УДК 616.895.87-055.52:616-056.2./76

М. О. Дрюченко

ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОДІЇ У СИСТЕМІ МАТИ — ДИТИНА В РОДИНАХ, ДЕ МАТИ ХВОРІЄ НА ШИЗОФРЕНІЮ

М. А. Дрюченко

Особенности взаимодействия в системе мать — ребенок в семье, где мать болеет шизофренией

M. O. Driuchenko

Features interaction in the mother — child in a family where the mother suffers from schizophrenia

Розглянута проблема особливостей дитяче-материнської взаємодії в родинах, де мати хворіє на параноїдну шизофренію. Зроблено висновок, що сучасні літературні дані щодо особливостей відносин у системі мати — дитина у хворих на шизофренію, як і власний клінічний досвід, свідчать про наявність глибоких порушень батьківсько-дитячої взаємодії, асоційованих із захворюванням на шизофренію. Водночас, наявність суперечливостей і неповного висвітлення окремих важливих аспектів цієї проблеми робить актуальним і своєчасним подальше дослідження особливостей материнсько-дитячих відносин у сім'ях, де мати страждає на параноїдну шизофренію.

Ключові слова: дитяче-материнські відносини, дитяче-батьківська взаємодія, параноїдна шизофренія

Рассмотрена проблема особенностей детско-материнского взаимодействия в семьях, где мать болеет параноидной шизофренией. Сделан вывод, что современные литературные данные об особенностях взаимоотношений в системе мать — ребенок у больных шизофренией, как и собственный клинический опыт, свидетельствуют о наличии глубоких нарушений родительско-детского взаимодействия, ассоциированных с заболеванием шизофренией. В то же время, наличие противоречий и неполного освещения отдельных важных аспектов этой проблемы делает актуальным и своевременным дальнейшее исследование особенностей материнско-детских отношений в семьях, где мать страдает параноидной шизофренией.

Ключевые слова: детско-материнские отношения, детско-родительское взаимодействие, параноидная шизофрения

The problem features child-parent interaction in families where the mother suffers from paranoid schizophrenia. It was concluded that current literature data on the specifics of the relationship with the mother — child patients with schizophrenia, as well as own clinical experience, indicate a profound violations of parent-child interactions associated with the disease of schizophrenia. However, the existence of contradictory and incomplete coverage of some important aspects of the problem makes it relevant and timely follow-up study features parent-child relationships in families where the mother suffers from paranoid schizophrenia.

Keywords: parent-child relationships, parent-child interaction, paranoid schizophrenia

Патологія батьківської поведінки, асоційована з психічними розладами, залишається однією з найменш вивчених проблем психології та психіатрії [1].

Розрізняють чотири аспекти проблеми патології батьківської поведінки в контексті наявності психічного захворювання у матері: 1) психічні стани у зв'язку з фрустрацією батьківських почуттів; 2) особливості материнства у акцентуйованих особистостей (переважно в контексті девіантної чи делінквентної поведінки матері щодо дитини у зв'язку із захворюванням); 3) екзацербація чи рецидивування психічних захворювань у відповідності з фазами репродуктивного циклу та пов'язаними з цим ендокринними трансформаціями; 4) власне особливості материнства у психічно хворих. Остання проблема, незважаючи на виняткову важливість та актуальність, залишається найменш розробленою [2].

S. H. Choi et al. (2013) зауважують, що батьківські відносини є фундаментом соціальної взаємодії і важливим чинником у визначенні перебігу шизофренії. На підставі даних функціональної магнітно-резонансної томографії, що проводили під час виконання тесту впізнання, автори зробили висновок про більш виражені позитивні суб'єктивні реакції в системі мати — дитина, пов'язані з нейронною активацією верхньої скроневої борозни і парагіпокампальної звивини; активність у цих зонах також виявилася пов'язаною з виразністю негативної симптоматики та афективної амбівалентності [3].

Реалізація материнської функції в умовах необхідності подолання важкого психічного захворювання є надзвичайно важким завданням [4]. Хворі на шизофренію жінки натрапляють на значні труднощі, що можуть бути зумовлені особливостями перебігу захворювання (продуктивна симптоматика, когнітивні порушення), соціально-стресовими чинниками (стигматизація, хронічні соціальні стреси, бідність, безробіття, низький рівень соціальної підтримки, дискримінація прав і можливостей хворих) [10, 35]. Параноїдну шизофренію розглядають як один з найбільш патологізуючих чинників у деформації материнської сфери; залежно від важкості процесу виразність змін у цій сфері варіює від її формалізації та позбавлення емоційного компонента до повного її розпаду у випадках злоякісного перебігу захворювання [2].

