

## КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА І КОМПЛЕКСНА ПСИХОКОРЕКЦІЯ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ДРУЖИН ТА МАТЕРІВ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З ТРИВАЛИМИ ТЕРМІНАМИ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЇЇ ЕФЕКТИВНІСТЬ

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА І КОМПЛЕКСНА ПСИХОКОРЕКЦІЯ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ДРУЖИН ТА МАТЕРІВ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З ТРИВАЛИМИ ТЕРМІНАМИ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЇЇ ЕФЕКТИВНІСТЬ – Метою дослідження було на основі аналізу клініко-психологічних характеристик дезадаптації у дружин і матерів хворих на параноїдну шизофренію (ПШ) з тривалими термінами захворювання розробити комплекс психокорекційних заходів та оцінити ефективність їх впровадження. На базі Харківського обласного психоневрологічного диспансеру за період з 2012 до 2016 р. за допомогою клініко-психопатологічних і психодіагностичних методів було обстежено 320 найближчих родичів хворих на ПШ чоловіків – їх матерів або дружин. Давність захворювання складала (12,7±3,4) року. Першу групу склали матері пацієнтів, які проживали в батьківській сім'ї (166 родин), другу групу – дружини психічно хворих, що мали власні сім'ї (154 родини). У результаті дослідження доведено, що дружини і матері чоловіків, хворих на ПШ з тривалими термінами захворювання, страждають від дезадаптивних станів, що проявляється у вигляді клініко-психопатологічних феноменів, особистісної та соціально-психологічної дезадаптацією. На основі отриманих даних розроблено комплекс заходів психокорекції, принциповими засадами якого є індивідуальний характер з урахуванням структури та виразності дезадаптивних змін; комплексність психокорекційних впливів; етапність психокорекції, що передбачає відповідність змісту та інтенсивності корекційних заходів етапу та рівня ураженості психіки, послідовність та спадкоємність медико-психологічних, психолого-реабілітаційних та профілактичних заходів; доступність корекційних програм для родичів хворих на ПШ, що створює передумови для широкого впровадження зазначеного комплексу в практику охорони здоров'я. Створений комплекс психокорекційних заходів, спрямований на нівеляцію проявів клініко-психологічної, особистісної і соціально-психологічної дезадаптації дружин і матерів хворих на ПШ чоловіків із тривалими термінами захворювання, виявився ефективним стосовно намічених цілей.

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА І КОМПЛЕКСНА ПСИХОКОРЕКЦІЯ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ЖЕН І МАТЕРЕЙ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ДЛИТЕЛЬНОМ СРОКОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ – Целью исследования было на основе анализа клинико-психологических характеристик дезадаптации у жен и матерей больных параноидной шизофренией (ПШ) с длительными сроками заболевания разработать комплекс психокоррекционных мероприятий и оценить эффективность их внедрения. На базе Харьковского областного психоневрологического диспансера за период с 2012 по 2016 г. клинико-психопатологическим и психодиагностическим методами было обследовано 320 ближайших родственников больных ПШ мужчин – их матерей или жен. Давность заболевания составляла (12,7±3,4) лет. Первую группу составили матери пациентов, проживающих в родительской семье (166 семей), вторую группу – жены больных, имевших собственные семьи (154 семьи). В результате исследования доказано, что жены и матери мужчин, больных ПШ с длительными сроками заболевания, страдают дезадаптивными состояниями, проявляющимися в виде клинико-психопатологических феноменов, личностной и социально-психологической дезадаптации. На основе полученных данных разработан комплекс мероприятий психокоррекции, принципиальными основами которого являются индивидуальный характер с учетом структуры и выразительности дезадаптивных изменений; комплексность психокоррекционных воздействий; этапность психокоррек-

ции, что предполагает соответствие содержания и интенсивности коррекционных мероприятий этапу и уровня пораженности психики, последовательность и преемственность медико-психологических, психолого-реабилитационных и профилактических мероприятий; доступность коррекционных программ для родственников больных ПШ, что создает предпосылки для широкого внедрения указанного комплекса в практику здравоохранения. Созданный комплекс психокоррекционных мероприятий, направленный на нивелирование проявлений клинико-психологической, личностной и социально-психологической дезадаптации жен и матерей больных ПШ мужчин с длительными сроками заболевания, выявился эффективным в отношении намеченных целей.

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND COMPREHENSIVE CORRECTION OF MALADJUSTMENT OF WIVES AND MOTHERS OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH LONG DISEASES, AND ITS EFFICIENCY – The purpose of the study was on the basis of analysis of clinical and psychological characteristics of maladjustment of wives and mothers of patients, suffering from paranoid schizophrenia (PS) with a long term illness, to develop a set of psychocorrection measures and evaluate the effectiveness of their implementation. Based on the Kharkiv Regional Neuropsychiatric Clinic in the period from 2012 to 2016 with clinical psychopathological and psychodiagnosics (questionnaire "The level of neuroticism" and M. Hamilton-Scale) methods were examined 320 men with paranoid schizophrenia and their close relatives – mothers or wives. Disease duration was 12.7±3.4 years. Group-1 consisted of patients who lived in their father's family (166 families), group-2 – mentally ill wives, had their own families, (154 families). The study proved that the wives and mothers of men with PS with a long term illness, suffering of maladaptive states, which is manifested in the form of clinical and psychopathological phenomena, personal, social and psychological maladjustment. Based on the data, developed a set of measures psychocorrection, fundamental principles which are individual in nature, taking into account the structure and expression maladaptive changes; integrated psycho influences; phasing correction, which provides matching content and intensity of corrective action stage and level of infestation mind, consistency and continuity of medical and psychological, psychological, rehabilitative and preventive measures; availability of rehabilitation programs for relatives of patients with PS, which creates prerequisites for the widespread introduction of such a complex in the practice of health care. The complex psychocorrection activities aimed at leveling the clinical manifestations of the psychological, personal, social and psychological maladjustment wives and mothers of patients with PS with a long term illness, was effective in relation to goals.

**Ключові слова:** мати хворого на параноїдну шизофренію; дружина хворого на параноїдну шизофренію; дезадаптація; комплекс психокорекційних заходів.

**Ключевые слова:** мать больного параноидной шизофренией; жена больного параноидной шизофренией; дезадаптация; комплекс психокоррекционных мероприятий.

