

УДК 616.89-053.26:314.6:159.9- АПМТ-№3

## ОСОБЛИВОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ СІМЕЙНОЦЕНТРОВАНОЇ СИСТЕМИ СУПРОВОДУ ЖІНОК З ПЕРВИННИМ ПСИХОТИЧНИМ ЕПІЗОДОМ ТА АНАЛІЗ ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ

**Баскіна В.В.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса*

В області сучасної психіатрії, актуальним залишається питання супроводу жінок, які перенесли первинний психотичний епізод. Автором проведено дослідження, та виявлено дезадаптивні характеристики та закономірності формування порушень сімейного функціонування жінок з первинним психотичним епізодом. У наведеній статті, автором представлено аналіз досвіду впровадження власного, комплексу психосоціального супроводу даної категорії жінок, спрямованого на їх родину.

**Ключові слова:** *первинний психотичний епізод, шизофренія, дезадаптивні характеристики, сімейноцентрований підхід.*

### Вступ

Сучасний стандарт надання психіатричної допомоги ґрунтується на біопсихосоціальній моделі терапії. Її завданням є не тільки купірування психопатологічної симптоматики [2, 6, 14]. Ширші завдання соціального відновлення пацієнта, підтримки його подальшого зростання стають значущими вже при перших психотичних епізодах, коли пацієнт і його сім'я переживають глибокий психоемоційний стрес, відбувається порушення самоідентичності пацієнта, серйозні психологічні та соціальні втрати, зміна системи внутрішньосімейної взаємодії [3, 7, 16].

При першому психотичному епізоді (ППЕ) існують три терапевтичних вектора впливу, які спрямовані на досягнення наступних цілей: біологічний (психофармакологічний), спрямований на корекцію нейромедіаторних порушень в головному мозку; психотерапевтичне втручання, спрямоване на зміну дезадаптивних психологічних механізмів хворого і соціальна інтервенція при роботі з сім'ями пацієнтів [5, 10]. Під первинним психотичним епізодом розуміються перші три напади (загострення) у хворих на шизофренію і розладами шизофренічного спектру, при цьому термін захворювання не більше п'яти років від

початку психотичного дебюту, з соціально збереженими установками і позитивним ставленням до лікування [7, 17].

Доведено, що поєднання оптимальної фармакотерапії з сімейно-орієнтованими впливами, в які включений, щонайменше, один родич пацієнта, на якого лягає найбільше навантаження (фізична, емоційна, фінансова) по догляду за пацієнтом і знаходиться в контакті з ним, демонструє найбільш позитивний вплив на соціальне функціонування пацієнта [8, 15]. Робота з родичами пацієнта дозволяє знизити стрес і навантаження на сім'ю (яка виявляється в емоційних, фізичних, фінансових та інших перевантаженнях, випробовуваних членами сім'ї) і зменшити стигму психічного розладу [2, 4].

### Матеріали та методи дослідження

До дослідження було включено 219 жінок, які мали встановлений діагноз «Гострий поліморфний психотичний розлад без симптомів шизофренії» (F23.0). Загальну кількість жінок було розділено на дві групи дослідження за фактом наявності або відсутності дітей в родині: так, до ГД1(жін.) увійшла 101 жінка, яка не мала дітей, до ГД2(жін.) було включено 118 жінок з первинним психотичним епізодом в родинях яких були діти. Відповідно до теми, мети та

завдань дослідження, в коло нашої уваги потрапили також чоловіки обстежених жінок, тому, в дослідженні прийняли участь дві групи чоловіків, які склали подружжя з обстеженими жінками: ГД1(чол.) – 101 чоловік з родин без дітей, ГД2(чол.) – 118 чоловіків, які мали спільних дітей з обстеженими жінками. З метою перевірки гіпотези про більшу ефективність супроводу, спрямованого на родину, на етапі оцінки ефективності корекційної програми, сформовані раніше групи було розділено на основні та групи порівняння, в результаті чого, утворились дві основні групи жінок і чоловіків без дітей (ОГ1(жін.) та ОГ1(чол.)) та дві основних групи жінок і чоловіків з дітьми (ОГ2(жін.) та ОГ2(чол.)). В основних групах було проведено супровід спрямований на родину. У відповідних чотирьох групах порівняння (ГП1(жін.) та ГП1(чол.) ГП2(жін.) та ГП2(чол.)) було проведено супровід, спрямований виключно на пацієнта, в якому участь членів родини не було передбачено.

