

**РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОЕКТИВНИХ ТЕСТІВ «НЕІСНУЮЧА ТВАРИНА» У ПСИХОДІАГНОСТИЧНОМУ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОМУ ПРОЦЕСІ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЧОЛОВІКІВ**

В. І. Вовк

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**Анотація.** Початковий етап роботи з пацієнтом є надзвичайно важливим і впливає на весь психодіагностичний і терапевтичний процес. Для цього етапу необхідні методи, які дозволяють людині не відчувати напругу і допомагають якнайшвидшому встановленню комплайенса. У роботі наведено результати обстеження ВІЛ-інфікованих чоловіків із застосуванням клініко-психодіагностичного методу і проективного тесту «Неіснуюча тварина». Отримані результати вказують на синхронність цих двох методів і дозволяють стверджувати, що проективна методика може використовуватися, особливо на початкових етапах роботи з пацієнтами, у практичній діяльності спеціалістів психологічного профілю як додатковий психодіагностичний інструмент, а також як метод, що сприяє досягненню комплаєнтності.

**Ключові слова:** психодіагностика, проективний тест, «Неіснуюча тварина», ВІЛ-інфіковані чоловіки.

**RESULTS OF PROJECTIVE TESTS «NONEXISTENT ANIMAL» IN PSYCHO-DIAGNOSTIC AND PSYCHOTHERAPEUTIC PROCESSES IN HIV-INFECTED MEN**

V. I. Vovk

V. N. Karazin Kharkiv National University

**Summary.** The initial phase of the work with the patient is important and influences the psychodiagnostic and therapeutic process. For this stage we need methods that allow a person does not feel the tension and helps to quickly establishing of compliance. In this article, we have shown the results of a survey of HIV-infected men with clinical-psychodiagnostic method and the projective test Nonexistent animal. Our results show the synchronicity of these two methods, and suggest that projective technique can be used especially in the early stages of working with patients. This is important in the practice of psychiatric experts and psychological profile as an additional psychodiagnostic tool as well as a method of contributing to the achievement of compliance.

**Key words:** psychodiagnostic, projective test, Nonexistent animal, HIV-positive men

УДК 616.89-008.454-055.5/7:159.9



Д. А. Волощук

**ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У РОДИЧІВ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУДИННОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ В РЕЗУЛЬТАТІ ПРОВЕДЕННЯ КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ**

Д. А. Волощук

Одеський національний медичний університет

**Анотація.**

Хвороба пацієнта з судинною деменцією є фактором, який негативно впливає на якість життя не тільки самого пацієнта, але і його родини. Саме тому на сучасному етапі близькі, які доглядають за невиліковними хворими, все частіше стають центральним об'єктом дослідження та аналізу. У статті представлено аналіз результатів впровадження в роботу авторського медико-психологічного комплексу супроводу родичів пацієнтів із судинною деменцією, розробленого психіатричною службою КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я», а також проведено порівняння стану досліджуваних до та після терапії. Як результат проведених інтервенцій, у дослідженого контингенту було відзначено позитивні зміни показників соціального функціонування, підвищення якості життя.

**Ключові слова:**

судинна деменція, родичі хворих, рівень соціального функціонування, показники якості життя, медико-соціальний супровід.

**Вступ**

Судинна деменція (СД) є досить поширеним розладом, який вражає, як правило, осіб похилого віку [1–3]. Поширеність деменції є досить високою: серед осіб у віці до 60 років вона становить 1–5%, у віці

80–89 років – до 20%, а у віці старше 90 років практично до 50% [4]. Чоловіки страждають на СД приблизно в 1,5 рази частіше, ніж жінки [5–7]. Відомо, що факт наявності СД у члена родини пов'язаний не лише з вираженою інвалідизацією і зниженням якості життя

самих пацієнтів, але й з погіршенням якості життя родичів або інших осіб, які доглядають за пацієнтами з СД [8]. В рамках сучасної науково-практичної парадигми щодо надання допомоги особам з психічними та поведінковими захворюваннями пацієнт розглядається в контексті біопсихосоціальної моделі, при цьому велика роль відводиться особливостям функціонування родини, членом якої є особа з СД [9]. Тому до комплексу терапевтичних заходів, поряд з терапевтичними інтервенціями, спрямованими на самого пацієнта, повинні включатись заходи супроводу родичів хворих на СД [10–13].