**Key words:** mother of a patient with paranoid schizophrenia; wife of a patient with paranoid schizophrenia; exclusion; complex psychocorrection measures.

**ВСТУП** Проблема дезадаптації у найближчих родичів хворих на шизофренію є важливою складовою комплексної проблеми сімейної та соціальної дезінтеграції, асоційованої із шизофренічним розладом [1, 2].

Наявність у родині хворого на параноїдну шизофренію (ПШ) є надзвичайно потужним хронічним психоемоційним стресом, при цьому процес сімейної дезінтеграції зачіпає не лише самого хворого, а і його родичів, у яких виявляється широкий спектр психологічних змін [3–5]. Ряд авторів пропонує розглядати родичів хворих на ПШ в якості “самостійних пацієнтів”, які переживають серйозну психічну травму і потребують медико-психологічної допомоги [6, 7]. Більшість членів родин хворих на шизофренію піддається фізичному чи психологічному насильству, а також хронічному стресу внаслідок фінансових труднощів, соціального остракізму та стигматизації, відчуваючи значний психологічний тягар [6–10].

Ігнорування змін родинної системи може нівелювати зусилля лікарів за рахунок упередження членів сім'ї, їх стигмою, амбівалентністю, неправильним відношенням. Без своєчасного втручання, родинна здатність адаптуватися до вимог хвороби родича знижується, що негативно впливає на стан як психічно хворого, так й інших членів родини [11–13].

Метою дослідження було на основі аналізу клініко-психологічних характеристик дезадаптації у дружин і матерів хворих на ПШ із тривалими термінами захворювання розробити комплекс психокорекційних заходів та оцінити ефективність їх впровадження.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** На базі Харківського обласного психоневрологічного диспансеру за період з 2012 до 2016 р. клініко-психопатологічним і психодіагностичним методами було обстежено 320 найближчих родичів хворих на ПШ чоловіків – їх матерів або дружин. Давність захворювання складала  $(12,7 \pm 3,4)$  року. Першу групу склали матері пацієнтів, які проживали в батьківській сім'ї (166 родин), другу групу – дружини психічно хворих, що мали власні сім'ї (154 родини).

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ** У більшості обстежених дружин та матерів чоловіків, хворих на ПШ з тривалими термінами захворювання, виявлено кілька психопатологічних синдромів.

Наявність депресивного синдрому (знижений настрій за типом гіпотимії, зниження темпу інтелектуальної діяльності, брадипсихізм, брадифренія та рухова загальмованість) у різні періоди була відмічена у 64,5 % дружин і у 74,0 % матерів; у останніх він виявлявся значуще частіше ( $p < 0,05$ ). Аналогічно, серед матерів хворих більшою була ураженість астено-депресивним синдромом (75,3 проти 62,0 % у дружин,  $p < 0,05$ ), який проявлявся втратою інтересу до життя і всього, що раніше цікавило й хвилювало, втратою здатності отримувати задоволення від життя (ангедонія), зниженням працездатності, важкістю концентрації уваги та зниженням продуктивності діяльності у поєднанні з гіпотимією. Натомість, тривожно-депресивний синдром, в якому на перший план виходять прояви тривоги та страху, а тоскний афект є вторинним, був значуще більшим у дружин – 80,1 % проти 70,8 % у матерів ( $p < 0,05$ ). Вельми поширеним є дисомнічний (інсомнічний) синдром, який виявлявся приблизно з однаковою частотою у дружин (77,1%) і в матерів (77,9 %)  $p > 0,05$ . У матерів хворих частіше виявлялися вегето-соматизовані порушення, що проявлялися різноманітними соматичними скаргами, у вегетативній дизрегуляції за відсутності соматичної предриспозитивності: 48,1 % проти 37,3 % у дружин ( $p < 0,05$ ). Ознаки тривожно-фобічного синдрому, при якому на перший план виходять нав'язливі думки, страхи, опасання, частіше виявлялися у дружин хворих: 21,7 % проти 11,0 % у матерів ( $p < 0,05$ ).

Полісиндромний характер психопатологічних проявів у психоемоційній сфері дружин та матерів чоловіків, хворих на ПШ, формував складну клініко-психопатологічну картину і свідчив про наявність патологічних трансформацій у різних сферах психічної діяльності.

Таким чином, у структурі скарг з боку психоемоційної сфери у родичів пацієнтів домінували афективні порушення депресивного та тривожно-депресивного спектра: знижений настрій (81,3 % дружин і 94,8 % матерів,  $p < 0,01$ ), тривога (відповідно 83,7 % і 73,4 %,  $p < 0,05$ ), різні види дисомнії (відповідно 77,1 % і 77,9 %,  $p > 0,05$ ), прояви асенізації (відповідно 63,9 % і 75,3 %,  $p < 0,05$ ), афективна лабільність (відповідно 39,8 % і 25,3 %,  $p < 0,01$ ), апатія (відповідно 19,3 % і 28,6 %,  $p < 0,05$ ), когнітивні порушення (відповідно 10,2 % і 29,2 %,  $p < 0,01$ ) та обсесивно-компульсивна симптоматика (відповідно 21,7 % і 11,0 %,  $p < 0,05$ ). Порушення у психоемоційній сфері дружин і матерів хворих на шизофренію мали поліморфний характер (79,6 % дружин і 82,5 % матерів виявляли більше трьох симптомів одночасно) і характеризувалися переважанням у дружин хворих проявів тривожно-депресивних та обсесивно-компульсивних проявів, а у матерів – ознак астенізації, апато-депресивних проявів та порушень у когнітивній сфері.

Аналіз кількісних характеристик депресивних проявів за шкалою депресії М. Hamilton дозволив виявити більшу виразність у матерів хворих депресивного настрою (значення показника у дружин хворих склало  $(1,47 \pm 1,08)$  бала, у матерів хворих –  $(2,40 \pm 0,90)$  бала,  $p < 0,01$ ), почуття провини (відповідно  $(1,45 \pm 0,83)$  бала та  $(1,89 \pm 0,99)$  бала,  $p < 0,01$ ), середнього безсоння (відповідно  $(0,22 \pm 0,54)$  бала та  $(1,08 \pm 0,80)$  бала,  $p < 0,01$ ), зниження працездатності та активності (відповідно  $(1,58 \pm 1,01)$  бала та  $(1,98 \pm 1,24)$  бала,  $p < 0,01$ ), загальмованості (відповідно  $(1,33 \pm 0,95)$  бала та  $(1,67 \pm 1,25)$  бала,  $p < 0,01$ ), соматичної тривоги (відповідно  $(1,78 \pm 1,32)$  бала та  $(2,36 \pm 1,55)$  бала,  $p < 0,01$ ), загальної соматичної симптоматики (відповідно  $(0,97 \pm 0,66)$  бала та  $(1,48 \pm 0,80)$ ,  $p < 0,01$ ), іпохондричних проявів (відповідно  $(1,21 \pm 0,93)$  бала та  $(1,66 \pm 1,13)$  бала,  $p < 0,01$ ).

