

цих станів і флюктуацию надходження хворих на стаціонарне лікування в той або інший період року. Початок захворювання корелює з піками сонячної активності і сезонністю (частіше весна-осінь). Найбільш виражені максимуми надходжень хворих з епізодичними алкогольними запоями в березні-травні, менш виражений підйом в жовтні-грудні. Тому лікувально-профілактичні і психотерапевтичні заходи хворим із захворюванням, що вивчається, доцільно проводити в лютому-березні і вересні-жовтні.

**Ключові слова:** зловживання алкоголем, циркануальні ритми, геліогеофізичські чинники.

Стаття надійшла 24.01.2014 р.

manifestations of these conditions and flyuktuatsyyu income patients for hospital treatment in a particular season. Disease onset correlated with peaks in solar activity and seasonal (usually spring and autumn). The most pronounced peaks income patients with episodic alcoholic binge in March-May, less pronounced rise in October- December. Therefore, health care and therapeutic measures for patients with the disease under study should be performed in February- March and September- October.

**Key words:** epidemiology, alcohol abuse, tsyrkannualni rhythms helioheofizicheskye factors.

Рецензент Скрипніков А.М.

УДК 616.89-008.454-055.2

А. О. Герасименко

ВДІЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

## ДЕЯКІ АСПЕКТИ СІМЕЙНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З НЕВРОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Визначено, що показники якості життя є важливим критерієм оцінки терапії та дозволяє оцінити не лише динаміку психопатології в поєднанні з соціальним функціонуванням особистості та розширяє коло діагностичних, терапевтичних психотерапевтичних критеріїв психіатричної практики. За результатами проведеного дослідження визначено, що показники якості життя, як пацієнтів з невротичними розладами так і їх партнерів мають вплив на сімейне функціонування та повинно враховуватися при проведенні діагностичних терапевтичних та психотерапевтичних заходів.

**Ключові слова:** невротичні розлади, сімейне функціонування, якість життя.

Дослідження якості життя та особливостей функціонування сімей є одним із найбільш актуальних питань на сучасному етапі розвитку медичної науки як в нашій країні так і за кордоном. Останнім часом увага лікарів різних галузей спрямована на вивчення не лише на наявності нозологічної одиниці патології у пацієнта, а на цілісну особистість, що сприяє інтенсивному пошуку та впровадженню не тільки нових методів діагностики, лікування, реабілітації, а й покращення якості життя та сімейного функціонування в цілому [1]. Все більше часу лікарями-психіатрами приділяється комплексній діагностиці та терапії психічної патології з урахуванням не лише клініко-психопатологічних факторів, але і соціально-психологічних впливів на особистість.

У 1948 році Всесвітня організація здоров'я визначила термін «здоров'я», як «стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя», а не лише відсутність хвороби чи недієздатності. Таким чином, виник напрямок досліджень, що консолідував різноманітні аспекти життєдіяльності пацієнтів у процесі лікування. Відійшло у минуле досить спрощене розуміння сенсу медичних втручань, яке полягало у тому, що здоров'я, відсутність болю і нормально функціонуючий організм - це благо, а погіршення здоров'я, хвороби і смерть мають профілактуватися [2]. Медицина переходить до більш складного і сучасного бачення, що передбачає гарний стан здоров'я індивідуума і його життєве благополуччя у якості відображення повного задоволення його потреб та адаптації у фізичній, психологічній та соціальній сферах.

За даними ВОЗ, якість життя (ЯЖ) – міждисциплінарне поняття, що враховує коло інтересів психології, економіки, соціології та медицини. Вченими якість життя розглядається як багатогранна, складна структура, що враховує сприйняття особистістю свого фізичного та психологічного стану, рівня незалежності, взаємовідносин в колективі, особистісних переконань та свого ставлення до значних характеристик оточуючого середовища.