S. E. Pape, M. P. Collins (2011) повідомляють про те, що психічно хворі батьки менш схильні надавати своїм дітям автономію і частіше демонструють низькі рівні чутливості [6]. D. Oyserman et al. (2005) зауважують на патологічних варіантах виховання дітей хворими на шизофренію, а також проявах вербальної агресії [7]. M. Rutter, D. Quinton (1984) та Y. Darlington et al. (2005) наголошують, що діти батьків, які страждають на психотичні розлади, можуть бути безпосередньо залучені до їх маячних переживань, що може потребувати їхнього захисту [8].

Матері, які страждають на шизофренію, є особливо уразливими до труднощів, що пов'язані з вихованням дітей та материнською взаємодією з ними [9]. Водночас, за наявності потреби у підтримці та допомозі у догляді та вихованні, хворі на шизофренію неохоче звертаються за такою допомогою внаслідок побоювань, що у них відберуть дитину; це зумовлює потребу в розробленні особливих підходів до корекції материнської поведінки у хворих на шизофренію [10].

Відомо, що діти батьків, які страждають на шизофренію, мають підвищений ризик розвитку психічних розладів порівняно з популяцією в цілому; причому цей ризик стосується не лише шизофренії, а й будь-якого психотичного стану [11], а розуміння та оцінка цього ризику є важливим елементом комплексних лікувально-реабілітаційних та профілактичних програм [12]. В ґенезі цих

© Дрюченко М. О., 2016

порушень мають значення не лише важкість психічного захворювання матері, а й емоційний клімат у сім'ї та дитячі травми. Спектр можливих психоемоційних порушень у дітей, матері яких хворіють на шизофренію, є вельми широким; при цьому в деяких дослідженнях повідомляється про можливість перехресного успадкування шизофренії та афективних розладів, це означає, що загальний ризик психопатології у потомства хворих на шизофренію може виявитися вищим, ніж вважалося раніше [13]. C. H. Liu et al. (2015) повідомляють про численні соціоемоційні, когнітивні, нейромоторні, мовні та психопатологічні порушення у дітей хворих, починаючи з дошкільного віку [14].

M. Main, E. Hesse (1990), J. Cassidy et al. (2001), S. Madigan et al. (2006) вважають, що постійне спілкування з матір'ю, яка демонструє неадекватну поведінку — безпорадність, переляк, ворожість тощо — створює для дитини стресову ситуацію, що породжується двома різноспрямованими тенденціями: бажанням уникнути матір, яка лякає її своєю поведінкою, і мотивацією прагнення до матері для уникнення самотності, що породжує ситуацію «переляку без вирішення» [15—17]. Така травма здатна вплинути на загальне функціонування систем подолання стресу у дитини, спричиняючи сплутаність і дезорганізовану поведінку [16]. У низці досліджень виявлені також різноманітні порушення у налагодженні емоційних прив'язаностей, відособленості та мовній комунікації. Деякі дослідники вважають, що дослідження особливостей психічних порушень у дітей хворих на шизофренію не повинні обмежуватися певними діагностичними категоріями і виокремленням окремих генетичних та екологічних чинників [18, 19].

M. Malhotraa et al. (2015) наголошують, що процес психічного розвитку дитини надзвичайно сильно залежить від соціального взаємозв'язку між нею і матір'ю. Шизофренія у матерів є потенційно руйнівним чинником відносин у системі мати — дитина і порушує адаптацію до материнства. Автори повідомляють про виявлення поведінкових проблем у дітей матерів, хворих на шизофренію, включаючи інтерналізацію та екстерналізацію, у порівнянні з контрольною групою. Водночас, у дослідженні відмічаються розбіжності у соціально-психологічному середовищі досліджених груп. На думку авторів, проблема емоційних та поведінкових проблем у дітей, матері яких хворіють на шизофренію, залишається недостатньо розробленою і потребує додаткових досліджень, а також розроблення відповідних корекційних та профілактичних заходів [20].

