	17,1***	69,4``	20,9	66,7````	5,0
Низький	62,0* **	82,9***	2,8``	79,1	14,3````	95,0

Таблиця 2. Порівняльна характеристика показників стресостійкості у жінок залежно від участі у психокорекційній програмі, %. Примітка. Розбіжності між показниками статистично значущі на рівні амплітуди від $p < 0,01$ до $p < 0,05$: *між показниками ОГ1 і ОГ1-ГВ; **між показниками ОГ1 і ОГ1-ГК; ***між показниками ОГ2 і ОГ2-ГВ; ``між показниками ОГ2 і ОГ2-ГК; ````між показниками ОГ1-ГВ і ОГ1-ГК; ``````між показниками ОГ2-ГВ і ОГ2-ГК.

Схожа тенденція була зафіксована при вивченні копінг-стратегій, застосовуваних жінками в актуальному поведінковому репертуарі (Табл. 3).

Рівень стресостійкості	До психокорекції		Після психокорекції			
	ОГ1, n=79	ОГ2, n=41	ОГ1-ГВ, n=36	ОГ1-ГК, n=43	ОГ2-ГВ, n=21	ОГ2-ГК, n=20
Конфронтація	17,7* **	2,4	0	11/ 25,6``	0	1/5,0
Дистанціювання	20,3* **	26,8***	0	13/ 30,2``	0	7/35,0````
Втеча-уникнення	21,5* **	34,1***	0	16/ 37,2``	1/4,8	8/40,0````

Рівень стресостійкості	До психокорекції		Після психокорекції			
	ОГ1, n=79	ОГ2, n=41	ОГ1-ГВ, n=36	ОГ1-ГК, n=43	ОГ2-ГВ, n=21	ОГ2-ГК, n=20
Самоконтроль	3,8*	2,4	5/13,9``	0	0	0
Пошук соціальної підтримки	12,7*	19,5***	7/19,4``	3/ 7,0	9/42,9````	4/20,0
Прийняття відповідальності	5,1* **	2,4	5/13,9``	0	0	0
Планування вирішення проблеми	13,9* **	4,9***`	8/22,2``	0	4/19,0````	0
Позитивна переоцінка	5,1*	7,3***`	11/30,6``	0	7/33,3````	0

Таблиця 3. Розподіл обстежених жінок за типом використовуваних копінг-стратегій, % Примітка. Розбіжності між показниками статистично значущі на рівні амплітуди від $p < 0,01$ до $p < 0,05$: *між показниками ОГ1 і ОГ1-ГВ; **між показниками ОГ1 і ОГ1-ГК; *** між показниками ОГ2 і ОГ2-ГВ; ` між показниками ОГ2 і ОГ2-ГК; `` між показниками ОГ1-ГВ і ОГ1-ГК; ```` між показниками ОГ2-ГВ і ОГ2-ГК.

Якщо на початку дослідження було встановлено, що дружини хворих на ПШ використовували здебільшого неконструктивні копінг-стратегії, а саме, стратегії конфронтації (ОГ1 – 17,7% і ОГ2 – 2,4%, $p < 0,05$), дистанціювання (ОГ1 – 20,3% і ОГ2 – 26,8%, $p > 0,05$) та стратегія втечі – уникнення (ОГ1 – 21,5% і ОГ2 – 34,1%, $p < 0,05$), то після участі у психокорекційних заходах у жінок превалювали стратегії позитивної переоцінки (30,6% ОГ1-ГВ і 33,3% ОГ2-ГВ), планування вирішення проблеми (22,2% ОГ1-ГВ і 19,0% ОГ2-ГВ), пошуку соціальної підтримки (19,4% ОГ1-ГВ і 42,9% ОГ2-ГВ); у жінок ОГ1-ГВ також зустрічались випадки використання стратегій самоконтролю та прийняття відповідальності (по 13,9%, відповідно). На відміну від них, у жінок з ГК ситуація з копінг-поведінкою виглядала по-іншому: вони використовували переважно неконструктивні стратегії, а саме, втечу-уникнення (37,2% ОГ1-ГК і 40,0% ОГ2-ГК), дистанціювання (30,2% ОГ1-ГК і 35,0% ОГ2-ГК) та конфронтації, яка була більш виражена серед осіб ОГ1-ГК (25,6%), порівняно з ОГ2-ГК (5,0%).