Будучи важливим інститутом соціалізації особистості, сім'я у сучасних умовах є об'єктом ретельного наукового аналізу дослідників різних медичних та психологічних галузей. Негативні тенденції розвитку сучасної сім'ї (збільшення кількості розлучень за психологічними мотивами, зменшення народжуваності, рольове перевантаження молодого подружжя та ін.) викликають занепокоєння фахівців різних галузей медичної науки, а також актуалізують практичні соціально-психологічні, медико-психологічні дослідження закономірностей функціонування сучасної сім'ї, ефективних форм і методів психологічної допомоги сучасному подружжю. Сімейна адаптація - характеризує гнучкість чи ригідність сімейної системи, її можливості пристосування до мінливих умов середовища, здатність до динамічного реагування при впливі стресорів. Для діагностики адаптації використовуються основні параметри: «лідерство», «контроль», «дисципліна», «правила» і «ролі» в

сім'ї. Але поруч із проблемою психологічної корекції сімейних стосунків не менш актуальною постає проблема профілактики дисгармоній сімейного спілкування, виникнення та деструктивного розвитку сімейних конфліктів, виявлення подружньої несумісності [3]. Дослідження психологічної готовності сучасної молоді до шлюбних стосунків, особливостей статевої диференціації в умовах сучасної сім'ї, причин і механізмів порушень функцій сім'ї і загальних тенденцій розвитку української сім'ї - важлива основа для визначення та розширення психодіагностичних і психокорекційних методів сімейної консультації, психотерапії та покращення якості життя даного контингенту [4,5,6].

**Метою** роботи було проведення комплексного клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного, психодіагностичного та соціологічного обстеження 59 подружніх пар де у одного із подружжя діагностовано невротичний розлад за МКХ-10: неврастенія (F48.0), соматоформна вегетативна дисфункція (F45.3), тривожно-депресивний розлад (F41.2), порушення адаптації (F43.2), соматизований розлад (F45.0). Обстеження проводилось протягом 2011-2013 років на базі Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О.Ф. Мальцева. Усі пацієнти надали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні.

**Матеріал та методи дослідження.** В процесі дослідження з метою оцінки визначення сприйняття індивідом різних аспектів свого життя та ступеня емоційного зв'язку між членами родини використовували опитувальник «Показник якості життя» (Mezzich J.,1999) та шкалу сімейної адаптації та згуртованості (FACES-3).

Опитувальник якості життя розроблений ВОЗ, визначає якість життя, пов'язану зі станом здоров'я та створений таким чином, що має змогу бути чутливим до змін стану здоров'я в процесі лікування. За допомогою даного опитувальника ми прагнули дослідити сприйняття пацієнтом якості життя та здоров'я як цілому, так і визначити базові сфери якості життя: фізичні та психологічні функції, рівень незалежності, соціальні відносини, оточуюче середовище та духовну сферу. Шкала FACES-3 дозволяє швидко, ефективно та достовірно оцінити процеси, які виникають в сімейній системі, означити мішені для психотерапевтичного втручання.

Таким чином, завдяки даним методикам ми намагалися визначити не лише психологічний клімат конкретної сім'ї, а й сформувати шляхи створення сприятливого клімату родини та корекції невротичної симптоматики у пацієнтів.

У процесі дослідження ми прагнули оцінити актуальний гомеостаз сім'ї за допомогою базових параметрів сімейної поведінки: згуртованості, адаптації та комунікації. Під час визначення сімейної згуртованості, що включає поняття емоційного зв'язку між членами родини, встановлені максимальна (пацієнти взаємозалежні один від одного) та мінімальна (пацієнти є автономними та дистанційовані один від одного) залежність.