Останніми роками особлива увага приділяється ролі психічних девіацій у батьків в подальшому виникненні психічних розладів у дітей (P. de Sousa et al., 2014; A. Gumley et al., 2014). Автори наголошують, що з'являється все більше доказів, що батьки, які страждають на шизофренію, частіше використовують неадекватні моделі комунікації (зокрема, уникання), що міцно пов'язано з важкістю захворювання [21, 22]. R. P. Fearon et al. (2010), узагальнюючи дані багаторічних досліджень, роблять висновок про суттєвий вплив особливостей догляду і виховання у ранній період на ризик виникнення девіацій, що пов'язується з афективною регуляцією, стійкістю до стресу і менталізацією, що є предикторами ризику різних форм психічних розладів, включаючи афективні і поведінкові [23].

S. Hatam, D. Lea Baranovich (2016) виявили серйозні розлади міжособистісної взаємодії у дорослому віці в осіб, матері яких страждали на шизофренію, при цьому особи контрольної групи, виховані здоровими матерями, таких порушень практично не виявляли [24].

G. Cucu-Ciuhan (2015) наводить випадок виникнення депресії у жінки, вихованої матір'ю, хворою на параноїдну шизофренію, пояснюючи труднощі в інтимності та довірі у дорослих відносинах відсутністю надійної прив'язаності до матері в дитинстві. Автор пропонує використовувати у подібних випадках емоційно-орієнтовану психотерапію [25].

Водночас, комплексний підхід до розгляду порушень материнсько-дитячої взаємодії передбачає необхідність аналізу біологічних чинників стресу, зокрема, урахування того, якою мірою стресочутливість передається від матері до дитини при шизофренії, і якими є нейробіологічні закономірності цього процесу. Відомо, що хворі на шизофренію виявляють вищі базові рівні кортизолу і демонструють патологічні форми вивільнення цього гормону під час стресу, що може бути успадковане дитиною і впливати на загальну стресостійкість та реакцію на стрес. У дослідженнях E. E. Crockett et al. (2013) показано, що у таких дітей відхилення рівня кортизолу від норми є найбільшим [26].

В. И. Брутман, К. В. Морозова (2003) запропонували багатовісьову гіпотезу формування порушень материнської сфери при шизофренії. Перша вісь визначає взаємозв'язок викривлень материнської сфери з віком початку шизофренічного процесу, причому характер такого викривлення залежить від того, в якій сфері (емоційній, когнітивній, потребо-мотиваційній) розвивається дефект, а порушення ієрархічності потребнісної сфери призводить до викривлення сприйняття потребнісної сфери дитини. Чим більш раннім є початок психічного захворювання, тим більш інфантилізованою залишається особистість, і тим менше ймовірність адекватного розвитку материнської сфери. Друга вісь пов'язує характер змін материнської сфери зі специфічним характером і глибиною змін особистості, що виникають при шизофренії, з урахуванням ступеня первинного когнітивного дефіциту, прогредієнтності, виразності астенізації, діастетичної диспропорції, аутизації, емоційно-вольового дефекту тощо. Третя вісь враховує вплив на материнську сферу продуктивної психопатологічної симптоматики, що включає психотично викривлену свідомість і самосвідомість, і може становити реальну небезпеку для дитини. Четверта вісь передбачає вплив соціальної підтримки, негативного чи позитивного сімейного досвіду; цей компонент розглядається авторами як специфічне тло для материнської сфери. Автори також виокремлюють три клінічні групи, в залежності від віку дебюту шизофренічного процесу, для кожної з яких характерні свої особливості порушень материнської поведінки. У осіб першої групи (захворювання виникло в дитинстві) материнська сфера не встигає розвинутися і оформитися, залишаючись у зародковому стані і характеризується інфантильністю, неприйняттям материнської ролі, холодністю і ворожістю до дитини, ігноруванням материнських обов'язків. Хворим другої групи (дебют шизофренії у підлітковому віці) притаманні емоційна амбівалентність щодо дитини, суперечливість в усіх проявах материнської поведінки, материнська сфера встигає частково сформуватися, але наявна нерівномірність її розвитку. Нарешті, третя група, у жінок якої захворювання на шизофренію виникло у дорослому віці, характеризується найбільш адекватним розвитком материнського комплексу. У цих хворих порушення материнської поведінки визначається характером психічної патології [2].

Для більш повного та детального розуміння особливостей взаємодії у системі мати — дитина за наявності захворювання на шизофренію у матері доцільно розгля-

дати їх у відповідності до прийнятих в літературі етапів розвитку дитини [27].