### Мета дослідження

Мета роботи полягала у вивченні та аналізі результатів впровадження в роботу авторського медико-психологічного комплексу супроводу родичів пацієнтів з СД, розробле-

ного психіатричною службою КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я», а також проведення порівняння стану досліджуваних до та після терапії.

### Матеріали та методи дослідження

Дане дослідження тривало протягом 2014–2016 рр. на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я», де було обстежено 128 хворих на СД та 235 їх родичів. Дослідження проводилось із дотриманням принципів медичної етики та деонтології. Дизайн дослідження представлено на **рис. 1**.

На першому етапі дослідження з урахуванням критеріїв включення-виключення було сформовано 2 групи пацієнтів з СД: Г1 (п) та Г2 (п). Розподіл здійснювався за рівнем розвитку когнітивних функцій хворих та ступенем їхньої загальної дисфункції, який

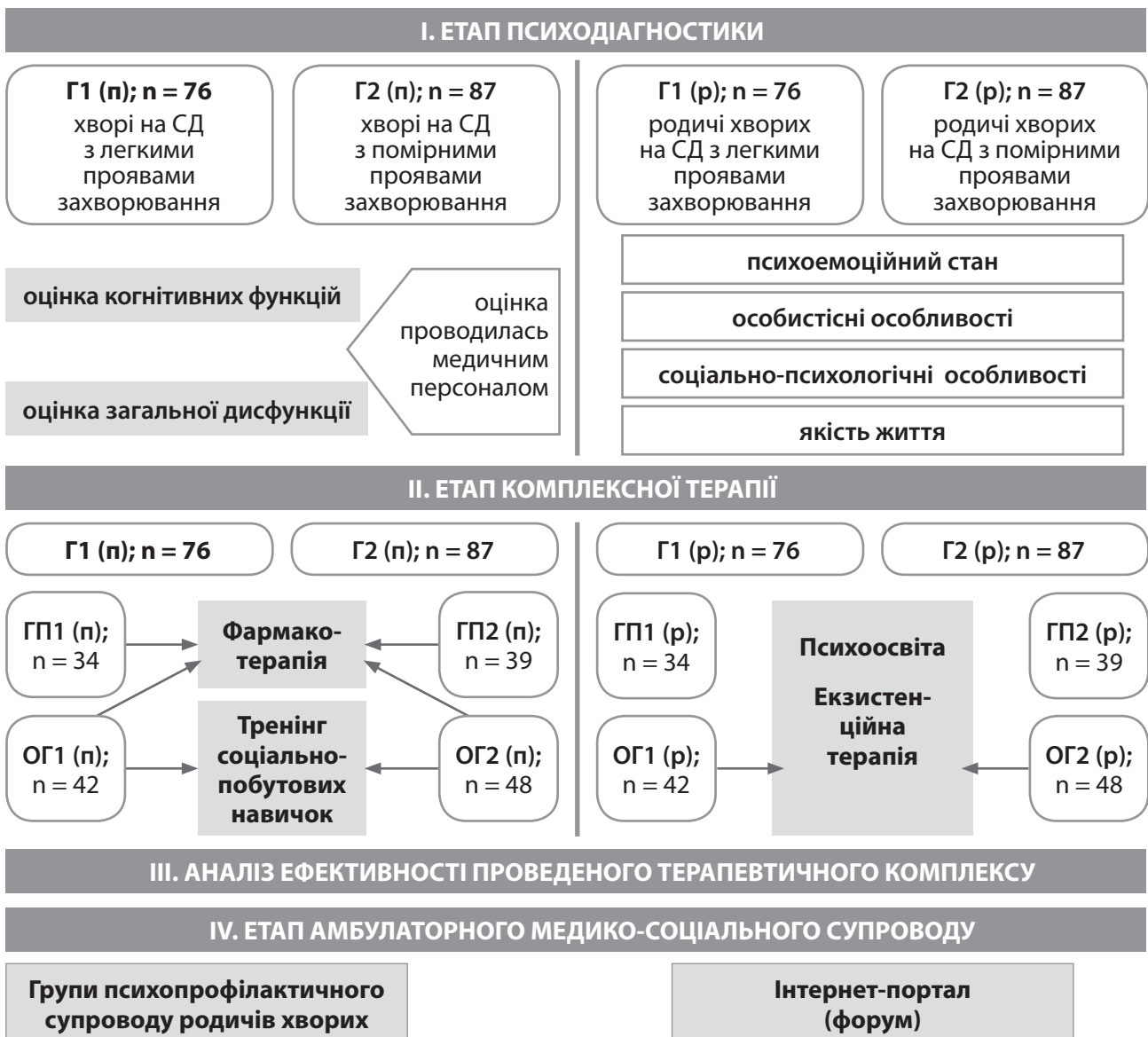


Рис. 1. Дизайн дослідження

визначався за даними клінічних спостережень, а також за допомогою психодіагностичних методик. Так, до Г1 (п) увійшли 76 осіб з легким ступенем когнітивних порушень, а до Г2 (п) – 87 осіб з помірним ступенем.

Згідно з умовами дослідження, кожного хворого на СД супроводжував один член родини, який був мотивований на участь у програмі та з яким укладався психотерапевтичний контракт. Таким чином, родичі пацієнтів обох груп аналогічно утворили Г1 (р) – 76 осіб, та Г2 (р) – 87 осіб. У групах родичів проводилась оцінка їхнього психоемоційного стану, особистісних особливостей та якості життя.

**На другому етапі** дослідження кожну з обстежених груп було розділено на 2 підгрупи (основну та порівняльну), в результаті чого утворились 4 групи пацієнтів з СД:

- 2 основних – ОГ1 (п) та ОГ2 (п);