На другому етапі було проведено психодіагностичні обстеження в створених групах дослідження. В дослідженні використовували соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, катamnестичний, статистичний методи.

Для вивчення психоемоційних особливостей жінок після перенесеного психотичного епізоду нами було застосовано шкалу HADS/HARS для виявлення тривоги, депресії та тест Баса-Дарки, який допоміг визначити рівень агресивності [12]. Особистісні особливості даної категорії пацієнтів визначались за допомогою методик «Самовідношення» В. Століна, С. Пантїлєєва, акцентуацій характеру К. Леонгарда-Г. Шмішека та Торонтської алекситимічної шкали (TAS) [13]. Діагностика сімейних стосунків проводилась за допомогою тесту-опитувальника В. Століна, Т. Романової, Г. Бутенко «Задоволеність шлюбом», тесту-опитувальника батьківського ставлення А. Варги-В. Століна, методики

PARI (Parental Attitude Research Instrument) [13].

Дослідження якості життя проводилось з використанням методики Mezzich, Coher, Ruipezer, Liu & Yoon, 1999 [13].

Катamnестичний метод був застосований для вивчення ефективності розробленої системи психокорекції за допомогою оцінки психічного статусу пацієнтів, бесід з їх родичами та оточуючими особами, й проведенням аналізу доступної медичної документації.

Статистична обробка отриманих даних та побудова діаграм виконувалась за допомогою програм Excel та статистичного пакету «Statistica 7.0. for Windows», а також проводилась за допомогою t-критерія Ст'юдента, U-критерія Манна-Уїтні, j-критерія Фішера та  $\chi^2$ -критерія Пірсона. В усіх випадках порівнянь була визначена ймовірність розходжень «р». Розходження враховувались, як статистично значимі при  $p < 0,05$ .

**Мета** даної роботи заключалась у вивченні індивідуально-психологічних особливостей та закономірностей формування порушень сімейного функціонування у жінок після перенесеного психотичного епізоду та розробці комплексної системи їх психокорекції, на основі системного підходу.

#### **Результати та їх обговорення**

Проведене психодіагностичне дослідження дозволило визначити дезадаптивні характеристики, які були притаманними жінкам, що перенесли первинний психотичний епізод на психоемоційному, особистісному та психосоціальному рівнях (табл. 1).

У 100,00 % жінок, які перенесли первинний психотичний епізод, відмічались прояви дезадаптації, які проявлялись на психоемоційному, особистісному або на психосоціальному рівнях. Основними проявами дезадаптації у психоемоційній сфері були: підвищений рівень агресивності (81,28 %), високий рівень ворожості (74,89 %), високий

Таблиця 1

Розподіл основних показників, що впливають на формування психосоціальної дезадаптації жінок, які перенесли первинний психотичний епізод, (%)

Рівень	Дезадаптивні показники (n=219)	%
Психоемоційний	підвищений рівень агресивності (сер. б. – 64,5)	81,28
	високий рівень ворожості (сер. б. – 89,1)	74,89
	високий або середній рівень депресії	74,43
	високий рівень тривоги	60,27
Особистісний	«алекситимічний» тип особистості	91,32
	очікування негативного ставлення від інших	80,37
	зниження рівня самоповаги	74,89
	зниження рівня аутосимпатії	73,52
	зниження самоінтересу	68,95
	педантичний тип акцентуації	15,98
	«застягаючий» тип акцентуації	15,07
	гіпертимічний тип акцентуації	13,70
	збудливий тип акцентуації	13,24
	демонстративний тип акцентуації	12,79
Психосоціального	зниження рівня якості життя	92,69
	порушення дитячо-батьківських відносин (враховувалась виключно кількість жінок, які мали дітей, n=118)	85,59
	порушення відношення до сімейної ролі	64,38
	неблагополучні подружні стосунки	52,51