Описуючи особливості реалізації материнської поведінки хворими на шизофренію у період немовляти (від 0 до 12 місяців) переважна більшість дослідників зосереджує увагу на недостатньому рівні емоційних та соціальних контактів з дитиною. Так, B. Näslund et al. (1984, 1985) повідомляють про зменшення соціальних контактів під час годування, тілесного контакту з дитиною, тривалості ігор та емоційної напруженості у перші 6 тижнів [28]. T. F. McNeil et al. (1985) зауважують, що протягом перших 6 місяців життя наявність шизофренії у матері впливала лише на обмеження контакту під час ігор з дитиною [29]. I. Persson-Blennow et al. (1988), аналізуючи порушення материнської поведінки у перший рік життя дитини, повідомляють про зв'язок материнської шизофренії з емоційними порушеннями під час годування дитини та недостатньою емоційною прив'язаністю до дитини [30]. Деякі дослідники зосереджуються на афективних порушеннях, притаманних матерям, хворим на шизофренію, у перший рік життя дитини, повідомляючи про більшу емоційну холодність, віддаленість, егоцентричність, апатію, нечутливість, меншу готовність до прийняття дитини, вербальні та поведінкові девіації [31]. Водночас, M. Kenny et al. (2013) не виявили впливу шизофренії на афективну взаємодію з дитиною [32].

Надзвичайно важливою є також оцінка особливостей психофізіологічного розвитку дитини у зв'язку з наявністю захворювання на шизофренію у матері. Період немовляти є надзвичайно важливим для формування особистості, і роль матері у цьому періоді є вирішальною, тож вплив важкого психічного захворювання у неї може кардинально вплинути на розвиток психоемоційної сфери дитини.

Ряд дослідників повідомляють про специфічні відхилення у поведінці немовлят, асоційовані із захворюванням на шизофренію у матері. Так, I. Persson-Blennow et al. (1986) описують відсутність страху перед незнайомими людьми у немовлят матерів, які страждають на психози, що, на думку авторів, узгоджується з патологічними патернами прив'язаності [30]. T. F. McNeil et al. (1985) виявили зниження соціальних контактів немовлят у перші місяці життя, байдужість до матері, менший рівень взаємодії з оточуючим середовищем, менше пожвавлення у порівнянні з контрольною групою [29]. В цілому діти, матері яких страждали на шизофренію, виявляли більшу замкненість, порушення нормальної прив'язаності та емоційного реагування [28]. Водночас, ціла низка дослідників не виявили значущих відмінностей у поведінці немовлят, матері яких хворіли на шизофренію, у перший рік життя [33].

Комплексна оцінка взаємодії у системі мати — дитина протягом першого року життя немовляти містить суперечливі оцінки. Так, якщо деякі автори наводять дані щодо формування дисгармонійних відносин, порушень у сферах взаємної уваги, синхронності та інтенсивності взаємодії [30], то інші дослідники повідомляють про відсутність суттєвих відмінностей у порівнянні з контрольними групами [29].

S. J. Healy et al. (2016) на підставі даних масштабного дослідження якості взаємодії матері і дитини з використанням комп'ютерних задач виявили, що матерям, хворим на шизофренію, притаманний комплекс порушень у більшості аспектів виховання дітей, причому ці порушення виражені більшою мірою, ніж у матерів, хворих на депресивні розлади, і у здорових жінок. Регресійний аналіз, проведений авторами, виявив порушення мовного спілкування, асоційовані з діагнозом шизофренії, що зумовлює необхідність розроблення корекційних заходів, орієнтованих на матерів, хворих на шизофренію. Водночас, автори наголошують на необхідності подальших досліджень для розуміння психопатології порушень виховання дітей хворими на шизофренію [34].

Таким чином, більшість досліджень, що описують особливості дитячо-батьківської взаємодії у родинах, де мати хворіє на шизофренію, надають вельми суперечливі дані. Більшість досліджень містять докази порушень материнської поведінки при шизофренії, переважно у вигляді емоційної холодності, відчуженості та зменшення вербальних та невербальних контактів з дитиною, а також порушень формування емоційної та комунікативної сфери немовлят, асоційовані із захворюванням на шизофренію, що виражені схильністю до уникаючої поведінки та дисгармонійною взаємодією з оточуючим середовищем. Водночас, слід зауважити на значній кількості повідомлень, в яких заперечується вплив шизофренічного процесу на формування відносин у системі мати — дитина протягом першого року життя дитини. Також слід зазначити методологічну гетерогенність досліджень, що певною мірою обмежує можливості порівняння та інтерпретації отриманих даних [35].