- 2 групи порівняння – ГП1 (п) та ГП2 (п).

Відповідно до них було сформовано 4 групи родичів:

- 2 основних – ОГ1 (р) та ОГ2 (р);
- 2 групи порівняння – ГП1 (р) та ГП2 (р).

На підставі отриманих результатів нами було розроблено окремі терапевтичні комплекси для пацієнтів та їх родичів, які проводились виключно в основних групах дослідження. Комплекс для основних груп хворих на СД включав загальноприйнятту фармакотерапію та авторський «Тренінг соціально-побутових навичок». Для основних груп родичів було проведено низку психотерапевтичних заходів, які включали психоосвіту та екзистенційну терапію. У групах порівняння, до складу яких входили пацієнти з СД, проводили суто базові фармакотерапевтичні інтервенції; у групах порівняння, які утворили родичі пацієнтів, не проводилось жодних заходів.

**Третій етап** – аналіз ефективності проведеного комплексу – дозволив оцінити результативність авторського комплексу терапії шляхом порівняння основних груп та груп порівняння.

**На етапі амбулаторного медико-соціального супроводу** було впроваджено програму довготривалого супроводу родичів хворих на СД. Програма включала в себе ведення сформованих раніше психотерапевтичних груп родичів та створення інтернет-ресурсу для можливості консультування та надання психологічної допомоги учасникам дослідження.

Статистичну обробку отриманих даних та побудову діаграм виконували за допомо-

гою програм Excel та статистичного пакету Statistica 7.0. for Windows. У всіх випадках порівнянь визначалася ймовірність розходжень «р». Розходження враховувались як статистично значимі при  $p < 0,05$ .

