



К. В. Аїмедов

В. В. Баскіна

УДК 616.89-053.26:314.6:159.9

## ПОРУШЕННЯ СІМЕЙНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ЖІНОК ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗодУ

К. В. Аїмедов<sup>1</sup>, В. В. Баскіна<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Одеський національний медичний університет МОЗ України,  
м. Одеса, Україна

<sup>2</sup>КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я»,  
м. Одеса, Україна

### Анотація.

Сучасними авторами вважається, що маніфест психічного захворювання впливає на всі аспекти життя сім'ї та являє собою важкий психоемоційний стрес, пов'язаний з початком захворювання, втратою короткострокових і довгострокових планів на майбутнє, з труднощами догляду за пацієнтом та зі збільшенням фінансового навантаження, а також зі зменшенням соціальної активності й самостигматизацією. У статті авторами представлено результати дослідження, метою якого було виявлення порушень у родинному функціонуванні жінок, які перенесли первинний психотичний епізод (з 2010 по 2016 рік авторами було обстежено 219 таких пацієнток та їхніх чоловіків). Дослідження включало оцінку якості життя пацієнток, діагностику сімейних стосунків, визначення рівня задоволеності шлюбом та ставлення до батьківської ролі. Проведене дослідження показало, що в обстежуваних жінок спостерігаються загальне зниження якості життя, незадоволеність своїми стосунками у шлюбі, роллю у житті сім'ї та власною несамостійністю. В жінок, які мають дітей, відзначалося порушення емоційного контакту з дитиною.

**Ключові слова:** первинний психотичний епізод, порушення сімейного функціонування, психічні розлади у жінок.

### Вступ

Сучасні автори вважають, що маніфест психічного захворювання впливає на всі аспекти життя сім'ї та являє собою важкий психоемоційний стрес. Він пов'язаний з початком захворювання, втратою короткострокових і довгострокових планів на майбутнє, а також із труднощами догляду за пацієнтом і додатковим фінансовим навантаженням; зі зменшенням соціальної активності й самостигматизацією [1]. Значення психосоціального впливу сім'ї на перебіг захворювання та соціальну адаптацію хворих після перенесеного психотичного епізоду є безперечним [2; 3]. Під час перших епізодів психічних розладів вплив травматичної події обумовлений не тільки фактом початку хвороби, але й перетворенням усієї системи внутрішньосімейної взаємодії у відповідь на соціальні втрати та зміну поведінки близького в продромальний період і під час маніфестації хвороби [4; 5].

### Мета дослідження

Мета дослідження полягала у виявленні порушень сімейного функціонування жінок, які перенесли первинний психотичний епізод.

### Матеріали та методи дослідження

У дослідженні взяли участь 219 заміжніх жінок з діагнозом «гострий поліморфний

психотичний розлад без симптомів шизофренії» (F 23.0), встановленим за МКХ-10 вперше. Середній вік жінок склав 32,50±1,20 роки. Пацієнтки були розподілені на дві групи за критерієм наявності власних дітей у сім'ї. У першу групу дослідження (ГД1, жін.) увійшла 101 жінка (всі не мали дітей), у другу групу (ГД2, жін.) – 118 жінок, які мали одну дитину або більше. Також у процесі дослідження було обстежено групу чоловіків (219 осіб), одружених з пацієнтками. З них було утворено відповідні групи: ГД1, чол. (до її складу увійшов 101 чоловік) та ГД2, чол. – 118 чоловіків. Дослідження проводилось протягом 2010–2016 рр. на базі КУ «Одеський обласний центр психічного здоров'я».

Діагностика сімейних стосунків проводилася за допомогою тестів-опитувальників В. Століна, Т. Романової, Г. Бутенко «Задоволеність шлюбом»; батьківського ставлення Варги–Століна та методики PARI (Parental Attitude Research Instrument). Дослідження якості життя вивчалось за допомогою методики Й.Е.Меззіч, Н.Цоген, М.Руїперез, Й.Ліу, Г.Іоон, 1999 р. [6].