В процесі діагностики сімейної згуртованості використовували наступні показники: емоційний зв'язок, сімейні кордони, прийняття рішень, вільний час, друзі, коло інтересів, відпочинок. Сімейна адаптація – характеристика здатності сім'ї до пристосування у тих чи інших умовах, особливостей реагування на вплив стресових факторів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** При діагностиці сімейної адаптації враховувалися наступні параметри: лідерство, контроль, дисципліна та сімейні правила. В ході роботи з даною шкалою ми розрізняли 4 рівня сімейної згуртованості розрізнений (disengaged) - (9 сімей), розподілений (separated) - (13 сімей), пов'язаний (connected) - (15 сімей) та поєднаний (enmeshed) - (22 сім'ї) та 4 рівня сімейної адаптації ригідний (*rigid*) - (16 сімей), *структурований* (*structured*) - (19 сімей), гнучкий (*flexible*) - (11 сімей) та хаотичний (*chaotic*) - (13 сімей). В сім'ях були визначені як збалансовані (26 сімей), так і екстремальні рівні сімейної згуртованості та адаптації (33 сім'ї).

Саме збалансовані рівні – показник успішного функціонування системи. Для сімейної згуртованості такими виявляються відокремлений (16 сімей) та поєднаний (10 сімей), для сімейної адаптації – структурований (12 сімей) та гнучкий (14 сімей). Екстремальні рівні визначаються як проблематичні та призводять до порушення функціонування сімейної системи. При комбінуванні 4-х рівнів сімейної згуртованості та 4-х рівнів сімейної адаптації виділено 16 типів сімейних систем, з яких 4 є помірними та збалансованими, 4 – екстремальними, 8 типів є середніми. Таким чином, даний опитувальник надав можливість проаналізувати, як всі члени родини сприймають свою сім'ю у даний час та якою вони її прагнуть бачити. Розходження між сприйняттям сім'ї та її «ідеалом» допомогло визначити ступінь задоволеності існуючою сімейною системою. «Ідеальна сім'я» це інформація, що спрямована допомогти відновити сімейне функціонування в цілому. Визначено, що чим є більшим

розходження між реальною сім'єю та «ідеальною сім'єю» тим значимим є порушення сімейної системи взагалі.

Дослідження інтегративного показника якості життя проводили у пацієнтів з невротичними розладами та їх партнерів на початку госпіталізації та після стаціонарного лікування. В процесі обстеження хворих ретельно вивчалися скарги, причини їх виникнення, анамнез захворювання, особливості особистості та особлива увага приділялась вивченню показників якості життя. За результатами дослідження визначено, що до основних причин виникнення невротичних розладів можливо віднести конфліктні ситуації на роботі, психоемоційну перевтому, соматичні хвороби, конфлікти в сім'ї, втрата роботи, алкоголізацію чоловіка. Тривалість захворювання у обстежених складала у 27 пацієнтів – близько року, 12 – 3 роки, 10 – більше 3-х років. Відповідно до визначення показників за шкалою якості життя «фізичне благополуччя», «працездатність», «суспільна та службова підтримка» отримали найнижчий показник у пацієнтів з невротичними розладами та склали 4,5; 4,7; 4,8 відповідно. Достатньо добре оцінювали пацієнти показники за шкалами «психологічне/емоційне благополуччя», «духовну самореалізацію» та «незалежність дій та самореалізацію» - 6,8; 6,7; 6,5 балів. Шкали «міжособистісні стосунки», «особистісна реалізація», «загальне сприйняття життя», «соціально-емоційна підтримка» оцінювалися пацієнтами та коливалися в межах від 5,1 до 5,5 балів, що свідчить їх проміжний характер.