Літературні дані щодо особливостей дитячо-материнської взаємодії протягом перших трьох років (13—36 місяців) життя дитини є не менш суперечливими.

Так, S. Goodman (1990), базуючись на даних напівструктурованої ігрової ситуації і спостереження у домашніх умовах виявив, що материнська поведінка хворих на шизофренію асоційована зі зниженою чуйністю, меншим рівнем взаємодії з соціальним середовищем, меншою ласкою і збіднінням емоційного спілкування [36]. Натомість, J. Schachter et al. (1977) не виявили будь-яких відмінностей між матерями, хворими на шизофренію та контрольною групою щодо емоційно позитивної та емоційно негативної поведінки та уваги [37]; водночас, слід зауважити, що це дослідження побудоване на незначній кількості спостережень (по 9 у кожній групі). У тих же дослідженнях повідомляється про особливості дитячої поведінки: S. Goodman (1990), дослідивши поведінку дитини під час гри у домашніх умовах, виявив їх меншу емоційну залученість, зниження комунікативної компетентності, зниження прив'язаності; водночас, у цих дітей відмічалися менші прояви гніву та неспокою та підвищена активність [36].

Літературні дані щодо особливостей взаємодії у системі мати — дитина у віці старше 3 років є більш однорідними. Діти хворих на шизофренію виявляють моторно-когнітивну затримку, емоційні проблеми у дошкільному віці, зниження уваги та порушення соціальної адаптації під час шкільного навчання, що може бути пов'язане з впливом комплексу генетичних, біологічних, середовищних та психосоціальних чинників [38, 39]. J. Jundong et al. (2012) повідомляють про нижчу шкільну успішність дітей, батьки яких страждають на шизофренію; вирішальним при цьому автори вважають не середовищний, а генетичний фактор [40]. Між хворими матерями та їхніми дітьми можуть формуватися небезпечні патологічні прив'язаності, що значно збільшує ризик психопатології, а також самотності, розлучення, втрат і зловживань, тоді як нормальні відносини між матір'ю та дитиною відіграють протективну роль щодо ризику розвитку цих проблем [41].

Таким чином, сучасні літературні дані щодо особливостей відносин у системі мати — дитина у хворих на шизофренію, як і власний клінічний досвід, свідчать про наявність глибоких порушень батьківсько-дитячої

взаємодії, асоційованих із захворюванням на шизофренію.

Водночас, наявність суперечливостей і неповного висвітлення окремих важливих аспектів цієї проблеми робить актуальним і своєчасним подальше дослідження особливостей материнсько-дитячих відносин у сім'ях, де мати страждає на параноїдну шизофренію.

Список літератури

1. 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.

2. Брутман, В. И. Состояние материнской сферы у больных шизофренией / В. И. Брутман, К. В. Морозова // Журнал практического психолога. — 2003. — № 4—5. — С. 158—169.

3. Perceived patient-parent relationships and neural representation of parents in schizophrenia / S. H. Choi, S. H. Lee, H. J. Park et al. // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. — 2013. — Vol. 263. — № 3. — P. 259—269.

4. Keeping close: Mothering with serious mental illness / P. Montgomery, C. Tompkins, C. Forchuk, S. French // Journal of Advanced Nursing. — 2006. — Vol. 54. — P. 20—28.

5. Wan, M. W. The service needs of mothers with schizophrenia: A qualitative study of perinatal psychiatric and antenatal workers / M. W. Wan, S. Moulton, K. M. Abel // General Hospital Psychiatry. — 2008. — Vol. 30. — P. 177—184.

6. Pape, S. E. A systematic literature review of parenting behaviours exhibited by anxious people / S. E. Pape, M. P. Collins // European Psychiatry. — 2011. — Vol. 26. — P. 170—176.

7. When mothers have serious mental health problems: parenting as a proximal mediator / D. Oyserman, D. Bybee, C. Mowbray, T. J. Hart-Johnson // Journal of Adolescence. — 2005. — Vol. 28. — P. 443—463.

8. Darlington, Y. Interagency collaboration between child protection and mental health services: practices, attitudes and barriers / Y. Darlington, J. A. Feeney, K. Rixon // Child Abuse and Neglect. — 2005. — Vol. 29. — P. 1085—1098.