### **Результати дослідження та їх обговорення**

У результаті психодіагностичного дослідження, проведеного до впровадження програми комплексного медико-соціального супроводу, було виявлено, що більшість родичів пацієнтів із СД мали порушення соціального функціонування, до того ж ці порушення були більш виражені в групі родичів пацієнтів з більш важкими формами СД ( $p \leq 0,05$ ) [4].

Відносно родичів хворих на СД було застосовано комплекс інтервенцій: психоосвітній підхід, робота у групах екзистенційного досвіду (ГЕД). Остання була спрямована на відновлення здатності родичів пацієнтів із СД до усвідомленості життя, можливості робити вибір та формулювати власні бажання без відчуття провини. Велика увага приділялася формуванню спроможності створювати нові та підтримувати існуючі соціальні зв'язки, почуття відповідальності, цілісного самоусвідомлення та здатності до розвитку.

З метою підтримки родичів пацієнтів із СД також використано електронний ресурс та відкрито тематичну сторінку у соціальній мережі Facebook, де було розміщено інформацію про координати лікувального закладу, загальні відомості про СД, основні види допомоги особам з СД, труднощі, з якими найчастіше зіштовхуються такі пацієнти та їх родичі, найважливіші поради тощо.

Одночасно з супроводом родичів, з самими пацієнтами із СД проводилась комплексна поетапна фармакотерапія та паралельно – система заходів психотерапевтичного супроводу. Вона включала тренінг соціальних навичок, метою якого було набуття навичок спілкування: учасників навчали долати труднощі спілкування з іншими людьми у найрізноманітніших ситуаціях (на вулиці, в транспорті, магазині, вдома); конструктивно вирішувати складні, конфліктні ситуації, самостійно приймати рішення і впевнено втілювати їх в життя в рамках соціально прийнятної поведінки. Приділялася увага й набуттю навичок самостійного життя, зокрема, соціально-побутових: приготування їжі та миття посуду, прання та прибирання тощо. Пацієнтів також навчали заповнювати квитанції для оплати комунальних послуг, користуватися послугами різних служб,

Таблиця 1

## Показники за індексом життєвого стилю у родичів пацієнтів з СД до та після терапії (середній бал)

Шкали	Період	Г1 (p) (n = 76)		Г2 (p) (n = 87)	
		ОГ1 (p) (n = 42)	ГП1 (p) (n = 34)	ОГ2 (p) (n = 48)	ГП2 (p) (n = 39)
Витіснення	до	40,9**	43,8	50,2**	52,6
	після	32,7	40,2	41,3	49,5
Регресія	до	15,9**	17,4	19,8	21,5
	після	9,8	16,4	14,6	20,3
Заміщення	до	9,7**	10,8	11,9	13,1
	після	7,6	10,3*	8,8	12,6*
Заперечення	до	46,2**	49,9	57,1**	61,5
	після	38,1	48,7*	44,0	59,2*
Проекція	до	48,8**	51,6	56,2**	59,4
	після	39,3	50,1*	47,5	58,0*
Компенсація	до	8,5**	8,0	10,2**	9,4
	після	6,3	7,7	7,5	9,2*
Реактивне утворення	до	8,0	7,6	9,9**	9,5
	після	6,1	7,3	7,6	9,2
Інтелектуалізація	до	54,9**	50,1	60,8**	58,3
	після	39,8	48,3	51,6	57,4

## Примітки:

\* – різниця достовірна ( $p \leq 0,05$ ) при порівнянні груп між собою (ОГ1 з ГП1/ОГ2 з ГП2).\*\* – різниця достовірна ( $p \leq 0,05$ ) при порівнянні результатів до/після.

розповідали про реалізацію пільг, поведінку в екстремальних ситуаціях тощо.

Важливим аспектом діагностики індивідуально-психологічних особливостей родичів хворих на СД був аналіз змін показників якості їх життя до та після терапії (табл. 1).