Статистична обробка отриманих даних виконувалася за допомогою програм Excel та статистичного пакету Statistica 7.0. for Windows; також використовувалися

t-критерій Стьюдента, U-критерій Манна-Уїтні,  $\phi$ -критерій Фішера. В усіх випадках порівнянь була визначена ймовірність розходжень «р». Розходження враховувалися як статистично значимі при  $p \leq 0,05$ .

### Результати дослідження та їх обговорення

У рецидивуванні захворювання і соціальному функціонуванні хворих істотна роль належить внутрішньо-сімейним факторам. Так, неправильне сприйняття захворювання родичами (насамперед, чоловіком) може призводити до негативних паттернів їхньої поведінки відносно хворого. Не менш шкідлива й відсутність розуміння родиною тієї обставини, що порушення поведінки близької людини пов'язана саме з хворобою – це призводить до подовження періоду «нелікованого психозу», а після виписки зі стаціонару – до передчасного припинення рекомендованої медикamentозної терапії (а іноді й до дисциплінарних заходів до хворого), що сприяє виникненню чергового рецидиву [7].

При цьому треба мати на увазі, що внутрішньо-сімейні чинники можуть надавати двоякого впливу. Він може бути негативним у разі неправильного сприйняття хвороби пацієнтом та його родичами, і в такому випадку сприятиме черговому рецидиву. Але може мати й сануючу дію – завдяки формуванню соціальної підтримки, тобто форми допомоги в подоланні вимог, що пред'являється оточенням особистості, – і це позитивно позначається на адаптації пацієнта [8–10].

Тому на першому етапі дослідження ми приділили увагу оцінці якості життя жінок, які перенесли психотичний епізод, та їхніх чоловіків. Дані щодо розподілу кількості досліджених за окремими шкалами показника якості життя у жінок з первинним психотичним епізодом та їхніх чоловіків наведено у табл. 1–2.

Жінки (табл. 1) груп дослідження ГД1 (жінки) та ГД2 (жінки) відзначали зменшення загального показника якості життя. Найбільше зниження стосувалося шкал «психологічне/емоційне благополуччя» (ГД1, жін. – 3,10 бали; ГД2, жін. – 3,30 бали), «самореалізація» (ГД1, жін. – 3,50 бали; ГД2, жін. – 3,40 бали), «духовна реалізація» (ГД1, жін. – 3,60 бали; ГД2, жін. – 3,60 бали), «громадська та службова підтримка» (ГД1, жін. – 3,90 бали; ГД2, жін. – 3,70 бали).

Оцінка якості життя проводилась також у групах чоловіків (табл. 2). Показники за

окремими шкалами – складовими якості життя – в групах чоловіків також були зниженими, проте дещо вищими порівняно з жінками. Найменші значення зареєстровано за показниками «загального сприйняття якості життя» (ГД1, чол. – 4,10 бали; ГД2, чол. – 4,00 бали), «духовної реалізації» (ГД1, чол. – 4,30 бали; ГД2, чол. – 4,10 бали), «пси-

Таблиця 1

### Розподіл досліджених жінок, які перенесли первинний психотичний епізод, за рівнем якості життя ( $M_e$ ), бали

Шкали	ГД 1, жін. (n=101)	ГД 2, жін. (n=118)
Фізичне благополуччя	4,30	4,10
Психологічне/емоційне благополуччя	3,10	3,30
Самообслуговування та незалежність у діях	5,20	5,00
Працездатність	5,10	5,30
Міжособистісна взаємодія	4,60	4,40
Соціоемоційна підтримка	3,80	4,00
Громадська та службова підтримка	3,90	3,70
Самореалізація	3,50	3,40
Духовна реалізація	3,60	3,80
Загальне сприйняття якості життя	3,40	3,50

Таблиця 2

### Розподіл досліджених чоловіків жінок, які перенесли первинний психотичний епізод, за рівнем якості життя ( $M_e$ ), бали