9. Content and style of speech from mothers with schizophrenia towards their infants / M. W. Wan, V. Penketh, M. P. Salmon, K. M. Abel // Psychiatry Research. — 2008. — Vol. 159. — P. 109—114.

10. Supporting insensitive mothers: The Vilnius randomized control trial of video-feedback intervention to promote maternal sensitivity and infant attachment security / L. Kalinauskiene, D. Cekuoliene, M. H. Van Ijzendoorn et al. // Child: Care, Health and Development. — 2009. — Vol. 35. — P. 613—623.

11. Mother-infant interaction in schizophrenia: transmitting risk or resilience? A systematic review of the literature / K. A. Davidsen, S. Harder, A. MacBeth, et al. // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. — 2015. — Vol. 50 (12). — P. 1785—1798.

12. Austin, J. C. Descriptive and numeric estimation of risk for psychotic disorders among affected individuals and relatives: implications for clinical practice / J. C. Austin, C. Hippman, W. G. Honer // Psychiatry Research. — 2012. — Vol. 196. — P. 52—56.

13. Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: A genome-wide analysis / J. W. Smoller, N. Craddock, K. Kendler et al. // Lancet. — 2013. — P. 381. — P. 1371—1379.

14. Perinatal risks and childhood premorbid indicators of later psychosis: next steps for early psychosocial interventions / C. H. Liu, M. S. Keshavan, E. Tronick, L. J. Seidman // Schizophrenia Bulletin. — 2015. — Vol. 41 (4). — P. 801—816.

15. Reduction of Disrupted Caregiver Behavior Using Modified interaction Guidance / S. Madigan, E. Hawkins, S. Goldberg, D. Benoit // Infant Mental Health Journal. — 2006. — Vol. 27. — P. 509—527.

16. Main, M. Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? / M. Main, E. Hesse // In : Attachment in the preschooy years: Theory, research and intervention / M. Greenberg, D. Cichetti, E. Cummings (eds). — Chicago : University of Chicago Press, 1990. — P. 161—184.

17. Cassidy, J. Unsolvable fear, trauma, and psychopathology: theory, research, and clinical considerations related to disorganized attachment across the life span / J. Cassidy, J. Mohr // Clinical Psychology: Science and Practice. — 2001. — Vol. 8. — P. 275—298.

18. Insel, T. R. The NIMH research domain criteria (RDoC) project: precision medicine for psychiatry / T. R. Insel // American Journal of Psychiatry. — 2014. — Vol. 171 (4). — P. 395—397.

19. Uher, R. Genomics and the classification of mental illness: focus on broader categories / R. Uher // Genome Medicine. — 2013. — Vol. 5 (10). — P. 97—98.

20. Malhotraa, M. Effect of psychosocial environment in children having mother with schizophrenia / M. Malhotraa, D. Kumarb, R. Verma // Psychiatry Research. — 2015. — Vol. 226 (2—3). — P. 418—424.

21. Parental communication and psychosis: a meta-analysis / P. de Sousa, F. Varese, W. Sellwood, R. P. Bentall // Schizophrenia Bulletin. — 2014. — Vol. 40. — P. 756—768.

22. A systematic review of attachment and psychosis: measurement, construct validity and outcomes / A. Gumley, H. Taylor, M. Schwannauer, A. Macbeth // Acta Psychiatrica Scandinavica. — 2014. — Vol. 129. — P. 257—274.

23. The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study / R. P. Fearon, M. J. Bakermans-Kranenburg, M. H. van Ijzendoorn, et al. // Child Development. — 2010. — Vol. 81. — P. 435—456.

24. Hatam, S. A comparative study between the attachment styles of adults who were raised by mothers with schizophrenic disorders, depression, and those raised by mentally healthy mothers / S. Hatam, D. Lea Baranovich // European Psychiatry. — 2016. — Vol. 33. — P. S632—S633.

25. Cucu-Ciuhan, G. Raised by a Schizophrenic Mother: Application of Emotion Focused Therapy in a Clinical Case with Mild Depression / G. Cucu-Ciuhan // Social and Behavioral Sciences. — 2015. — Vol. 205. — P. 30—34.

26. Maternal Disrupted Communication During Face-to-Face Interaction at 4 months: Relation to Maternal and Infant Cortisol Among at-Risk Families / E. E. Crockett, B. M. Holmes, D. A. Granger, K. Lyons-Ruth. — Infancy. — 2013. — Vol. 18 (6). — P. 1111—1134.