або середній рівень депресії (74,43 %), високий рівень тривоги (60,27 %). Серед дезадаптивних особливостей особистісної сфери найбільшу вагу мали наступні: «алекситимічний» тип особистості (91,32 %); негативні особливості самовідношення, а саме: очікування негативного ставлення від інших (80,37 %), зниження рівня самоповаги (74,89

%), зниження рівня аутосимпатії (73,52 %), зниження самоінтересу (68,95 %); акцентуації характеру (70,78 %) переважно педантичного (15,98 %), «застягаючого» (15,07 %), гіпертимічного (13,70 %), збудливого (13,24 %) та демонстративного (12,79 %) типів. Серед психосоціальних особливостей, які були притаманними дослідженим жінкам, визначались порушення дитячо-батьківських відносин (85,59 %) та подружніх стосунків (64,38 %), а також зниження загального рівня якості життя (92,69 %).

Дезадаптивні особливості, які були виявлені в процесі дослідження, стали мішенями психокорекційного впливу та були враховані при побудові програм психосоціального супроводу жінок з первинним психотичним епізодом.

У ході дослідження було розроблено дві програми психосоціального супроводу жінок з первинним психотичним епізодом: супровід, спрямований на пацієнта та його родину (рис.1) та супровід, спрямований виключно на пацієнта, які проводились на стаціонарному і амбулаторному етапах лікування.

Нашою гіпотезою, на даному

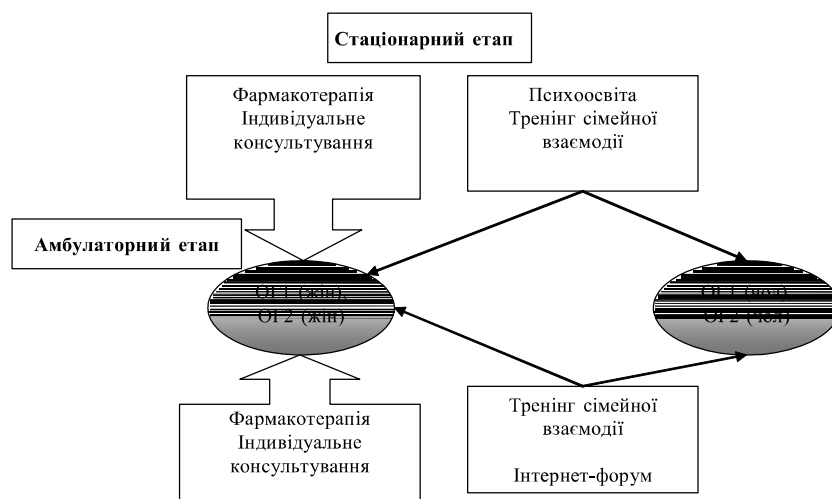


Рис. 1. Супровід, спрямований на родину

Таблиця 2 му етапах лікування.

Ефективність заходів психосоціального супроводу, (сер. бал)