До початку терапії переважною більшістю родичів хворих на СД використовувались захисні механізми поведінки, здебільшого інтелектуалізації, проекції, заперечення та витіснення. В результаті терапії в основних групах відзначалось зменшення інтенсивності використання всіх захисних механізмів, ця тенденція була достовірно більш виразною в

ОГ1 (p) та ОГ2 (p) відносно відповідних груп порівняння ( $p \leq 0,05$ ).

Важливим фактором, який впливає на якість життя пацієнта з СД та його родини, є наявність соціальної підтримки. В рамках проведеного дослідження родичам пацієнтів із СД було запропоновано визначити рівень та джерело соціальної підтримки, яку вони використовували. Результати за шкалою «соціальної підтримки», отримані до та після проведення терапевтичного комплексу, наведено в табл. 2.

На початку дослідження родичі пацієнтів усіх груп відзначали, що не отримують дос-

Таблиця 2

## Дані за шкалою соціальної підтримки, отримані в групах родичів пацієнтів із СД до та після терапії (середній бал)

Шкали	Період	Г1 (p) (n = 76)		Г2 (p) (n = 87)	
		ОГ1 (p) (n = 42)	ГП1 (p) (n = 34)	ОГ2 (p) (n = 48)	ГП2 (p) (n = 39)
Соціальна підтримка сім'ї	до	1,9	1,8	1,4	1,5
	після	3,1*/**	2,1	2,2*/**	1,7
Соціальна підтримка друзів	до	1,3	1,4	1,0	1,0
	після	2,2**	1,6	1,6	1,2
Соціальна підтримка від «значимих інших»	до	0,9	0,8	0,6	0,7
	після	1,8**	1,0	1,2**	0,8

## Примітки:

\* – різниця достовірна ( $p \leq 0,05$ ) при порівнянні груп між собою (ОГ1 з ГП1/ОГ2 з ГП2).\*\* – різниця достовірна ( $p \leq 0,05$ ) при порівнянні результатів до/після.



татньо підтримки від інших осіб. Після проведення заходів терапії, зокрема психотерапії, родичі хворих на СД, які входили до складу основних груп, навчилися використовувати соціальну підтримку та отримувати її з різних джерел (сім'я, друзі, значимі інші). Найзначніші позитивні зміни відбулися щодо фактору «соціальна підтримка сім'ї» в ОГ1 (р), в якій після терапії цей показник підвищився на 1,2 бали (різниця між даними до та після терапії є достовірною ( $p \leq 0,05$ )). Показники за факторами «соціальна підтримка друзів» та «соціальна підтримка від "значимих інших"» підвищились в ОГ1 (р) кожний на 0,9 балів. В ОГ2 також відбулися зміни, які полягали в підвищенні показників за факторами «соціальна підтримка сім'ї» (на 0,8 балів), «соціальна підтримка друзів» (на 0,6 балів) та «соціальна підтримка від "значимих інших"» (на 0,5 бали). В ГП1 (р) та ГП2 (р) відбулось незначне підвищення показників за всіма факторами шкали соціальної підтримки, яке не мало достовірної різниці між даними до та після терапії.

Важливим критерієм ефективності терапевтичних програм є покращення якості життя клієнтів. Тому в рамках дослідження

з метою перевірки ефективності авторської програми ми вивчали дані щодо якості життя родичів пацієнтів з СД до та після терапії (**табл. 3**).

При порівнянні даних, отриманих за допомогою психодіагностичних методики до та після терапії в ОГ1(р), виявлено значне достовірне підвищення за всіма критеріями, які є складовими якості життя: фізичне благополуччя – на 2,7 бали, психологічне емоційне благополуччя – на 2,1 бали, самообслуговування та незалежність і діях – на 1,9 бали, працездатність – на 2,0 бали, міжособистісна взаємодія – на 1,7 бали, соціоемоційна підтримка – на 2,2 бали, громадська та службова підтримка – на 1,7 бали, самореалізація – на 2,3 бали, духовна реалізація – на 2,2 бали, загальне сприйняття якості життя – на 2,1 бали. В ОГ2 (р) підвищення показників якості життя також відбулося за всіма критеріями шкали: фізичне благополуччя – на 1,0 бали, психологічне емоційне благополуччя – на 1,4 бали, самообслуговування та незалежність в діях – на 1,5 бали, працездатність – на 1, бали, міжособистісна взаємодія – на 1,1 бали, соціоемоційна підтримка – на 1,6 бали, громадська та службова підтримка – на 1,6 бали, самореалі-