У дружин хворих на ПШ більшою мірою були виражені ознаки ранньої інсомнії (відповідно  $(1,19 \pm 0,79)$  бала та  $(0,61 \pm 0,82)$  бала,  $p < 0,01$ ), пізньої інсомнії (відповідно  $(0,93 \pm 0,79)$  бала та  $(0,73 \pm 0,81)$  бала,  $p < 0,05$ ), ажитації (відповідно  $(1,45 \pm 1,08)$  бала та  $(0,84 \pm 0,81)$  бала,  $p < 0,05$ ), психічної тривоги (відповідно  $(1,72 \pm 1,08)$  бала та  $(1,20 \pm 1,04)$  бала,  $p < 0,01$ ), шлунково-кишкової симптоматики (відповідно  $(1,39 \pm 0,85)$  бала та  $(1,01 \pm 0,93)$  бала,  $p < 0,01$ ), генітальної симптоматики (відповідно  $(0,77 \pm 0,72)$  бала та  $(0,44 \pm 0,63)$  бала,  $p < 0,01$ ) та обсесивної компульсивної симптоматики (відповідно  $(0,22 \pm 0,41)$  бала та  $(0,14 \pm 0,41)$  бала,  $p < 0,05$ ). Суїцидальні тенденції та симптоматика ендогенного та психотичного характеру в дослідженому контингенті не виражені.

У цілому матері хворих виявили вищий рівень депресії:  $(19,94 \pm 9,84)$  бала проти  $(18,05 \pm 9,48)$  бала у дружин ( $p < 0,05$ ); у них також були більшими прояви динамічної депресії:  $(13,25 \pm 6,40)$  бала проти  $(11,62 \pm 6,15)$  бала ( $p < 0,05$ ) та недиференційованої (соматизованої) депресії: відповідно  $(5,66 \pm 3,37)$  бала проти  $(3,91 \pm 2,71)$  бала ( $p < 0,01$ ). У дружин хворих виявлено більш виразні прояви ажитованої депресії:  $(9,70 \pm 5,28)$  бала проти  $(8,14 \pm 4,94)$  бала ( $p < 0,01$ ) та депресії зі страхом:  $(9,86 \pm 5,21)$  бала проти  $(8,76 \pm 4,57)$  бала ( $p < 0,01$ ).

У результаті дослідження встановлено, що дружинам і матерям хворих на ПШ притаманні високі рівні невротизації, що свідчило про значну глибину патоперсоналогічних трансформацій і вимагає диференційованого підходу до корекції цих змін.

При дослідженні проявів тривоги з використанням шкали тривоги М. Hamilton було виявлено більшу виразність у матерів хворих на ПШ, порівняно з дружинами, ознак когнітивних порушень (показник у дружин склав  $(1,58 \pm 1,01)$  бала, у матерів –  $(1,98 \pm 1,24)$  бала,  $p < 0,01$ ), депресивного настрою (відповідно  $(1,47 \pm 1,08)$  бала та

(2,40±0,90) бала,  $p < 0,01$ ), соматичних м'язових симптомів (відповідно (0,98±0,73) бала та (1,14±0,93) бала,  $p > 0,05$ ), соматичних сенсорних симптомів (відповідно (1,02±0,73) бала та (1,22±0,89) бала,  $p < 0,05$ ), серцево-судинної симптоматики (відповідно (0,75±0,92) бала та (1,10±0,92) бала,  $p < 0,01$ ), респіраторної симптоматики (відповідно (0,42±0,66) бала та (0,50±0,75) бала,  $p > 0,05$ ).

У дружин хворих більш вираженими виявилися ознаки тривожного настрою (відповідно (1,72±1,08) бала та (1,20±1,04) бала,  $p < 0,01$ ), напруження (відповідно (1,90±1,01) бала та (0,89±0,88) бала,  $p < 0,01$ ), страху (відповідно (1,84±1,05) бала та (0,79±0,89) бала,  $p < 0,01$ ), інсомнії (відповідно (2,30±1,40) бала та (2,13±1,48) бала,  $p > 0,05$ ), гастроінтестинальної симптоматики (відповідно (1,11±0,91) бала та (0,31±0,71) бала,  $p < 0,01$ ), сечостатевої симптоматики (відповідно (0,60±0,69) бала та (0,36±0,30) бала,  $p < 0,05$ ) та вегетативної симптоматики (2,64±1,29) бала та (1,94±1,32) бала,  $p < 0,01$ ).

Загальний показник тривоги за шкалою М. Hamilton виявився значуще вищим у дружин хворих: (19,22±6,99) бала проти (16,50±7,05) бала ( $p < 0,05$ ); у цій же групі були вищими показники психічної тривоги: (10,81±5,49) бала проти (9,40±4,58) бала у матерів ( $p < 0,05$ ) та соматичної тривоги: (8,41±3,55) бала проти (7,10±3,64) бала ( $p < 0,05$ ).

Психологічний профіль матерів хворих на ПШ свідчив про більш виражені ознаки особистісної дезадаптації, порівняно з дружинами, що виявлялося вищими показниками депресії та тривожності, більшою виразністю іпохондричних тенденцій та вищим ризиком психосоматичної предиспозиції, та розглядалось як прояви невротизації за неврастенічним типом.

Психологічний профіль дружин хворих на ПШ свідчив про наявність виражених ознак особистісної дезадаптації з переважанням гіпостенічних форм реагування, прагненням до уникнення психотравматичних ситуацій, конформізмом, ескапізмом, актуалізацією афіліативних та рефлексивних тенденцій. Домінування стійкого депресивного і тривожно-депресивного емоційного забарвлення формувало специфічну патохарактерологічну та патоперсоналогічну картину особистісних змін.