27. Савчин, М. В. Вікова психологія / М. В. Савчин, Л. П. Василенко // Вікова психологія. — К.: Альма-матер, 2011. — 112 с.

28. Offspring of women with nonorganic psychosis: fear of strangers during the first year of life / B. Näslund, I. Persson-Blennow, T. Mcneil, et al. // Acta Psychiatrica Scandinavica. —1984. — Vol. 69. — P. 435—444.

29. Offspring of women with nonorganic psychosis: mother-infant interaction at three-and-a-half and six months of age / T. F. McNeil, B. Naslund, I. Persson-Blennow, L. Kaij // Acta Psychiatrica Scandinavica. —1985. — Vol. 71. — P. 551—558.

30. Offspring of women with nonorganic psychosis: mother-infant interaction at 1 year of age / I. Persson-Blennow, B. Näslund, T. McNeil, L. Kaij // Ibid. —1986. — Vol. 73. — P. 207—213.

31. Patterns of maternal responding in postpartum mothers with schizophrenia / M. W. Wan, K. Warren, M. P. Salmon, K. M. Abel // Infant Behavior and Development. — 2008. — Vol. 31. — P. 532—538.

32. Mother-infant interaction in mother and baby unit patients: before and after treatment / M. Kenny, S. Conroy, C. M. Pariante, et al. // Journal of Psychiatric Research. — 2013. — Vol. 47. — P. 1192—1198.

33. Mind-mindedness and maternal responsiveness in infant-mother interactions in mothers with severe mental illness / S. Pawlby, C. Fernyhough, C. Meins, et al. // Psychological Medicine. — 2010. — Vol. 40. — P. 1861—1869.

34. Affect recognition and the quality of mother-infant interaction: understanding parenting difficulties in mothers with schizophrenia / S. J. Healy, J. Lewin, S. Butler, et al. // Archives of Women's Mental Health. — 2016. — Vol. 19 (1). — P. 113—124.

35. Walker, E. Stress and the hypothalamic pituitary adrenal axis in the developmental course of schizophrenia / E. Walker, V. Mittal, K. Tessner // Annual Review of Clinical Psychology. — 2008. — Vol. 4. — P. 189—216.

36. Goodman, S. H. Schizophrenic and depressed mothers: relational deficits in parenting / S. H. Goodman, H. E. Brumley // Developmental Psychology. — 1990. — Vol. 26. — P. 31—39.

37. Assessment of mother-infant interaction: schizophrenic and non-schizophrenic mothers / J. Schachter, E. Elmer, N. Ragins et al. // Journal of Merill-Palmer Quarterly. —1977. — Vol. 23. — P. 193—206.

38. Childhood trauma and increased stress sensitivity in psychosis / M. Lardinois, T. Lataster, R. Mengelers, et al. // Acta Psychiatrica Scandinavica. — 2011. — Vol. 123. — P. 28—35.

39. Rapoport, J. Neurodevelopmental model of schizophrenia / J. Rapoport, J. Giedd, N. Gogtay // Molecular Psychiatry. — 2012. — Vol. 17. — P. 1228—1232.

40. Poor school performance in offspring of patients with schizophrenia: What are the mechanisms? / J. Jundong, R. Kuja-Halkola, C. Hultman et al. // Psychological Medicine. — 2012. — Vol. 42 (1). — P. 111—123.

41. George, C. The Adult Attachment Projective Picture System: attachment theory and assessment in adults / C. George, M. L. West. — N. Y. : Guilford Press, 2012. — 126 p.

ДРЮЧЕНКО Майя Олександрівна, асистент кафедри сімейної медицини Факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки Державного вищого навчального закладу «Ужгородський національний університет» Міністерства освіти і науки України, м. Ужгород, Україна

DRIUCHENKO Maiia, assistant of Department of Family Medicine of Faculty of the Postgraduate Education and Pre-University training of the State Higher Educational Institution "Uzhhorod national university" of Ministry of Education and Science of Ukraine, Uzhhorod, Ukraine

Надійшла до редакції 23.06.2016 р.

УДК 616.89.83+615.851

О. В. Кіосєва

ОСОБЛИВОСТІ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ СТУДЕНТІВ МОЛОДШИХ КУРСІВ З РОЗЛАДАМИ АДАПТАЦІЇ

Е. В. Киосева

Особенности жизнестойкости студентов младших курсов с расстройством адаптации

O. V. Kioseva

Characteristics of hardiness of undergraduate students with the adjustment disorder

Проведено скринінг психічного стану 1076 студентів університету. Досліджено особливості життєстійкості студентів молодших курсів університету з метою визначення її ролі у формуванні розладів адаптації. У дослідженні застосовували інформаційно-аналітичний, клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний і математико-статистичний методи.