Шкали	ГД 1, чол. (n=101)	ГД 2, чол. (n=118)
Фізичне благополуччя	4,60	4,70
Психологічне/емоційне благополуччя	4,00	4,10
Самообслуговування та незалежність у діях	5,50	5,40
Працездатність	5,40	5,60
Міжособистісна взаємодія	4,80	4,70
Соціоемоційна підтримка	4,30	4,20
Громадська та службова підтримка	4,40	4,50
Самореалізація	4,20	4,30
Духовна реалізація	4,30	4,10
Загальне сприйняття якості життя	4,10	4,00

хологічного/емоційного благополуччя» (ГД1, чол. – 4,00 бали; ГД2, чол. – 4,10 бали), «соціоемоційної підтримки» (ГД1, чол. – 4,30 бали; ГД2, чол. – 4,20 бали).

Таким чином, як жінки після первинного психотичного епізоду, так і їхні чоловіки відзначали зниження загального показника якості життя, при цьому найнижчі дані в осіб обох статей – за шкалами «психологічне/емоційне благополуччя», «самореалізація», «духовна реалізація». Специфічним для групи жінок було зниження якості життя за шкалою «громадська та службова підтримка». Характерним виключно для груп чоловіків було зниження показників за шкалою «соціоемоційна підтримка».

Наступним етапом було вивчення рівня задоволеності шлюбом у досліджених жінок (табл. 3). За даними табл. 3, більшість жінок з первинним психотичним епізодом оцінювали власні подружні стосунки як не-благополучні (ГД1, жін. – 54,45%, ГД2, жін. – 50,85%). Приблизно третина жінок в кожній із груп характеризували стосунки в шлюбі як «перехідні» (ГД1, жін. – 30,69%, ГД2, жін. – 33,05%). Лише 14,86% жінок ГД1, жін. та 16,10% ГД2, жін. оцінювали свій шлюб як «скоріше благополучний».

Схожі тенденції спостерігалися в групах чоловіків (табл. 4). У ГД1, чол. – 47,52% досліджених характеризували свій шлюб як не-благополучний; в ГД2, чол. аналогічну оцінку власному шлюбу надали 42,38% опитаних. Кількість обстежених чоловіків та жінок, які оцінили взаємини в шлюбі як «перехідні», була майже однаковою і складала в ГД1, чол. 32,67% та 35,59% – в ГД2, чол.

Надалі вивчали установки жінок з первинним психотичним епізодом щодо різних сторін сімейного життя (табл. 5).

В обстежених жінок спостерігалися певні тенденції щодо ставлення до ролі в сім'ї: в обох групах найвищі показники відзначалися за факторами «незадоволеність роллю господині дому» (ГД1, жін. – 15,10 бали, ГД2, жін. – 15,60 бали), «сімейні конфлікти» (ГД1, жін. – 14,50 бали, ГД2, жін. – 13,90 бали), «залежність і несамостійність матері» (ГД1, жін. – 14,80 бали, ГД2, жін. – 15,20 бали), «надмірний авторитет батьків» (ГД1, жін. – 14,90 бали, ГД2, жін. – 14,30 бали).

Сімейний фактор має дуже важливий вплив в контексті організації допомоги пацієнтам з психічними та поведінковими захворюваннями, тому одним із завдань організації комплексної допомоги жінкам з первинним психотичним епізодом на подальших етапах дослідження стала гармонізація подружніх стосунків у родинах пацієнток та підвищення якості життя сім'ї.