Соціально-психологічна дезадаптація встановлена у всіх обстежених, при цьому в матерів вона була більш виражена (148,14±31,80) бала, ніж у дружин (143,72±33,78) бала. За структурою соціально-психологічної дезадаптації достовірних розбіжностей не виявлено: в обох групах проблемними зонами виявлені прийняття себе, неприйняття інших, емоційного дискомфорту, домінування і підкорюваність.

Дослідження особливостей агресивності дозволило встановити, що дружинам і матерям хворих на ПШ з тривалими термінами захворювання притаманний підвищений рівень агресивності. При цьому дружини хворих виявили більший рівень фізичної агресії (32,65±10,10) бала проти (29,16±10,54) бала у матерів хворих,  $p < 0,01$ , непрямої агресії (відповідно (42,51±14,66) бала проти (37,51±15,94) бала,  $p < 0,01$ ), роздратування (відповідно (72,83±19,88) бала проти (60,50±23,74) бала,  $p < 0,01$ ), негативізму (відповідно (61,57±24,22) бала проти (60,00±24,94) бала,  $p > 0,05$ ), образи (відповідно (43,92±13,94) бала проти (40,03±14,81) бала,  $p < 0,05$ ), підозрливості (відповідно (57,77±15,66) бала проти (54,81±15,00) бала,  $p < 0,05$ ), вербальної агресії (відповідно (72,99±17,15) бала проти (61,54±18,39) бала,  $p < 0,01$ ), а у матерів хворих більш вираженим було почуття провини (відповідно (62,75±16,39) бала проти (71,93±13,08) бала,  $p < 0,01$ ). Індекси агресивності та ворожості у дружин хворих на ПШ також виявилися вищими, ніж у матерів: відповідно (59,49±10,41) бала проти (50,40±12,82) бала ( $p < 0,01$ ) та (50,84±11,86) бала проти (47,42±11,69) бала ( $p < 0,01$ ).

У дружин хворих на ПШ виявлене переважання негативного (деструктивного) ставлення до захворювання чоловіка (47,6 % обстежених), рідше виявлялися адекватне (31,9 %) та драматизуюче (20,5 %) ставлення. Більшість матерів хворих (53,2 %) виявляла адекватне ставлення до захворювання сина, поширеним також є драматизуюче ставлення (29,2 %), а найменш поширеним – негативне (17,6 %) ставлення.

Отже, виявлені у дослідженні психопатологічні та патоперсоналогічні трансформації у дружин та матерів хворих на ПШ з тривалими термінами захворювання дозволили нам сформулювати **основні принципи психокорекції** дезадаптації у даного контингенту:

1. Індивідуальний характер психокорекційних заходів з урахуванням структури та виразності психопатологічних змін.

2. Етапність психокорекції, що передбачає відповідність змісту та інтенсивності корекційних заходів етапу та рівню ураженості психіки, послідовність та спадкоємність медико-психологічних, психолого-реабілітаційних та профілактичних заходів.

3. Доступність корекційних програм для родичів хворих на ПШ, що створює передумови для широкого впровадження таких програм у практику охорони здоров'я.

Ми визначили такі **цілі психокорекційних заходів** у родичів хворих на ПШ з тривалими термінами лікування:

1. Нормалізація психоемоційного стану, усунення проявів депресії, туги, апатії, астенизації.

2. Зменшення рівня тривоги, ажитації, емоційної лабільності.

3. Усунення соматовегетативних порушень та дисомнії.

4. Зменшення проявів дратівливості та агресивності.

5. Актуалізація конструктивних поведінкових стратегій, формування адекватного ставлення до наявності психічного захворювання у чоловіка (сина), орієнтація на взаємодію та взаємодопомогу.

Основними **показаннями** для застосування психокорекційної програми визначено:

1. Тривале спільне проживання з хворим на ПШ із тривалим терміном захворювання.

2. Наявність депресивних, тривожно-депресивних, обсесивно-фобічних проявів, астенії, невротизації.

3. Підвищений рівень агресивності, дратівливості, емоційної лабільності.

4. Неконструктивні установки та неадекватне ставлення до захворювання на шизофренію родича, низький рівень комплаєнтності, ознаки мікросоціальної дезадаптації.

Відповідно до виявлених змін у психоемоційній сфері родичів хворих на ПШ ключовими **мішенями** психокорекційних впливів визначено:

1. Афективні порушення: депресивні, тривожні, тривожно-депресивні, обсесивно-компульсивні прояви.

2. Агресивність, дратівливість, емоційна лабільність.

3. Астенизація, апатія, явища невротизації.

4. Соматовегетативні порушення, розлади сну.

5. Неконструктивні й дисфункціональні поведінкові стратегії, некомплаєнтність, недостатній рівень соціально-психологічної адаптації.

Структура заходів із комплексної корекції психоемоційного стану матерів та дружин хворих на ПШ з тривалими термінами захворюваннями включає:

1. **Психоосвітні заходи**, призначені для роз'яснення родичам хворих на ПШ у доступній формі (з урахуванням віку, освітнього рівня, ступеня обізнаності тощо) причин, механізмів патологічних трансформацій психіки хворих на шизофренію, особливостей патодинаміки шизофренічного процесу, факторів ризику та антиризиків екзацерації, основних засад лікувально-реабілітаційного режиму, особливостей спілкування з хворим на шизофренію тощо.

2. *Когнітивно-поведінкову терапію*, яка спрямована на корекцію базових дисфункціональних переконань та ірраціональних установок, дезадаптивних та неконструктивних форм поведінки, формування адекватних поведінкових моделей і терапевтичних патернів взаємовідносин із хворим.

3. *Сімейну психотерапію*, яка включає визначення особливостей сімейного функціонування хворих та їх родичів, встановлення сімейного діагнозу, визначення основних причин сімейної дисфункції, локальних та інтегральних механізмів сімейних конфліктів, їх усунення, реконструювання сімейних відносин, закріплення і підтримання терапевтичного ефекту.

Основними **техніками**, рекомендованими для комплексної психокорекційної роботи з дружинами і матерями хворих на ПШ із тривалими термінами захворювання, є:

1. Техніка "наводнення" рекомендується для застосування у випадках домінування проявів страху, тривоги, пов'язаної з психотравмальною ситуацією наявності важкого психічного захворювання у родича. Техніка базується на припущенні, що тривала експозиція психотравмальної ситуації призводить до інтенсивного гальмування, що супроводжується втратою психологічної чутливості до ситуативного впливу, і полягає у багатократному відтворенні у присутності терапевта анкіогенних сценаріїв з метою зменшення "ймовірної тривожності". Кількість сеансів складає від 3 до 10 і визначається індивідуально. Критерієм ефективності є повна редукція переживань страху і тривоги, асоційованих з психотравмальною ситуацією.