Крім того, треба зазначити, що у будь-яких випадках звертала на себе увагу наявна статистично підтверджена тенденція позитивного (у випадках ОГ1-ГВ і ОГ2-ГВ) і негативного (у ОГ1-ГК і ОГ2-ГК) дрейфу показників, порівняно з вихідним рівнем наповнення репертуару копінг-стратегій особистості.

Остання, восьма стадія розробленої програми, проводилась за запитом учасниць дослідження, та включала в себе реалізацію прийомів самопомогі і психологічної підтримки учасниць між собою, що здійснювалось через використання технології груп зустрічей, після кожного засідання якої нами аналізувались дані зворотного зв'язку.

Висновок

Отже, ґрунтуючись на створеній моделі психогенезу психологічної дезадаптації у дружин чоловіків, хворих на ПШ, розроблено програму заходів її медико-психологічної корекції, сутність якої – підвищення стрес-захисних ресурсів й оптимізація стрес-долаючої поведінки, як стрижневої патогенетичної ланки розвитку дезадаптації, що досягається за умови використання психоосвітніх, когнітивно-поведінкових, сімейних й групових особистісно-орієнтованих впливів, які реалізуються у вісім послідовних стадій.

References

1. Yur'eva L, Shusterman T. Psychopathological features of psychical disadaptation at the

- relatives of the patients with primary psychotic episode. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii*. 2007;15(1):93-6.
2. Shamsaei F, Cheraghi F, Bashirian S. Burden on Family Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia. *Iran J Psychiatry*. 2015;10(4):239-45.
 3. Maruta N, Kozhyna A, Korostyj V, Gajchuk L. Living with schizophrenia, What to do: a quick guide for patients with schizophrenia and their relatives. Kharkiv: Kharkiv; 2011.
 4. Pshuk N, Kaminska A, Stukan L. Psychoeducational module as a component of complex system of medical-psychological support for families, where a patient with endogenous mental disorder lives. *Norwegian Journal of development of the International Science*. 2019;34(1):15-9.
 5. Markova M, Dihtjar V. Features of family interaction and adaptation in the family in patients with schizophrenia, in terms of psychotherapeutic potential of the family. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii*. 2010;13(3):133-4.
 6. Pshuk N, Markova M, Pshuk J. The dynamics of the resource of the family where the patient with paranoid schizophrenia lives. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii*. 2012;20(3).
 7. Shkoda K. Psychological characteristics and comprehensive correction of maladjustment of wives and mothers of patients with paranoid schizophrenia with long diseases, and its efficiency. *Bulletin of Scientific Research*. 2016;4(85):108-13.
 8. Drjuchenko M. Marriage and parent-child interaction state in the family functioning structure of women having paranoid schizophrenia. *Science Rise Medical Science*. 2017;1(9):39-48.
 9. Markova M, Kosenko K. Features of family interaction in women with paranoid schizophrenia, with different models of family functioning. *Arkhiv psykhiiatrii*. 2014;20(1).
 10. Iseselo M, Kajula L, Yahya-Malima K. The psychosocial problems of families caring for relatives with mental illnesses and their coping strategies: a qualitative urban based study in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Psychiatry*. 2016;16:146-54.
 11. Gurovych Y, Shmukler A, Storozhakova J. *Psyhosocyal'naja terapija y psyhosocyal'naja reabylytacyja v psyhiatryi*. Moscow: Medpraktyka-M; 2005.
 12. Jariy V. The grounding of general and differentiated approaches to the complex treatment-rehabilitation help to co-dependent family of men with alcoholic addiction. *ScienceRise MedicalScience*. 2016;9(5):87-93.
 13. Jariy V. Treatment and rehabilitation integrated system and its effectiveness for codependent families with alcohol addicted husbands. *Science of Europe Czech Republic*. 2016;1(7):93-102.
 14. A program of a psychotherapeutic adjustment of communicative coping resources in patient with alcohol dependence. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii*. 2010;18(4):100-3.
 15. Markova M, Yariy V. Codependence in wives of husbands with alcohol dependence. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*. 2018;30(6):14-22.
 16. *Practical Psychodiagnostics, Methods and Tests*. Samara: Bahrah-M; 1998.