### Висновки

- Отримані дані свідчать про нерівномірність оцінки якості життя різноманітних аспектів, зокрема, невдоволеність своїм фізичним станом, працездатністю та поряд із високою оцінкою своєї духовної реалізації та психологічним благополуччям. При обстеженні партнерів пацієнтів з невротичною симптоматикою встановлено, що найбільш високі показники отримані за шкалами «фізичне благополуччя», «незалежність дій та самореалізацію» - 7,8; 7,7; та найнижчі оцінки отримані за шкалою «психологічне/емоційне благополуччя», «працездатність», «суспільна та службова підтримка» - 4,5; 4,6; 4,4. Отримані результати свідчать про небажання усвідомлювати психологічні механізми проявів хвороби партнера, важкість переключання психічних переживань на соматичні та відчуття роздратованості по відношенню до свого партнера, що впливало не лише на якість життя, а й на сімейне функціонування в цілому.
- Розрізненість сприйняття якості життя пацієнтами та їх партнерами необхідно враховувати при проведенні психотерапевтичних заходів з метою гармонізації мікросоціальних стосунків. Складові показників якості життя є важливим критерієм оцінки терапії та дозволяє оцінити не лише динаміку психопатології в поєднанні з соціальним функціонуванням особистості та розширяє коло діагностичних, терапевтичних психотерапевтичних критеріїв психіатричної практики.
- За результатами проведеного дослідження визначено, що показники якості життя, як пацієнтів з невротичними розладами так і їх партнерів мають вплив на сімейне функціонування та повинно враховуватися при проведенні діагностичних терапевтичних та психотерапевтичних заходів.

### Список літератури

- Исаков Р.И. Состояние семейной адаптации при невращении у женщин / Р.И. Исаков, Л. О. Герасименко // Медицинская психология. – 2011. – №1 – С. 12-15.
- Марута Н.О. Критерий качества жизни в психиатрической практике: монография / Н.О. Марута, Т.В. Панько // – Харьков: РВФ АРСИС, ЛТД, - 2004. – 240с.
- Скрипников А. М. Сексуальная дисгармония супружеской пары, в которой человек хворит эпилепсией, та вплив біологічних ритмів на її перебіг / А. М.Скрипников [та ін.] // Психічне здоров'я. – 2013. – № 1-2. – С. 22-25.
- Шнейдер Л.Б. Психология семейных отношений. Курс лекций. / Л.Б. Шнейдер // – М.: Апрель-Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, - 2000. – 512 с.
- Эйдемиллер Э.Г. Семейная психотерапия / Э.Г. Эйдемиллер, Н.В. Александрова, В. Юстицкис // – Санкт-Петербург: Питер, - 2001. – 512 с.
- Эйдемиллер Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис // – Санкт-Петербург: Питер, - 2001. – 656 с.

### Реферати

#### НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СЕМЕЙНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Герасименко Л.А.

Определено, что показатели качества жизни является важным критерием оценки терапии и позволяет оценить не только динамику психопатологии в сочетании с социальным функционированием личности и расширяет круг диагностических, терапевтических психотерапевтических критериев психиатрической практики. По

#### SOME ASPECTS OF FAMILY FUNCTIONING AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH NEUROTIC DISORDERS

Herasymenko L.

Determined that the indicators of quality of life is an important criterion for evaluating the therapy and allows to estimate not only the dynamics of psychopathology in conjunction with the social functioning of the individual and expands the range of diagnostic, therapeutic criteria for

результатам проведенного исследования определено, что показатели качества жизни, как пациентов с невротическими расстройствами так и их партнеров влияют на семейное функционирование и должно учитываться при проведении диагностических терапевтических и психотерапевтических мероприятий.

**Ключевые слова:** невротические расстройства, семейное функционирование, качество жизни.

Стаття надійшла 4.01.2014 р.

psychiatric psychotherapy practice. The results of the study determined that the quality of life as patients with neurotic disorder and their partners have an impact on family functioning and should be considered during diagnostic and therapeutic psychotherapeutic interventions.

**Key words:** neurotic disorder, family functioning, quality of life.

Рецензент Скрипніков А.М.