2. Техніка систематичної десенсибілізації також застосовується при переважанні у психопатологічній характеристиці явищ страху і тривоги, насамперед, у випадках, коли техніка "наводнення" не показана або не дає бажаного результату. Техніка реалізується у три етапи. На першому етапі пацієнта навчають методиці глибокої релаксації (з використанням техніки аутотренінгу). На другому етапі спільно з пацієнтом складається "лист ієрархії страхів", на початку якого вказується ситуація, що викликає найменший страх, а в кінці – найбільший, з проміжними 10–15 ситуаціями. На третьому етапі проводиться, власне, тренінг десенсибілізації. При цьому пацієнту, який перебуває у стані максимальної релаксації, пропонують подумки відтворити ситуацію, що викликає у нього найменший страх і спробувати "вжитися" у неї. Аналогічно проробляються усі позиції "листа ієрархії страхів".

3. Техніка експозиції (попередження реакції) застосовувалася при домінуванні обесивно-фобічних, тривожних та соціофобічних проявів. Заснована на поступовому подовженні експозиції фобіогенної ситуації з метою зменшення значущості та інтенсивності фобічних реакцій. Цю техніку доцільно поєднувати з технікою моделювання поведінки.

4. Моделювання поведінки дозволяє родичам хворих на ПШ створити конструктивні патерни поведінки, що дозволяють досягти високого рівня комплаєнтності й запобігти екзацербачії шизофренічного процесу.

5. Тренінг комунікативних навичок, що передбачає засвоєння адекватних та ефективних патернів спілкування з хворим та оточенням, з урахуванням об'єктивної ситуації.

6. Стратегічна сімейна психотерапія (проблемовирішальна) полягає у розробці стратегій вирішення проблем на підставі дослідження факторів, що зумовлюють стійкість проблеми, яка підтримується існуючими моделями сімейної взаємодії.

7. Сімейна поведінкова терапія передбачає підкріплення поведінки наслідками і базується на припущенні, що патерн поведінки опирається змінам в усіх випадках, окрім випадків з більш сприятливими наслідками (стосовно шлюбу це означає прагнення уникнення фрустрації як основу задоволеності шлюбними стосунками).

8. Подружня психотерапія орієнтована на подружню пару і дозволяє подолати сімейні конфлікти та кризові ситуації, досягти гармонії у взаємовідносинах, забезпечити взаємне задоволення потреб. Ця техніка реалізувалася як при роботі з подружньою парою, так і з кожним партнером окремо; в останньому випадку обговорюються лише ті проблеми, які наявні у даного пацієнта (хворого на шизофренію або його дружини).

Ми рекомендували наступну **послідовність (етапність) психокорекційних заходів** для дружин та матерів хворих на ПШ із тривалими термінами захворювання:

1. *Психодіагностичний етап*. Включає визначення основних клініко-психопатологічних, патохарактерологічних, мотиваційних, соціально-психологічних характеристик дружин (матерів) хворих на ПШ із тривалими термінами захворювання, та формування стратегії психотерапевтичних і психокорекційних заходів.

2. *Етап комплексної психокорекції та психотерапії* складається з трьох окремих етапів:

а) мотиваційного – формування комплаєнсу, довірчих, терапевтичних відносин між лікарем і пацієнтом, "запиту" на психотерапію і психокорекцію, стійкої установки на лікування з усвідомленням мети, завдання, засобів і термінів терапевтичного втручання;

б) власне корекційного – терапевтичного втручання та корекції дисфункціональних переконань та неконструктивних моделей поведінки, соціальної адаптації;

в) оцінки ефективності психотерапії і корекції заходів, який включає оцінку результатів психотерапевтичних та психокорекційних заходів із подальшою модифікацією їх в залежності від актуального стану пацієнта.

3. *Етап підтримувальної терапії та самопомог* передбачає закріплення терапевтичного ефекту, навчання пацієнтів навичок саморегуляції та профілактики патологічних змін у психоемоційній сфері.

Рекомендована тривалість курсу – 18–20 тижнів, курс складається з 10–15 сеансів тривалістю 60–90 хвилин кожен.

Узагальнений алгоритм психокорекційних заходів у дружин і матерів хворих на ПШ з тривалими термінами лікування наведений на рисунку.

З метою об'єктивної оцінки ефективності запропонованої схеми психокорекції, відповідно до принципів доказової медицини, ми провели порівняльний аналіз результатів корекції у дружин та матерів хворих на ПШ. З цією метою методом сліпої рандомізації відібрали 60 дружин та 60 матерів хворих на ПШ із тривалими термінами захворювання, які надали усвідомлену згоду на участь у програмі корекції. В подальшому 9 дружин і 6 матерів вибули з-під спостереження внаслідок смерті, вибуття та інших причин, не пов'язаних з проведенням корекції; таким чином, остаточний аналіз результатів корекції базувався на даних обстеження 51 дружини і 54 матерів хворих, які пройшли повний курс корекції (терапевтичні групи). Випадків відмови від корекції, а також ускладнень чи погіршення психоемоційного стану в процесі психокорекційних заходів не зареєстровано. Групи контролю склали 103 дружини і 84 матері хворих на ПШ з тривалими термінами захворювання, яким не проводилося заходів психокорекції. Оцінювали ефективність через 6 місяців після початку корекції і включали клініко-психологічне обстеження та психодіагностичне обстеження за шкалами депресії та тривоги М. Hamilton, опитувальника рівня агресивності Buss-Durkee та шкали структурованого інтерв'ю для визначення ставлення членів сім'ї до захворювання (психіатричного діагнозу) в родича.

Оцінка ефективності запропонованої схеми психокорекції відповідно до принципів доказової медицини дозволила встановити зменшення питомої ваги дружин хворих зі скар-



Рис. Алгоритм психокорекційних заходів у дружин і матерів хворих на ПШ із тривалими термінами лікування.