Критерії оцінки		ОГ1 (жін.), n=53	ОГ2 (жін.), n=61	ГП1 (жін.), n=48	ГП2 (жін.), n=57
<i>Психоемоційний рівень</i>					
індекс ворожості	до	87,1	87,0	88,8	88,9
	після	62,3	62,5	76,8	76,9
індекс агресивності	до	64,5	63,0	63,8	63,0
	після	43,7	43,4	55,0	54,7
депресивність	до	5,3	5,4	5,6	5,3
	після	1,0	1,1	2,6	3,1
тривожність	до	6,2	6,2	6,3	6,1
	після	2,4	2,5	5,1	5,3
<i>Особистісний рівень</i>					
самоповага	до	26,8	25,9	29,5	28,4
	після	34,2	33,7	31,1	30,5
аутосимпатія	до	25,4	27,5	23,2	25,8
	після	33,6	34,1	26,3	27,6
очікуване ставлення від інших	до	28,4	29,9	31,7	32,5
	після	35,8	34,9	33,1	34,0
самоінтерес	до	27,4	24,9	26,1	26,4
	після	36,3	35,4	29,5	29,6
алекситимічні тенденції	до	78,1	77,3	75,9	76,6
	після	41,2	42,6	69,6	70,3
<i>Психосоціальний рівень</i>					
рівень задоволеності шлюбом	до	26,3	25,9	27,1	27,8
	після	31,4	33,6	28,2	28,4
рівень якості життя	до	3,5	3,6	3,4	3,5
	після	5,6	5,7	3,9	4,0
відношення до сімейної ролі	до	11,5	11,8	11,2	11,6
	після	8,6	8,9	10,7	10,8
оптимальний емоційний контакт з дитиною	до	-	10,1	-	10,2
	після	-	13,7	-	1,9
надмірна емоційна дистанція з дитиною	до	-	14,9	-	15,1
	після	-	9,8	-	13,4
надмірна концентрація на дитині	до	-	13,1	-	12,9
	після	-	9,7	-	11,8

Динамічні зміни отримані в групах досліджених жінок, на етапі після терапії, було ретельно проаналізовано та структуровано і представлено у вигляді наступної табл. 2.

В основних групах відмічались позитивні зміни щодо дезадаптивних характеристик на психоемоційному, особистісному та психосоціальному рівнях. В групі психоемоційних характеристик відбулося зменшення показників: ворожості (на 24,8 бали в ОГ1 (жін.) та 24,5 бали в ОГ2 (жін.)), агресивності (на 20,8 бали в ОГ1 (жін.) та 19,6 бали в ОГ2 (жін.)), депресивності (на 4,3 бали в ОГ1 (жін.) та 4,3 бали в ОГ2

етапі, було припущення про те, що ефективна допомога жінкам з первинним психотичним епізодом повинна мати сімейно-центрований характер та включати членів родини до процесу надання допомоги пацієнткам даної категорії. Тому, ми передбачали, що авторський супровід спрямований на родину, виявиться більш ефективним у порівнянні з пацієнт-центрованим супроводом. На останньому етапі дослідження, за допомогою психодіагностичного ретестування, було оцінено ефективність проведених заходів супроводу жінок з первинним психотичним епізодом на стаціонарному та амбулаторно-

(жін.), тривожності (на 3,8 бали в ОГ1 (жін.) та 3,7 бали в ОГ2 (жін.)).

На особистісному рівні у жінок, яких було включено до основних груп дослідження відмічалось підвищення рівнів самоповаги (на 7,4 бали в ОГ1 (жін.) та 7,8 бали в ОГ2 (жін.)), аутосимпатії (на 8,2 бали в ОГ1 (жін.) та 6,6 бали в ОГ2 (жін.)), очікуваного ставлення від інших (на 7,4 бали в ОГ1 (жін.) та 5,0 балів в ОГ2 (жін.)), самоінтересу (на 8,9 бали в ОГ1 (жін.) та 10,5 бали в ОГ2 (жін.)). Також, в основних групах достовірно зменшились прояви алекситимії: в ОГ1 (жін.) – на 36,9 бали, в ОГ21 (жін.) – на 34,7 бали.