Встановлено наявність високого ступеня різноманіття ознак життєстійкості у досліджуваного контингенту. Розвинену особистісну властивість "*hardiness*" мають 72,3 % (778/1076) студентів. Показники тесту основних складових життєстійкості у 19,5 % (210/1076) молоді є нижче норми, а у 8,2 % (88/1076) — істотно нижче норми, що відображує континуум індивідуальних варіацій станів психологічної дезадаптації, ступеня проявів адаптаційних порушень і виразності супутніх психопатологічних радикалів із широким спектром негативних емоцій: від «дискомфорту» до «паніки». Доведено, що слабо сформована життєстійкість є чинником дезадаптації. Розвинена життєстійкість є умовою та ознакою психічного здоров'я сучасного студента.

Життєстійкість є загальною мірою психічного здоров'я людини. Рівень психопатологічної симптоматики та її структура різняться залежно від ступеня розвитку властивості "*hardiness*".

Ключові слова: розлади адаптації, життєстійкість, студенти, молодь, стрес, університет

Проведен скрининг психического состояния 1076 студентов университета. Исследованы особенности жизнестойкости студентов младших курсов университета с целью определения ее роли в формировании расстройств адаптации. В работе применяли информационно-аналитический, клинико-анамнестический, социально-демографический, клинико-психопатологический, психодиагностический, математико-статистический методы.

Выявлено наличие высокой степени разнообразия признаков жизнестойкости у исследуемого контингента. Развитое личностное качество "*hardiness*" имеют 72,3 % (778/1076) студентов. Показатели теста основных составляющих жизнестойкости у 19,5 % (210/1076) молодежи находятся ниже нормы, а у 8,2 % (88/1076) — существенно ниже нормы, что отображает континуум индивидуальных вариаций состояний психической дезадаптации, степени проявления адаптационных нарушений и выраженности сопутствующих психопатологических радикалов с широким спектром негативных эмоций: от «дискомфорта» до «паники». Установлено, что слабо развитая жизнестойкость является фактором дезадаптации. Сформированная жизнестойкость выступает условием и признаком психического здоровья современного студента.

Жизнестойкость «hardiness» является общей мерой психического здоровья человека. Уровень психопатологической симптоматики и ее структура зависят от степени развития качества "*hardiness*".

Ключевые слова: расстройства адаптации, жизнестойкость, студенты, молодежь, стресс, университет

The mental state of 1076 university students was analyzed. Characteristics of hardiness undergraduate university courses in order to determine its role in the formation of adjustment disorder. Research methods: information-analytical methods, clinical-anamnestic methods, clinical and psychopathological methods, psychodiagnostic methods, mathematical-statistical methods.

It revealed the presence of a high degree of diversity of signs of resilience in the studied population. Developments of personal qualities "hardiness" have a 72.3 % (778/1076) student. Performance test the main components of resilience in 19.5 % (210/1076) of young people below the norm, and in 8.2 % (88/1076) — considerably lower than the norm, that displays a continuum of individual variation state of mental maladjustment, extent manifestations of adjustment disorders, and severity of concomitant psychopathological radicals with a wide range of negative emotions from "discomfort" to "panic". The underdeveloped hardiness was established to be a factor of disadaptation. The developed hardiness is a precondition and evidence of mental health of a modern student.

Hardiness is a common measure of a person's mental health. The level of psychopathology and its structure depends on the degree of the quality of "hardiness".

Keywords: adjustment disorder, hardiness, students, the youth, stress, university

Студентський вік характеризується ризиком маніфестації психічної патології у зв'язку з високим рівнем навантаження та стресу в цей період життя. Для багатьох дівчат і юнаків навчання у виші є часом значних емоційних утруднень [4, 16, 34, 35].

© Кіосєва О. В., 2016

Особливу увагу привертають до себе студенти молодших курсів вищих навчальних закладів, які натрапили на сукупність стресогенних подій. Інші обставини життєдіяльності, що зумовлені новим соціальним статусом і навчальним режимом, несприятливо відбиваються на їхньому фізичному й душевному здоров'ї. Розлади адаптації та субклінічні стани чинять виразний