гами на знижений настрій – з 84,3 % до 58,8 % ( $p < 0,05$ ), дратівливість – з 39,2 % до 11,8 % ( $p > 0,05$ ), підвищену втомлюваність – з 66,7 % до 47,1 % ( $p > 0,05$ ), апатію – з 23,5 % до 7,8 % ( $p > 0,05$ ), тривогу – з 86,3 % до 58,8 % ( $p > 0,05$ ), нав'язливі думки – з 27,5 % до 2,0 % ( $p > 0,05$ ), утруднену концентрацію уваги – з 15,7 % до 3,9 % ( $p > 0,05$ ), порушення сну – з 78,4 % до 49,0 % ( $p > 0,05$ ); у матерів хворих поширеність зниженого настрою зменшилася в процесі корекції з 90,7 % до 72,2 % ( $p < 0,01$ ), дратівливості – з 24,1 % до 9,3 % ( $p > 0,05$ ), підвищеної втомлюваності – з 70,4 % до 50,0 % ( $p > 0,05$ ), апатії – з 31,5 % до 14,8 % ( $p > 0,05$ ), тривоги – з 57,4 % до 37,0 % ( $p > 0,05$ ), нав'язливих думок – з 18,5 % до 5,6 % ( $p > 0,05$ ), утрудненої концентрації уваги – з 24,1 % до 9,3 % ( $p > 0,05$ ), порушень сну – з 74,1 % до 55,6 % ( $p > 0,05$ ).

У групі дружин хворих, які пройшли курс корекції, виявлено значуще зменшення виразності депресивного настрою з (1,57±1,02) бала до (0,90±0,73) бала ( $p < 0,01$ ), почуття провини – з (1,41±0,88) бала до (1,14±0,85) бала ( $p < 0,01$ ), суїцидальних намірів – з (0,20±0,57) бала до (0,18±0,56) бала ( $p < 0,01$ ), раннього безсоння – з (1,33±0,79) бала до (0,84±0,76) бала ( $p < 0,01$ ), середнього безсоння – з (0,31±0,65) бала до (0,18±0,43) бала ( $p < 0,05$ ), пізнього безсоння – з (0,94±0,83) бала до (0,53±0,78) бала ( $p < 0,01$ ), зниженої працездатності й активності – з (1,57±1,04) бала до (0,94±0,99) бала ( $p < 0,01$ ), загальмованості – з (1,45±0,94) бала до (0,90±1,06) бала ( $p < 0,01$ ), ажитації – з (1,51±1,07) бала до (1,04±0,69) бала ( $p < 0,01$ ), психічної тривоги – з (1,86±1,08) бала до (1,12±0,74) бала ( $p < 0,01$ ), соматичної тривоги – з (1,96±1,30) бала до (1,18±0,74) бала ( $p < 0,01$ ), шлунково-кишкової симптоматики – з (1,47±0,78) бала до (1,10±0,83) бала ( $p < 0,01$ ), загальної соматичної симптоматики – з (1,14±0,63) бала до (0,61±0,70) бала ( $p < 0,01$ ), генітальної симптоматики – з (0,86±0,75) бала до (0,51±0,61) бала ( $p < 0,01$ ), іпохондричних проявів – з (1,35±0,93) бала до (0,76±0,86) бала ( $p < 0,01$ ), втрати маси – з (0,12±0,43) бала до (0,14±0,49) бала ( $p < 0,01$ ), критичності – з (0,35±0,59) бала до (0,33±0,55) бала ( $p < 0,01$ ), виразності добових коливань настрою – з (0,22±0,50) бала до (0,20±0,45) бала ( $p < 0,01$ ), деперсоналізації та дереалізації – з (0,06±0,31) бала до (0,04±0,20) бала ( $p < 0,01$ ), параної-

дальної симптоматики – з (0,04±0,20) бала до (0,02±0,14) бала ( $p < 0,01$ ), obsесивної та компульсивної симптоматики з (0,27±0,45) бала до (0,06±0,24) бала ( $p < 0,01$ ), загального показника за шкалою М. Hamilton – з (19,41±9,50) бала до (12,39±5,94) бала ( $p < 0,01$ ), показника адинамічної депресії – з (12,29±6,24) бала до (7,86±4,30) бала ( $p < 0,01$ ), ажитованої депресії – з (10,47±5,14) бала до (6,80±3,32) бала ( $p < 0,01$ ), показника депресії зі страхом – з (10,37±5,06) бала до (6,94±2,91) бала ( $p < 0,01$ ) та показника недиференційованої депресії – з (4,35±2,78) бала до (2,49±1,70) бала ( $p < 0,01$ ). У матерів терапевтичної групи виявлено значуще зменшення показників за шкалами депресивного настрою – з (2,35±0,83) бала до (1,78±1,04) бала ( $p < 0,01$ ), почуття провини – з (1,94±1,00) бала до (1,78±1,00) бала ( $p < 0,05$ ), раннього безсоння – з (0,56±0,82) бала до (0,24±0,51) бала ( $p < 0,01$ ), середнього безсоння – з (0,96±0,82) бала до (0,81±0,70) бала ( $p < 0,05$ ), пізнього безсоння – з (0,67±0,82) бала до (0,57±0,72) бала ( $p < 0,05$ ), працездатності й активності з (1,78±1,27) бала до (1,13±0,99) бала ( $p < 0,01$ ), загальмованості – з (1,46±1,19) бала до (1,33±1,15) бала ( $p < 0,05$ ), психічної тривоги – з (1,04±1,10) бала до (0,91±1,14) бала ( $p < 0,05$ ), соматичної тривоги – з (2,15±1,53) бала до (1,91±1,74) бала ( $p < 0,01$ ), загальносоматичної симптоматики – з (1,35±0,85) бала до (1,20±0,88) бала ( $p < 0,05$ ), іпохондричної симптоматики – з (1,63±1,17) бала до (1,43±1,21) бала ( $p < 0,05$ ), obsесивно-компульсивної симптоматики – з (0,15±0,45) бала до (0,06±0,23) бала ( $p < 0,05$ ), а також загального показника за шкалою М. Hamilton – з (18,61±9,84) бала до (15,50±9,51) бала ( $p < 0,01$ ), показника адинамічної депресії – з (12,52±6,44) бала до (10,37±6,52) бала ( $p < 0,01$ ), ажитованої депресії – з (7,48±5,06) бала до (6,39±4,84) бала ( $p < 0,01$ ), показника депресії зі страхом – з (8,06±4,61) бала до (7,20±4,98) бала ( $p < 0,01$ ) та показника недиференційованої депресії – з (5,13±3,46) бала до (4,50±3,38) бала ( $p < 0,01$ ).