На психосоціальному рівні, в результаті надання комплексної допомоги жінкам, які перенесли первинний психотичний епізод, відмічалось зростання рівня задоволеності шлюбом (на 5,1 бали в ОГ1 (жін.) та 7,7 бали в ОГ2 (жін.)) та якості життя (на 2,1 бали в ОГ1 (жін.) та 2,1 бали в ОГ2 (жін.)) та зменшувався показник за фактором негативного відношення до сімейної ролі (на 2,9 бали в ОГ1 (жін.) та 2,9 бали в ОГ2 (жін.)). В ОГ2 (жін.) відмічались також позитивні зміни щодо показників дитячо-батьківських відносин: так, збільшились значення за фактором «оптимальний емоційний контакт з дитиною» – 3,6 бали, та зменшились показники за факторами «надмірна емоційна дистанція з дитиною» – на 5,1 бали та «надмірна концентрація на дитині» – на 3,4 бали.

Результати, отримані в групах порівняння, на етапах до та після терапії, також було зіставлено між собою, а також з відповідними результатами, отриманими в основних групах. Після аналізу даних, маємо можливість стверджувати, що впровадження авторського супроводу, спрямованого на родину, є достовірно більш ефективним у порівнянні з супроводом, спрямованим на пацієнта та дозволяє досягти зменшення рівня дезадаптації жінок після перенесеного первинного психотичного епізоду на психоемоційному, особистісному та психосоціальному рівнях (різниця між ОГ1(жін.) та ГП1(жін.) є достовірною,  $p < 0,05$ ; різниця між ОГ2 (жін.) та ГП2(жін.) також є достовірною,  $p < 0,05$  ).

Відмічені позитивні зміни, які відбулися в ГП1(жін) та ГП2(жін) на етапі після терапії не були достовірними ( $p > 0,05$ ).

Таким чином, слід зазначити, що розроблена та впроваджена сімейно-центрована система супроводу жінок з первинним психотичним епізодом є ефективною та дозволяє досягти покращення психоемоційного стану пацієнток, підвищити самооцінку, знизити алекситимічні тенденції, сформувані адаптивні патерни поведінки, покращи-

ти рівень взаємодії в подружжі, гармонізувати дитячо-батьківські відносини в родині, підвищити рівень загальної адаптації та якості життя.

#### Висновки

1. У 100,00 % жінок, які перенесли первинний психотичний епізод, відмічались прояви дезадаптації, які проявлялись на психоемоційному, особистісному або на психосоціальному рівнях. Основними проявами дезадаптації у психоемоційній сфері були: підвищений рівень агресивності (81,28 %), високий рівень вожовості (74,89 %), високий або середній рівень депресії (74,43 %), високий рівень тривоги (60,27 %).
2. З урахуванням дезадаптивних характеристик у жінок з первинним психотичним епізодом, було визначено мішені психокорекційного впливу та побудовано дві програми психосоціального супроводу – спрямованого на пацієнта та спрямованого на родину.
3. В результаті проведеної терапії, в основних групах, в яких проводився супровід, спрямований на родину, відмічались достовірні позитивні зміни щодо дезадаптивних характеристик на психоемоційному, особистісному та психосоціальному рівнях у 96,4 % обстежених жінок основних групи ( $p < 0,05$ ). Ці зміни були достовірно вагомішими у порівнянні з групами жінок, в яких проводився супровід, спрямований на пацієнта, що доводить доцільність та ефективність впроваджених сімейно-центризованих заходів.

#### Література

1. Абрамов В. А. Первый психотический эпизод и проблемы медикосоциальной реабилитации больных / В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, И.И. Кислицкая // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2005. – № 1(15). – С. 3-9.
2. Антохин Е.Ю. Копинг-поведение у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом и его динамика в процес-