УДК 612.01+612.667:611.714:616-073.75-053.81

І. В. Гунас, Л. В. Бабич, О. Є. Масвський

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

## ОСОБЛИВОСТІ КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНИХ РОЗМІРІВ ТАЛАМУСА ТА ЗАДНЬОЇ НІЖКИ ВНУТРІШНЬОЇ КАПСУЛИ У ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ ЮНАКІВ І ДІВЧАТ ПОДІЛЛЯ

Метою дослідження було встановлення меж процентильного розмаху й особливостей комп'ютерно-томографічних розмірів таламуса та задньої ніжки внутрішньої капсули головного мозку в здорових міських юнаків і дівчат Поділля різних краніотипів. У практично здорових юнаків і дівчат різних краніотипів встановлені межі процентильного розмаху комп'ютерно-томографічних параметрів таламуса та задньої ніжки внутрішньої капсули. Лише між юнаками різних краніотипів визначені відмінності величини комп'ютерно-томографічних розмірів таламуса. Встановлені прояви статевого диморфізму розмірів таламуса та задньої ніжки внутрішньої капсули, а також ознаки асиметрії даних розмірів у представників різних краніотипів.

**Ключові слова:** комп'ютерна томографія, таламус, задня ніжка внутрішньої капсули, здорові юнаки та дівчата, краніотип.

*Робота є фрагментом науково-дослідної роботи «Вивчити комп'ютерно-томографічні параметри головного мозку в юнаків та дівчат різних конституціональних типів у нормі та при епілепсії» (№ держреєстрації – 0111U009297).*

Актуальність вивчення морфометричних показників таламусу та внутрішньої капсули зумовлена важкістю уражень даної частини мозку пухлинного або геморагічного характеру. Хоча відсоток пухлин таламусу складає за різними даними від 0,5 до 7 % рання діагностика їх утруднена відсутністю специфічних клінічних ознак і на сьогодні основними методами ранньої діагностики пухлин таламусу є сучасні методи нейровізуалізації – магнітно-резонансна та комп'ютерна томографія [4]. В сучасній нейрохірургії активно розглядається питання оптимізації діагностики уражень таламусу та внутрішньої капсули різної локалізації які є потенційно виліковними на даному етапі розвитку нейрохірургії. Не вирішеним питанням є вивчення індивідуальних особливостей основних розмірів таламусу та внутрішньої капсули, що дозволить вчасно визначити наявність патології у конкретного пацієнта та сформулювати оптимальну хірургічну тактику, яка дозволяє радикально вилікувати хворого [9].

Але, здебільше, отримані дані по анатомічним та віковим особливостям будови центральної нервової системи при застосуванні сучасних методів нейровізуалізації, присвячені вивченню кори мозку, мозкових судин, пухлин різних відділів мозку [8], залишаючи маловивченим питання анатомічних особливостей таламусу та внутрішньої капсули відносно статі, віку особливостей конституції у практично здорових осіб. Існуючі класичні дані про індивідуальні анатомічні особливості цих структур отримані на підставі вивчення секційного матеріалу є недостатніми та такими, що не задовольняють сучасних потреб клінічних галузей медицини, особливо нейрохірургії, де вимагається максимальна деталізація структур мозку із врахуванням їх мінливості. Особливо це стає актуальним при застосуванні стереотаксису в нейрохірургії [2], який відкриває можливість малотравматичних прицільних доступів до глибоких утворень мозку людини з діагностично-лікувальною метою.

**Метою** роботи було встановлення межі процентильного розмаху й особливостей комп'ютерно-томографічних розмірів таламуса та задньої ніжки внутрішньої капсули головного мозку в здорових міських юнаків і дівчат Поділля різних краніотипів.

**Матеріал та методи дослідження.** Після первинного анкетування, проведення скринінг-оцінки стану здоров'я та клініко-лабораторного обстеження були відібрані 168 практично здорових юнаків (віком від 17 до 21 року) та 167 дівчат (віком від 16 до 20 років), що у третьому поколінні проживали на території Поділля. Із вказаної групи 82 юнаки та 86 дівчат пройшли комп'ютерну томографію голови.