Запропонована схема корекції виявилася ефективною і по відношенню до проявів тривоги: у дружин терапевтичної групи виявлено значуще зменшення проявів тривожного настрою – з (1,86±1,08) бала до (0,90±0,61) бала ( $p < 0,01$ ), напруження – з (1,98±1,03) бала до (1,22±0,92) бала

( $p < 0,01$ ), страху – з ( $1,98 \pm 1,03$ ) бала до ( $0,94 \pm 0,86$ ) бала ( $p < 0,01$ ), інсомнії – з ( $2,43 \pm 1,47$ ) бала до ( $1,37 \pm 1,02$ ) бала ( $p < 0,01$ ), когнітивних порушень – з ( $1,57 \pm 1,04$ ) бала до ( $0,90 \pm 0,98$ ) бала ( $p < 0,01$ ), депресивного настрою – з ( $1,57 \pm 1,02$ ) бала до ( $0,88 \pm 0,74$ ) бала ( $p < 0,01$ ), соматичних м'язових симптомів – з ( $0,96 \pm 0,66$ ) бала до ( $0,94 \pm 0,65$ ) бала ( $p < 0,01$ ), гастроінтестинальних симптомів – з ( $1,47 \pm 0,78$ ) бала до ( $0,67 \pm 0,91$ ) бала ( $p < 0,01$ ), сечостатевої симптоматики – з ( $0,86 \pm 0,75$ ) бала до ( $0,00 \pm 0,00$ ) бала ( $p < 0,01$ ), поведінки при огляді – з ( $0,92 \pm 1,00$ ) бала до ( $0,76 \pm 0,97$ ) бала ( $p < 0,05$ ), а також загального показника за шкалою М. Hamilton – з ( $18,98 \pm 7,74$ ) бала до ( $11,06 \pm 4,45$ ) бала ( $p < 0,01$ ), показника психічної тривоги – з ( $11,39 \pm 5,54$ ) бала до ( $6,22 \pm 3,05$ ) бала ( $p < 0,01$ ) та показника соматичної тривоги – з ( $7,59 \pm 3,84$ ) бала до ( $4,84 \pm 3,23$ ) бала ( $p < 0,01$ ). У матерів хворих на шизофренію, які пройшли курс корекції, виявлено зменшення показників тривожного настрою з ( $1,04 \pm 1,10$ ) бала до ( $0,91 \pm 1,14$ ) бала ( $p < 0,05$ ), напруження – з ( $0,80 \pm 0,90$ ) бала до ( $0,67 \pm 0,91$ ) бала ( $p < 0,05$ ), страху – з ( $0,67 \pm 0,91$ ) бала до ( $0,54 \pm 0,91$ ) бала ( $p < 0,05$ ), інсомнії – з ( $1,87 \pm 1,49$ ) бала до ( $1,59 \pm 1,27$ ) бала ( $p < 0,01$ ), когнітивних порушень – з ( $1,78 \pm 1,27$ ) бала до ( $1,13 \pm 0,99$ ) бала ( $p < 0,01$ ), депресивного настрою – з ( $2,35 \pm 0,83$ ) бала до ( $1,78 \pm 1,04$ ) бала ( $p < 0,01$ ), соматичної сенсорної симптоматики – з ( $1,06 \pm 0,90$ ) бала до ( $0,91 \pm 0,94$ ) бала ( $p < 0,05$ ), серцево-судинної симптоматики – з ( $0,85 \pm 0,92$ ) бала до ( $0,74 \pm 0,87$ ) бала ( $p < 0,05$ ), гастроінтестинальної симптоматики – з ( $0,93 \pm 0,91$ ) бала до ( $0,00 \pm 0,00$ ) бала ( $p < 0,01$ ), сечостатевої симптоматики – з ( $0,19 \pm 0,52$ ) бала до ( $0,00 \pm 0,00$ ) бала ( $p < 0,05$ ), вегетативної симптоматики – з ( $1,41 \pm 1,24$ ) бала до ( $1,15 \pm 1,05$ ) бала ( $p < 0,01$ ), поведінки при огляді – з ( $0,80 \pm 0,92$ ) бала до ( $0,65 \pm 0,89$ ) бала ( $p < 0,05$ ), а також загального показника за шкалою М. Hamilton – з ( $15,24 \pm 7,28$ ) бала до ( $11,48 \pm 6,38$ ) бала ( $p < 0,01$ ), показника психічної тривоги – з ( $8,50 \pm 4,48$ ) бала до ( $6,61 \pm 4,23$ ) бала ( $p < 0,01$ ) та показника соматичної тривоги – з ( $6,74 \pm 3,51$ ) бала до ( $4,87 \pm 3,13$ ) бала ( $p < 0,01$ ).