Аналіз даних досліджених ГД2, жінок, які мали власних дітей, щодо ставлення матері до дитини дозволив зробити чіткий висновок: у сім'ях жінок, які страждали на первинний психотичний епізод, мали місце порушення емоційного контакту з дитиною. Середнє значення у групі за показником «оптимальний емоційний контакт з дитиною» склало 10,10 бали (найменші показники стосувались підфакторів «вербалізація» (7,80 бали) та «партнерські відносини» (8,10 бали)), а найвище значення було в пацієнток ГД2, жінок за показником «надмірна емоційна дистанція з ди-

Таблиця 3

Розподіл досліджених жінок, які перенесли первинний психотичний епізод, за рівнем задоволеності шлюбом (n, %)

Рівень	ГД1, жін. (n=101)	ГД2, жін. (n=118)
Абсолютно неблагополучний	0/0,00±0,00	0/0,00±0,00
Неблагополучний	9/8,91±2,83	12/10,17±2,78
Скоріше неблагополучний	46/45,54±4,96	48/40,68±4,52
Перехідний	31/30,69±4,59	39/33,05±4,33
Скоріше благополучний	15/14,86±3,54	19/16,10±3,38
Благополучний	0/0,00±0,00	0/0,00±0,00
Абсолютно благополучний	0/0,00±0,00	0/0,00±0,00

Таблиця 4

Розподіл досліджених чоловіків жінок, які перенесли первинний психотичний епізод, за рівнем задоволеності шлюбом (n, %)

Рівень	ГД1, чол. (n=101)	ГД2, чол. (n=118)
Абсолютно неблагополучний	0/0,00±0,00	0/0,00±0,00
Неблагополучний	12/11,88±3,12	15/12,71±3,07
Скоріше неблагополучний	36/35,64±4,77	35/29,67±4,21
Перехідний	33/32,67±4,67	42/35,59±4,41
Скоріше благополучний	18/17,83±3,81	23/19,49±3,65
Благополучний	2/1,98±1,39	3/2,54±1,45
Абсолютно благополучний	0/0,00±0,00	0/0,00±0,00

тиною» – 15,00 балів (найвищий показник стосувався підфактору «дратівливість» – 16,80 бали).

У ГД2, жінок спостерігались амбівалентні тенденції щодо групи підфакторів, які свідчили про надмірну концентрацію на дитині. Так, високі бали було набрано, з одного

Таблиця 5

**Установки досліджених жінок  
щодо сімейного життя (M<sub>e</sub>), бали**

Показники	ГД1, жін. (n=101)	ГД2, жін. (n=118)
<b>СТАВЛЕННЯ ДО РОЛІ В СІМ'І</b>		
Залежність від сім'ї	9,60	9,10
Відчуття самопожертви	12,20	13,00
Сімейні конфлікти	14,50	13,90
Надмірний авторитет батьків	14,90	14,30
Незадоволеність роллю господині дому	15,10	15,60
Байдужість чоловіка, його невключеність у родинні справи	12,80	13,60
Домінування матері	9,00	9,40
Залежність і несамостійність матері	14,80	15,20
<b>СТАВЛЕННЯ МАТЕРІ ДО ДИТИНИ</b>		
<b>Оптимальний емоційний контакт</b>		
Вербалізація	–	7,80
Партнерські стосунки	–	8,10
Розвиток активності дитини	–	11,60
Стосунки між матір'ю та дитиною	–	12,50
<b>Надмірна емоційна дистанція з дитиною</b>		
Суворість, надмірна строгість	–	14,20
Дратівливість	–	16,80
Ухилення від контакта з дитиною	–	14,70
<b>Надмірна концентрація на дитині</b>		
Надмірна турбота, встановлення стосунків залежності	–	10,10
Подолання опору та пригнічення волі	–	13,60
Створення безпеки, побоювання образити	–	16,70
Виключення внутрішньо-сімейних впливів	–	15,20
Пригнічення агресивності	–	10,80
Пригнічення сексуальності	–	12,90
Надмірне втручання в світ дитини	–	15,50
Жага прискорити розвиток дитини	–	12,70

боку, за підфакторами «створення безпеки, побоювання образити» (16,70 бали) та «виключення внутрішньо-сімейних впливів» (15,20 бали), з іншого боку – за підфактором «надмірне втручання в світ дитини» (15,50 бали). Таким чином, можна зазначити, що в обстежених жінок спостерігалися намагання відсторонитись від виховання та розвитку власної дитини та зменшити участь інших членів сім'ї в цьому процесі, й в той же час з боку матері відзначалися авторитаризм, надмірний контроль та пригнічення волі дитини.