- се психообразования / Е.Ю. Антохин, В.Г. Будза, М.В. Горбунова // Соц. и клин. Психиатрия. – 2008. “ № 3. “ с. 5-12.
3. Бачериков А.М. Аутоагресивна поведінка у хворих з першим психотичним епізодом (діагностика, клініка, лікування) / А.М. Бачериков, І.Г. Мудренко // Український вісник психоневрології. “ 2007. “ Том 15, Вип. 3 (52). “ С. 30-33.
  4. Відділення первинного психотичного епізоду “ практичний досвід організації / [В.А. Демченко, Н.В. Царенюк, В.В. Зозуля, С.О. Малярів] // Український вісник психоневрології. “ 2009. “ Вип. 1. “ С. 41-43.
  5. Кожина А.М. Современные подходы к реабилитации больных шизофренией / А.М. Кожина, В.Е. Кристаль, Е.И. Сухоиванова // Таврический журнал психиатрии. – 2012.– Том 16, вип. 2 (59). – С. 35.
  6. Коцюбинский А.П. Психопатология и качество жизни при шизофрении / А.П. Коцюбинский, О.В. Лапшин, С.В. Пхиденко / / Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – №4. – С.32-36.
  7. Марута Н.О. Екзистенційно-гуманістична психотерапія у системі функціонального відновлення хворих з першим психотичним епізодом: метод. рек. / Н.О. Марута. “ К., 2013. “ 36с.
  8. Марута Н. А. Комплекс психосоциальных тренингов для пациентов с первым психотическим эпизодом : метод. пособие / Н. А. Марута, И. А. Явдак, Г. Ю. Каленская. – Харьков, 2010. – 95 с.
  9. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Глава 5 (Психиатрия). / Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина – Киев, изд.: Сфера, 2005. – 307 с.
  10. Методичні рекомендації «Роль сім'ї у відновленні людини з проблемою психічного здоров'я» / за ред. М.Л.Авраменка. “ К.: Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів, 2009. “ 72 с.
  11. Первинний психотичний епізод: діагностика, фармакотерапія та психосоціальна реабілітація (методичні рекомендації) / Н.О. Марута, Л.М. Юр'єва, Т.В. Панько. – Харків, 2010. – 31с
  12. Психологические тесты / [сост. С. Касьянов]. “ М.: Изд-во Эксмо, 2006. “ 608 с.
  13. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский. – Самара: «Бахрах-М», 2002. – 672 с.
  14. Addington J. Outcome after discharge from an early psychosis program. / J. Addington, D. Addington // Schizophr Res. – 2008. – Vol.106 (2-3) – P.363-366.
  15. Almatura A.C. Duration of untreated psychosis as a predictor of outcome in first-episode schizophrenia: a retrospective study / A.C. Almatura, R. Bassetti, F. Sassella // Schizophr Res. “ 2001.” Vol. 52. “ P.29-36.
  16. Breitbore N. Multifamily psychoeducation for first-episode psychosis: a cost-effectiveness analysis / N. Breitbore, S. Wood // Psychiatr. Serv. “ 2009. Vol. 60. “ P. 1477-1483.
  17. Emsley R.A. Strategies of acute drug treatment in first episode schizophrenia / R.A Emsley // In book of abstracts of international congress of WPA «Treatment in psychiatry: an update». “ Florence, Italy, 2004. “ P. 58.

#### References

1. Abramov V. A. First psychotic episode and problems of medical-and-socials rehabilitation fo the patients // J Psychiatry Med Psychology. – 2005. – № 1(15). – P. 3-9 (Rus.).
2. Antohkin Ye. Yu. Coping-behavior in patients with schizophrenia with the first psychotic episode and its dynamics in the process of psycho formation // Soc clinical psychiatry. – 2008. “ № 3. “ P. 5-12 (Rus.).
3. Bachernikov A. M. Autoaggressive behavior in the patients with the first psychotic episode (diagnostics, clinics and treatment) // Ukr herald for psychoneurology. “ 2007. “ Vol. 15, Iss. 3 (52). “ P. 30-33 (Ukr.).
4. Demchenko V.A. Units of the first psychotic episode- practical experience of organization Відділення первинного психотичного епізоду “ практичний досвід організації // Ibid. “ 2009. “ Iss. 1. “ P. 41-43 (Ukr.).
5. Kozhina A. M. Modern approaches to the rehabilitation of the patients with schizophrenia // Tavria J Psychoneurology. – 2012.– Vol. 16, iss.. 2 (59). – P. 35. (Rus.)
6. Kotsybinsky A. P. Psychopathology and quality of life at schizophrenia // Social and clinical Psychiatry. – 2004. – №4. – P. 32-36 (Rus.).
7. Maruta N. O. Existing-human itarian psychotherapy in the system of functional rehabilitation of the patientns with the first psychotic episode: Method. guidelines. “ Kiev, 2013. “ 36 p (Ukr.).