**Таблиця 3**

**Показники якості життя родичів пацієнтів з СД до та після терапії (середній бал)**

Шкали	Період	Г1 (р) (n = 76)		Г2 (р) (n=87)	
		ОГ1 (р) (n = 42)	ГП1 (р) (n = 34)	ОГ2 (р) (n = 48)	ГП2 (р) (n = 39)
Фізичне благополуччя	до	5,1	5,3	4,0	3,9
	після	7,8*/**	5,8	5,9*/**	4,1
Психологічне / емоційне благополуччя	до	4,4	4,5	3,7	3,8
	після	6,5*/**	4,8	5,1**	4,0
Самообслуговування та незалежність у діях	до	4,8	4,8	4,2	4,0
	після	6,7*/**	5,1	5,7*/**	4,1
Працездатність	до	4,9	5,0	4,4	4,3
	після	6,9*/**	5,4	5,5*/**	4,4
Міжособистісна взаємодія	до	4,8	4,9	3,6	3,8
	після	6,5*/**	5,2	4,7*/**	3,9
Соціоемоційна підтримка	до	4,0	4,2	2,8	2,9
	після	6,2*/**	4,5	4,4*/**	3,3
Громадська та службова підтримка	до	3,7	3,6	2,6	2,5
	після	5,4*/**	3,9	4,2*/**	2,7
Самореалізація	до	2,9	3,1	2,0	2,1
	після	5,2*/**	3,5	4,1*/**	2,2
Духовна реалізація	до	2,8	2,9	2,2	2,3
	після	5,0*/**	3,3	4,0*/**	2,5
Загальне сприйняття якості життя	до	3,6	3,4	2,8	2,9
	після	5,7*/**	3,8	4,4*/**	3,1

Примітки:

\* – різниця достовірною ( $p \leq 0,05$ ) при порівнянні груп між собою (ОГ1 з ГП1/ОГ2 з ГП2)

\*\* – різниця достовірною ( $p \leq 0,05$ ) при порівнянні результатів до/після.

зація – на 2,1 бали, духовна реалізація – на 1,8 бали, загальне сприйняття якості життя – на 1,6 бали. В ГП1(р) та ГП2(р) зміни, що відбулися, не мали статистичної достовірності при порівнянні з основними групами та даними до та після терапії ( $p > 0,05$ ).

### Висновки

1. Більшість родичів пацієнтів із СД мали порушення соціального функціонування, при цьому такі порушення були виразнішими в групі родичів пацієнтів з більш важкими формами СД ( $p \leq 0,05$ ).

2. Відносно родичів пацієнтів із СД було застосовано комплекс інтервенцій: проводилися психоосвітні заходи, була організова-

на робота у групах екзистенційного досвіду, а також створено інтернет-портал для обміну досвідом та он-лайн консультування.

3. У результаті впровадження авторського комплексного медико-соціального супроводу було виявлено позитивні зміни в групах родичів хворих на СД: відбувалося формування адаптивних копінг-стратегій, з'являлося вміння використовувати ресурс соціальної підтримки та відзначалося покращення основних показників якості життя в цілому. Різниця з групами, в яких комплексний супровід не застосовувався, була достовірною ( $p \leq 0,05$ ), що свідчить про ефективність авторської програми.