Наступним етапом роботи було вивчення типів ставлення батьків до дитини у сім'ях, де дружина перенесла первинний психотичний епізод (табл. 6).

Таблиця 6

**Типи батьківського ставлення  
до дитини (M<sub>e</sub>), бали**

Шкали	ГД2, жін. (n=118)	ГД2, чол. (n=118)
Відторгнення	10,30	13,80*
Кооперація	3,20	4,90*
Симбіоз	2,90	4,60*
Контроль	3,40	5,00*
Інфантилізація	7,20	6,30

**Примітка:**

\* – різниця між групами є достовірною ( $p \leq 0,05$ ).

Низькі бали за шкалою кооперації (ГД2, жін. – 3,20 бали, ГД2, чол. – 4,90 бали) ( $p \leq 0,05$ ) відображали відсутність інтересу до того, що цікавить дитину, а також свідчили про низьку оцінку здібностей дитини, придушення її самостійності та ініціативи. Зниження показників за шкалою симбіозу в групі жінок (ГД2, жін. – 2,90 бали), свідчило про те, що мати встановлювала значну психологічну дистанцію між собою і дитиною, мало про неї піклувалася. Показник за цією шкалою у групі чоловіків був дещо вищим (ГД2, чол. – 4,60 бали), що говорило про тісніший зв'язок між батьком та дитиною порівняно з материнсько-дитячими стосунками ( $p \leq 0,05$ ).

У групі жінок, які мали дітей, було отримано низькі бали за шкалою контролю (ГД2, жін. – 3,40 бали), що свідчило про практично повну відсутність контролю за дитиною з боку матері. Водночас відповідний показник у групі чоловіків досягав середнього значення з тенденцією до підвищення (ГД2, чол. – 5,00 балів), що виявляло схильність

батька до авторитарності у стосунках з дитиною ( $p \leq 0,05$ ).

Високі бали, отримані в ГД2, жінок та ГД2, чоловіків за шкалою інфантілізації свідчили про те, що дорослі вважали дитину маленьким невдахою, а інтереси, захоплення, думки і почуття дитини здавалися батькам несерйозними та ігнорувалися.

### Висновки

Проведене дослідження показало, що у жінок, які перенесли первинний психотичний епізод, відзначається зниження загального показника якості життя. Це проявляється у відсутності психологічного та емоційного благополуччя, у недостатній само- та духовній реалізації, у дефіциті підтримки з боку близьких. Більшість жінок

не задоволена своїми стосунками у шлюбі, роллю у житті сім'ї та власною несамостійністю. У жінок, які мають дітей, відзначалося порушення емоційного контакту з дитиною.

У чоловіків жінок, які перенесли психотичний епізод, також спостерігалось зниження загального показника якості життя, але для них типовою була нестача емоційної підтримки з боку дружини та оточуючих. Більша частина чоловіків, як і жінки, вважали свій шлюб неблагополучним; у стосунках з дітьми проявляли авторитарність, вважали дитину невдахою та практично не цікавилися її життям.

Отже, результати дослідження свідчать про необхідність психологічної допомоги жінкам, які перенесли первинний психотичний епізод, та їх сім'ям.