Застосування запропонованої схеми корекції дало можливість зменшити прояви агресивності у дружин, які пройшли курс корекції, у сферах фізичної агресії – з ( $34,12 \pm 10,43$ ) бала до ( $31,76 \pm 10,34$ ) бала ( $p < 0,05$ ), непрямой агресії – з ( $42,67 \pm 14,64$ ) бала до ( $41,41 \pm 14,19$ ) бала ( $p < 0,05$ ), роздратування – з ( $70,31 \pm 21,00$ ) бала до ( $68,80 \pm 21,43$ ) бала ( $p < 0,05$ ), негативізму – з ( $63,53 \pm 24,56$ ) бала до ( $60,78 \pm 24,64$ ) бала ( $p < 0,05$ ), образи – з ( $44,29 \pm 14,83$ ) бала до ( $42,18 \pm 13,88$ ) бала ( $p < 0,05$ ), підозрливості – з ( $57,06 \pm 14,46$ ) бала до ( $55,88 \pm 14,17$ ) бала ( $p < 0,05$ ), вербальної агресії – з ( $70,61 \pm 17,30$ ) бала до ( $66,27 \pm 17,10$ ) бала ( $p < 0,01$ ), почуття провини – з ( $64,92 \pm 16,05$ ) бала до ( $62,76 \pm 16,51$ ) бала ( $p < 0,01$ ), індексу агресивності – з ( $58,35 \pm 11,34$ ) бала до ( $57,05 \pm 11,70$ ) бала ( $p < 0,05$ ), індексу ворожості – з ( $50,68 \pm 11,30$ ) бала до ( $49,03 \pm 10,55$ ) бала ( $p < 0,01$ ). У матерів хворих на шизофренію під впливом корекції відбулося значуще зменшення показників агресивності у сферах фізичної агресії з ( $28,33 \pm 11,12$ ) бала до ( $25,93 \pm 13,25$ ) бала ( $p < 0,05$ ), непрямой агресії – з ( $37,33 \pm 15,46$ ) бала до ( $34,96 \pm 13,66$ ) бала ( $p < 0,05$ ), роздратування – з ( $62,74 \pm 21,65$ ) бала до ( $60,91 \pm 21,76$ ) бала ( $p < 0,01$ ), негативізму – з ( $59,63 \pm 22,82$ ) бала до ( $57,41 \pm 24,28$ ) бала ( $p < 0,05$ ), образи – з ( $41,00 \pm 14,90$ ) бала до ( $40,00 \pm 14,70$ ) бала ( $p < 0,05$ ), підозрливості – з ( $57,04 \pm 15,50$ ) бала до ( $55,93 \pm 16,08$ ) бала ( $p < 0,05$ ), вербальної агресії – з ( $61,63 \pm 18,08$ ) бала до ( $59,46 \pm 17,96$ ) бала ( $p < 0,01$ ), почуття провини – з ( $71,50 \pm 14,13$ ) бала до ( $69,87 \pm 14,67$ ) бала ( $p < 0,05$ ), індексу агресивності – з ( $50,90 \pm 11,33$ ) бала до ( $48,76 \pm 11,96$ ) бала ( $p < 0,01$ ), індексу ворожості – з ( $49,02 \pm 11,40$ ) бала до ( $47,96 \pm 11,67$ ) бала ( $p < 0,01$ ).

Запропонована схема корекції дозволила змінити ставлення дружин та матерів хворих на шизофренію до психічного захворювання родичів зі збільшенням питомої ваги осіб з адекватним ставленням до хвороби з 27,5 % до 62,7 %

( $p < 0,01$ ) з паралельним зменшенням питомої ваги осіб із драматизуючим ставленням з 25,5 % до 9,8 % ( $p < 0,05$ ), з негативним – з 47,0 % до 27,5 % ( $p < 0,05$ ). У групі матерів, які пройшли курс корекції, питома вага осіб з адекватним ставленням збільшилася з 55,6 % до 83,3 % ( $p < 0,01$ ) за рахунок зменшення питомої ваги негативного ставлення – з 18,5 % до 5,6 % ( $p < 0,05$ ), і драматизуючого ставлення – з 25,9 % до 11,1 % ( $p < 0,05$ ).

**ВИСНОВКИ** Створений комплекс психокорекційних заходів, спрямований на нівеляцію проявів клініко-психологічної, особистісної і соціально-психологічної дезадаптації дружин і матерів хворих на ПШ чоловіків із тривалими термінами захворювання, виявився ефективним стосовно намічених цілей.

**Перспективним напрямком подальшої** розробки результатів даного дослідження є широке впровадження у практику охорони здоров'я запропонованих заходів медико-психологічної корекції дезадаптації дружин і матерів чоловіків, хворих на ПШ із тривалими термінами захворювання.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Galindo L. Association between neurological soft signs, temperament and character in patients with schizophrenia and non-psychotic relatives / L. Galindo, F. Pastoriza, D. Bergé [et al.] // *Peer Journal*. – 2016. – № 4. – P. 1651–1653.
- Li J. Predictors of family caregivers' burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the People's Republic of China / J. Li, C. Lambert, V. Lambert // *Nursing and Health Sciences*. – 2007. – Vol. 9. – P. 192–198.
- Singh P. M. Burden of schizophrenia on caregivers in Nepal / P. M. Singh, A. Prajapati // *Nepal Medical College Journal*. – 2012. – Vol. 15. – P. 140–143.
- Wai-Chi Chan S. Global Perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia / S. Wai-Chi Chan // *Archives of Psychiatric Nursing*. – 2011. – Vol. 25(5). – P. 339–349.
- Абрамова М. В. Психологическое сопровождение семей больных шизофренией юношеского возраста / М. В. Абрамова // *Психологические исследования*. – 2010. – № 6(14). – С. 4–12.
- Shamsaei F. Burden on Family Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia / F. Shamsaei, F. Cheraghi, S. Bashirian // *Iranian Journal of Psychiatry*. – 2015. – Vol. 10(4). – P. 239–245.
- Burden of care among relatives of patients with schizophrenia in midwestern Nigeria / O. O. Igberase, O. Morakinyo, A.O. Lawani [et al.] // *International Journal of Social Psychiatry*. – 2010. – Vol. 58(2). – P. 131–137.
- Effects of Psychoeducation on Stigma in Family Caregivers of Patients with Schizophrenia: A Clinical Trial / S. Vaghee, A. Salarhaji, N. Asgharipour, H. Chamanzari // *Journal of Evidence Based Care*. – 2015. – Vol. 5, Issue 3. – P. 63–76.
- Njenga F. Focus on psychiatry in East Africa / F. Njenga // *British Journal of Psychiatry*. – 2002. – Vol. 181. – P. 354–359.
- Kageyamaa M. Psychological Distress and Violence Towards Parents of Patients with Schizophrenia / M. Kageyamaa, P. Solomonb, K. Yokoyamac // *Archives of Psychiatric Nursing*. – 2015. – № 2. – P. 42–46.
- Жизнь с шизофренией. Что делать? : краткое руководство для пациентов, страдающих шизофренией и их родственников / Н. А. Марута, А. М. Кожина, В. И. Коростий, Л. М. Гайчук. – Харьков, 2011. – 25 с.
- Маркова М. В. Особливості сімейної взаємодії та адаптації в родині у пацієнтів, хворих на шизофренію, з точки зору психотерапевтичного потенціалу сім'ї / М. В. Маркова, В. О. Діхтяр // *Український вісник психоневрології*. – 2010. – Т. 13, вип. 3 (64). – С. 133–134.
- Маркова М. В. Психотерапія в комплексному лікуванні жінок, хворих на параноїдну шизофренію, при різних моделях родинної взаємодії: обґрунтування, загальні підходи, специфічні особливості / М. В. Маркова, К. А. Косенко // *Український вісник психоневрології*. – 2014. – Т. 22, вип. 3 (80) – С. 69–73.

Отримано 03.10.16