### Література

- Burkin M. M., Terevnikov V. A. Dementsii pozdnego vozrasta [uchebnoe posobie] [Dementia late age [Tutorial]]. Petrozavodsk, 2004, pp. 65-73. (In Russ.)
- Vayngaren-Kremers V. P., Goryunov S. V. Nekotorye aspekty organizatsii psixiatricheskoy pomoshchi v Niderlandakh [Some aspects of the organization of mental health care in the Netherlands]. Zhurnal nevrologii i psixiatrii, 2012, vol. 12, pp. 69-75. (In Russ.)
- Verbitskaya S. V., Parfenov V. A. Klinicheskiy opyt primeneniya memantina pri postinsul'noy dementsii [Clinical experience of memantine with post-stroke dementia]. Nevrologicheskiy zhurnal, 2008, no. 4, pp. 5-8. (In Russ.)
- Voloshchuk D. A. Projavy kliniko-psyhologichnoi' dezadaptatsii' u rodychiv hvoryh na sudynnu demenciju [Clinical manifestations of psychological maladjustment in relatives of patients with vascular dementia]. Sciences of Europe, 2016, no. 1, pp. 41-45. (In Ukr.)
- Gurovich I. Ya., Shmukler A. B., Storozhakova Ya. A. Psikhosotsial'naya terapiya i psikhosotsial'naya reabilitatsiya v psixiatrii [Psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation in psychiatry]. Moscow, 2004, 492 p. (In Russ.)
- Dzheymys F. Sosudistye zabolvaniya golovnogo mozga [Vascular diseases of the brain]. 2007, pp. 288-304. (In Russ.)
- Karmannoe rukovodstvo k MKB-10: Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv (s glosariem i issledovatel'skimi diagnosticheskimi kriteriyami) [pod red. Dzh. E. Kuperi; per. s angl. D. Poltavtsa] [Pocket Guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders (with glossary and research diagnostic criteria) [ed. G. E. Cooper; transl. from English by D. Poltavets]]. Kiev, Sfera Publ., 2000, 464 p. (In Russ.)
- Kostyuchenko S. Rukovodstvo po lecheniyu bolezni Al'tsgeymera i drugikh sosudstvykh dementsiy [Sickness Treatment Guide Alzheimer's and other vascular dementia]. NeyroNews, 2015, no. 3, pp. 29-40. (In Russ.)
- Levin O. S. Diagnostika i lechenie dementsii v klinicheskoy praktike [Diagnosis and treatment of dementia in clinical practice]. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2011, 256 p. (In Russ.)
- Spirina I. D., Vitenko I. S., Naprasenko A. K. Meditsinskaya psikhologiya [uchebnik] [Medical psychology [Tutorial]]. Dnepropetrovsk, Promin' Publ., 2014, 456 p. (In Russ.)
- Raygorodskiy D. Ya. Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metodiki i testy [uchebnoe posobie] [Practical psychodiagnostics. Procedures and tests [Tutorial]]. Samara, Bakhrakh-M Publ., 2002, 672 p. (In Russ.)
- Cumming J. L., Mackell J., Kaufer D., Cumming J. L. Behavioral effects of current Alzheimers disease treatments. Alzheimers dementia, 2008, no. 1, pp. 49-60.
- Demaerschalk B. M., Wingerchuk D. M. Treatment of vascular dementia and vascular cognitive impairment. Neurologist, 2007, no. 13, pp. 37-41.

### ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВНЕДРЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

Д. А. Волощук

Одесский национальный медицинский университет

**Аннотация.** Болезнь пациента с сосудистой деменцией является фактором, который оказывает отрицательное влияние на качество жизни не только самого пациента, но и на качество жизни его семьи, поэтому родственники, ухаживающие за неизлечимыми больными, все чаще становятся центральным объектом исследования и анализа на современном этапе. В этой статье автором представлен анализ результатов внедрения

### THE DYNAMICS OF SOCIAL FUNCTIONING IN RELATIVES OF PATIENTS WITH VASCULAR DEMENTIA BY THE IMPLEMENTATION OF THE COMPLEX HEALTH AND SOCIAL SUPPORT