### Література

1. Жариков Н. М. Влияние социальных факторов на распространенность шизофрении и ее течение / Н. М. Жариков, Е. Д. Соколова // Журн. невропатол. и психиатр, им. С. С. Корсакова. – 1989. – № 5. – С. 63–66.
2. Гурович И. Я. Выздоровление при шизофрении. Концепция «Recovery» / И. Я. Гурович, Е. Б. Любов, Я. А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18. – № 2. – С. 7–14.
3. Лемак М. В. Методичне видання психологу для роботи. Діагностичні методики / М. В. Лемак, В. Ю. Петрище. – Ужгород: Видавництво Олександрії Гаркуші, 2011. – 213 с.
4. Кьюперс Л. Шизофрения. Работа с семьями: практическое руководство. /Л. Кьюперс, Дж. Лефф, Д. Лэм; пер. с англ. – Амстердам-Киев, 1996. – 128 с.
5. Психология семейных отношений с основами семейного консультирования / [под ред. Е. Г. Силяева]. – М.: Академия, 2002. – 312 с.
6. Психологические тесты / [сост. С. Касьянов]. – М.: Эксмо, 2006. – 608 с.
7. Друсс И. Эффективность психосоциальной реабилитации / И. Друсс // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – № 1. – С. 100–104.
8. Аширбеков Б. М. Социальное функционирование и качество жизни больных с постшизофреническими депрессиями / Б. М. Аширбеков // Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2008. – Т. XIV. – № 1. – С. 37–53.
9. Addington J. Neurocognitive and social functioning in schizophrenia and other diagnoses / J. Addington, D. Addington, L. Gasbarre // Schizophr Res. – 2001 – Vol. 48(2–3) – P. 367–368.
10. Askey R. Family work in first-onset psychosis: a literature review / R. Askey, C. Gamble, R. Gray // J. Psychiatric Mental Health Nursing. – 2007. – Vol. 14, № 4. – P. 356–365.

### References

1. Zharikov N. M., Sokolova E. D. Vliyanie sotsial'nykh faktorov na rasprostranennost' shizofrenii i ee techenie [The impact of social factors on the prevalence of schizophrenia and its course]. Zhurnal neuropatologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova [Journal of Neuropathology and Psychiatry of S. S. Korsakov], 1989, no. 5, pp. 63–66. (In Russ.)
2. Gurovich I. Ya., Lyubov E. B., Storozhakova Ya. A. Vyzdorovlenie pri shizofrenii. Kontseptsiya «Recovery» [Recovery in schizophrenia. «Recovery» Concept]. Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya [Social and clinical psychiatry], 2008, vol. 18, no. 2, pp. 7–14. (In Russ.)
3. Lemak M. V., Petryshhe V. Ju. Metodichne vydannja psyhologu dlja roboty. Diagnostychni metodyky [Methodical publication psychologist to work. Diagnostic techniques]. Uzhgorod, Publish. House of Alexandra Harkusha, 2011, 213 p. (In Ukr.)
4. K'yupers L., Leff Dzh., Lem D. Shizofreniya. Rabota s sem'yami: Prakticheskoe rukovodstvo [per. s angl.] [Schizophrenia. Working with families: A Practical Guide [translated from English.]]. Amsterdam, Kiev, 1996, 128 p. (In Russ.)
5. Psikhologiya semeynykh otnosheniy s osnovami semeynogo konsul'tirovaniya [pod red. E. G. Si-
- lyayeva] [Psychology of family relations with the basics of family counseling [ed. EG Silyayeva]]. Moscow, Academy Publ., 2002, 312p. (In Russ.)
6. Psikhologicheskie testy [sost. S. Kas'yanov] [Psychological tests [comp. S. Kasyanov]]. Moscow, Eksmo Publ., 2006, 608 p. (In Russ.)
7. Druss I. Effektivnost' psikhosotsial'noy reabilitatsii [Efficacy of psychosocial rehabilitation]. Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya [Social and clinical psychiatry], 2005, no. 1, pp. 100–104. (In Russ.)
8. Ashirbekov B. M. Sotsial'noe funktsionirovanie i kachestvo zhizni bol'nykh s postshizofrenicheskimi depressiyami [Social functioning and quality of life Patients with post-schizophrenic depression]. Voprosy mental'noy meditsiny i ekologii [Questions of mental medicine and ecology], 2008, vol. 14, no. 1, pp. 37–53. (In Russ.)
9. Addington J., Addington D., Gasbarre L. Neurocognitive and social functioning in schizophrenia and other diagnoses. Schizophr Res., 2001, vol. 48(2–3), pp. 367–368.
10. Askey R., Gamble C., Gray R. Family work in first-onset psychosis: a literature review. J. Psychiatric Mental Health Nursing, 2007, vol. 14, no. 4, pp. 356–365.