8. Maruta N. A. Complex of psychosocial trainings for the patients with the first psychotic episode: Med. guideleines. – Kharkov, 2010. – 95 p. (Rus.)
9. MCD (10 ed). Chapter 5 (Psychiatry). / Ed. Yu. L. Nuller. – Kiev: Sphera, 2005. – 307 p. (Rus.)
10. The role of the family in rehabilitation of a person with the problems of mental health: Method. Guides. “ Kiev: All\_ukrainian centre for rehabilitation of disable persons. – Kiev, 2009. “ 72 p. (Ukr.)
11. First psychic episode: diagnosis, pharmacotherapy and social rehabilitation (method. guideleines) / N.O. Maruta, et al.- Kharkov, 2010. – 31 p (Ukr.)
12. Psychological tests. “ Moscow: Eksmo, 2006. “ 608 p. (Rus.)
13. Raygorodsky D. Ya. Practical psychodiagnostics. Methods and tests. – Samara: Bakhrakh -M, 2002. – 672 p. (Rus.)
14. Addington J. Outcome after discharge from an early psychosis program. / J. Addington, D. Addington // Schizophr Res. – 2008. – Vol.106 (2-3) – P.363-366.
15. Almaturo A.C. Duration of untreated psychosis as a predictor of outcome in first-episode schizophrenia: a retrospective study / A.C. Almaturo, R. Bassetti, F. Sassella // Schizophr Res. “ 2001.” Vol. 52. “ P.29-36.
16. Breitbore N. Multifamily psychoeducation for first-episode psychosis: a cost-effectiveness analysis / N. Breitbore, S. Wood // Psychiatr. Serv. “ 2009. Vol. 60. “ P. 1477-1483.
17. Emsley R.A. Strategies of acute drug treatment in first episode schizophrenia / R.A Emsley // In book of abstracts of international congress of WPA «Treatment in psychiatry: an update». “ Florence, Italy, 2004. “ P. 58.

*Впервые поступила в редакцию 10.08.2016 г.  
Рекомендована к печати на заседании  
редакционной коллегии после рецензирования*

### Резюме

#### ОСОБЕННОСТИ ВНЕДРЕНИЯ СИМЕЙНОЦЕНТРИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПЕРВИЧНЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ И АНАЛИЗ ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ

*Баскина В.В.*

В области современной психиатрии, актуальным остается вопрос сопровождения женщин, перенесших первичный психотический эпизод. Автором проведено исследование, и выявлено дезадаптивные характеристики и закономерности формирования нарушений семейного функционирования женщин с первичным психотическим эпизодом. В данной статье, автором представлен опыт внедрения собственного комплекса психосоциального сопровождения данной категории женщин, направленного на их семью.

**Ключевые слова:** *первичный психотический эпизод, шизофрения, дезадаптивные характеристики, семейно-центрированный подход.*

### Summary

#### THE FEATURES OF FAMILY-CENTERED APPROACH SUPPORT IMPLEMENTATION IN WOMEN WITH PRIMARY PSYCHOTIC EPISODE AND ANALYSIS OF ITS EFFICIENCY

*Baskina V.V.*

In the field of modern psychiatry, the question remains about supportive programs to women who have had a primary psychotic episode. The author conducted a study and found maladaptive characteristics and violations in patterns of family functioning in women with a primary psychotic episode. In the article, the author presents the experience of the implementation of its own complex of psychosocial support to this category of women aimed at their families.

**Key words:** *primary psychotic episode, schizophrenia, maladaptive characteristics, family-centered approach.*