D. A. Voloshchuk

Odessa National Medical University

**Summary.** The disease of patient with vascular dementia is a factor that has a negative impact on quality of life not only the patient but also the quality of life of his family. Many different symptoms can be diagnosed in family members of terminally ill patients. These relatives increasingly become the central object of research and analysis in modern time. We observed these persons with clinicopathological and psychodiagnostic methods. In this article the author

в работу психиатрической службы КУ «Одесский областной медицинский центр психического здоровья» авторского медико-психологического комплекса сопровождения родственников пациентов, страдающих сосудистой деменцией, приведены результаты до и после терапии. В результате проведенных интервенций у исследованного контингента были отмечены положительные изменения показателей социального функционирования, повышение качества жизни.

**Ключевые слова:** сосудистая деменция, родственники больных, уровень социального функционирования, показатели качества жизни, медико-социальное сопровождение.

shows the results of implementing the work of psychiatric services MI «Odessa Regional Medical Center of Mental Health», author complex medical and psychological support for relatives of patients suffering from vascular dementia. We analyze the results before and after therapy. As a result of intervention in the studied contingent was noticed the positive changes of social functioning, quality of life.

**Key words:** vascular dementia, relatives of patients, the level of social functioning, quality of life, medical and social support.

УДК: 376.3.042.1.018.1-057.874-056.29



Ю. О. Гончар

## ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ МАТЕРІВ ДІТЕЙ З ПСИХОФІЗИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ В РАМКАХ ПСИХОКОРЕКЦІЇ

Ю. О. Гончар

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України»

### Анотація.

Під час дослідження за допомогою психодіагностичного та статистичного інструментарію дано оцінку особливостей емоційного стану 168 матерів дітей з дитячим церебральним паралічем (ДЦП), затримкою психічного розвитку (ЗПР) та розладами спектру аутизму (РСА). Встановлено, що спільними особливостями емоційного стану матерів дітей з психофізичними порушеннями на початку були тривожність, втомленість, відчуття безпорадності та невпевненість у власних здібностях. Після участі в психокорекційній програмі із залученням іпотерапії в матерів дітей з ДЦП спостерігалися енергійність та відчуття піднесеності; у матерів дітей із ЗПР – спокій та впевненість; у матерів дітей з РСА – спокій та енергійність. Після участі в психокорекційній програмі із залученням дельфінотерапії матері дітей з ДЦП характеризувалися спокоєм, енергійністю, впевненістю; матерям дітей із ЗПР стали властиві піднесеність, спокій та енергійність; у матерів дітей з РСА значно зросли впевненість, піднесеність та спокій.

**Ключові слова:** емоційний стан, психокорекція, матері, діти з психофізичними порушеннями.

### Вступ

Якщо сприймати систему «мати–дитина» як діаду та розуміти їх відносини з позиції взаємного впливу, то, розглядаючи емоції дитини з тим чи іншим діагнозом, важливо вивчати й особливості емоційного реагування її матері. Наявність у дитини відхилень у розвитку суттєво впливає на емоційний стан матері та її ставлення до дитини: воно може характеризуватися певною дисгармонійністю, що виражається як несвідоме емоційне відкидання дитини, так і гіперопіка та надвисокий контроль на усвідомлюваному і поведінковому рівнях [1–3]. Дитяча патологія – значний психотравмуючий чинник для матері дитини з таким діагнозом. Ці жінки

достатньо нестійкі до впливу труднощів, що виникають, не захищені від сприйняття їх суспільством через призму «стигми» дитини. У матерів, що більше двох років виховують дитину з психофізичними вадами, спостерігається наявність хронічного стресу. На відміну від матерів здорових дітей, матері дітей з психофізичними порушеннями характеризуються неврівноваженістю емоційного реагування, тривожністю, чутливістю до впливу середовища, емоційною нестійкістю. Часто їм притаманні ознаки вираженої невротизації, високий рівень внутрішньої емоційної напруженості, що призводить до зниження рівня соціально-психологічної адаптивності та загальної стресостійкості [1; 4; 5].