## НАРУШЕНИЕ СЕМЕЙНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА

К. В. Аймедов<sup>1</sup>, В. В. Баскина<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины, м. Одесса, Украина

<sup>2</sup>КУ «Одесский областной медицинский центр психического здоровья», м. Одесса, Украина

**Аннотация.** Современные авторы считают, что манифест психического заболевания влияет на все аспекты жизни семьи и представляет собой тяжелый психоэмоциональный стресс, связанный с началом заболевания, потерей кратковременных и долговременных планов на будущее, с трудностями ухода за пациентом и возрастанием финансовой нагрузки, а также с уменьшением социальной активности и самостигматизацией. В статье авторами представлены результаты исследования, целью которого было выявление нарушений в семейном функционировании женщин, перенесших первичный психотический эпизод (с 2010 по 2016 год было обследовано 219 таких пациенток и их мужья). Исследование включало в себя оценку качества жизни пациенток, диагностику семейных отношений, определение уровня удовлетворенности браком и отношения к родительской роли. Проведенное исследование показало, что у женщин, перенесших первичный психотический эпизод, наблюдаются общее снижение качества жизни, недовольство своими отношениями в браке, ролью в жизни семьи и своей несамостоятельностью. У женщин, имеющих детей, отмечалось нарушение эмоционального контакта с ребенком.

**Ключевые слова:** первичный психотический эпизод, нарушения семейного функционирования, психические расстройства у женщин.

## VIOLATION OF WOMEN FAMILY FUNCTIONING AFTER SUFFERING A PSYCHOTIC EPISODE

C. V. Aymedov<sup>1</sup>, V. V. Baskina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Odessa National Medical University, Ministry of Health of Ukraine, Odessa, Ukraine

<sup>2</sup>Public Institution "Odessa Regional Medical Center for Mental Health", Odessa, Ukraine

**Summary.** Modern authors considered that manifest mental illness affects all aspects of family life and is a heavy psycho-emotional stress associated with the onset of disease, loss of short-term and long-term plans for the future challenges of patient care, financial stress, a decrease in social activity. In the present article, the authors present the results of the research whose purpose was to detect disturbances in the functioning of a family of women who have had a primary psychotic episode. Between 2010 and 2016, we examined 219 women who underwent first psychotic episode, and their husbands. The first group included 101 women who have no children, and the second group consisted of 118 women who have a child. The studying included an assessment of the quality of life of patients, diagnosis of family relationships, the level of satisfaction with marriage and definitions related to the parental role. The studying showed that women who have had a primary psychotic episode, have got general decline in the quality of life, dissatisfaction with their relationship in marriage, role in family life and its lack of independence. Women with children have got violations of emotional contact with the child.

**Key words:** primary psychotic episode, violation of family functioning, mental disorders in women.

**Аймедов Костянтин Володимирович** – д.мед.н., професор, Одеський національний медичний університет МОЗ України, м. Одеса, Україна; e-mail: psyhotip@gmail.com.

**Аймедов Константин Владимирович** – д.м.н., професор, Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины, г. Одесса, Украина; e-mail: psyhotip@gmail.com.

**Constantin V. Aymedov** – MD, professor, Odessa National Medical University, Ministry of Health of Ukraine, Odessa, Ukraine; e-mail: psyhotip@gmail.com.

**Баскина Вікторія Вікторівна** – КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я», завідувач відділенням, м. Одеса, Україна; e-mail: v\_baskina@mail.ua.

**Баскина Виктория Викторовна** – КУ «Одесский областной медицинский центр психического здоровья», заведующая отделением, г. Одесса, Украина; e-mail: v\_baskina@mail.ua.

**Viktoriia Baskina** – Public Institution "Odessa Regional Medical Center for Mental Health", Head of Department, Odessa, Ukraine; e-mail: v\_baskina@mail.ua.