

УДК 613.62-613.6.06:616.891:616.833

*Н. Г. Пшук, О. О. Белов*  
Вінницький національний медичний університет,  
м. Вінниця

### Стан психоемоційної сфери у хворих на професійну патологію органів дихання та периферичної нервової системи

Професійні захворювання становлять серйозну соціальну та медичну проблему. З сучасних наукових позицій як основний патофизиологічний механізм формування патологічних соматогенних симптомокомплексів розглядається зміна біопсихосоціального статусу особистості внаслідок соматичного захворювання як чинника, що не залежить від суб'єктивно-вольової сфери хворого. Синергічний вплив несприятливих соматогенних та соціально-психологічних чинників зумовлює необхідність особливого підходу до вивчення психологічних наслідків професійної патології.

Нами було обстежено 85 хворих на професійну патологію (ПП) дихальної системи (туберкульоз легенів, емфізема легень, хронічне обструктивне захворювання легенів, пневмокониоз, бронхіальна астма) — основна група 1 (ОГ1) та 84 хворих на ПП периферичної нервової системи (моно- та поліневропатії, радикулопатії, вплив вібрації) — основна група 2 (ОГ2). Контрольну групу (КГ) склали 60 практично здорових осіб, співмірних за віковими та соціальними характеристиками. Дослідження включало клініко-психологічне обстеження хворих, організоване у вигляді напівструктурованого клінічного інтерв'ю, визначення особливостей психопатологічної симптоматики за допомогою опитувальника Symptom Check List-90-Revised — SCL-90-R, вимірювання показників виразності депресії за допомогою шкали ZungSelf-RatingDepressionScale в адаптації Т. І. Балашової та вимірювання показників особистісної (ОТ) та реактивної (РТ) тривожності за допомогою шкал С. Spilberger у модифікації Ю. Л. Ханіна. Статистичний аналіз проводився за використанням непараметричних методів (критерій  $\chi^2$  Пірсона, тест Манна — Уїтні).

Дослідження виявило поліморфність та широкий спектр несприятливих змін у психоемоційній сфері, пов'язаних з особливостями професійної патології. Домінуюче місце серед суб'єктивних змін, асоційованих з ПП, займають несприятливі прояви з боку емоційної сфери: скарги на знижений настрій, відчуття тривоги, а також астенія, утруднення концентрації уваги та різні види інсомнії. У більшості хворих виявлена поліморфність несприятливих проявів з боку психоемоційної сфери: у 11,8 % хворих ОГ1 та 8,3 % хворих ОГ2 виявлено дві, а у 76,5 % хворих ОГ1 та у 79,8 % хворих ОГ2 — три і більше скарг з боку психоемоційної сфери.

У цілому хворим на професійні захворювання притаманні високий рівень депресії, соматизації, міжособистісної сензитивності, обесивних проявів, фобічної, особистісної та реактивної тривожності. При цьому у хворих на патологію органів дихання більшою мірою виражені тривожно-депресивні тенденції, а у хворих на патологію периферичної нервової системи — депресивні та астено-депресивні прояви, що ймовірно пов'язане із клінічними особливостями основного захворювання. Дані дослідження дозволяють говорити про асоційованість професійних захворювань з порушеннями адаптації у вигляді депресивних та тривожно-депресивних розладів і формування несприятливих патохарактерологічних змін, що потребують відповідної корекції.

УДК 616.895.8:362.141-08

*Н. Г. Пшук, Є. Я. Пшук*  
Вінницький національний медичний університет  
ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця

### Роль сімейного ресурсу в ефективності лікування хворих на параноїдну шизофренію

Одним із важливих чинників, який впливає на загальну ефективність лікування хворих на шизофренію, є ресурс сімейної підтримки пацієнта, завдяки якому визначається готовність референтних родичів надати допомогу та підтримку хворому.

За умови інформованої згоди було обстежено референтних родичів (168 осіб, РР) хворих на параноїдну шизофренію. Серед обстежених було 47 дружин, 51 чоловік, 70 — один з батьків. Обстежені перебували у віковому діапазоні від 29 до 76 років (середній вік: «дружини» —  $44,7 \pm 0,9$  років, «чоловіка» —  $53,3 \pm 0,5$  та «один з батьків» —  $62,8 \pm 2,2$  роки). Більшість родичів (54,5 %) мали достатній освітній ценз (середня та вища освіта), постійну роботу мали 47,1 %. 63,4 % РР оцінили сімейний побутовий стан як задовільний, а 76,1 % вказали на незадовільний фінансовий стан сім'ї, який змінився після появи психічно хворої людини в сім'ї. Дослідження сімейної підтримки проводили за опитувальником оцінювання сімейного ресурсу (В. А. Абрамов, 2009).

Загальний аналіз дослідження ресурсу сімейної підтримки у обстежених нами РР дав змогу виявити, що у 35 (20,8 %) він був достатнім (бальна оцінка  $12,4 \pm 0,9$ ). Такі особи розуміли весь спектр порушень зміни життєвого стереотипу сім'ї, виявляли позитивне ставлення до проблем та труднощів пацієнта, намагалися надати емоційну та фінансову підтримку. Вони конструктивно вирішували всі нагальні проблеми, що були пов'язані з проживанням пацієнта в сім'ї та його лікуванням, чітко уявляли собі межу між потребами та реальними і нереальними очікуваннями. Допомога хворому члену сім'ї є важливим елементом функціонування сім'ї загалом. Тому більшість РР, незважаючи на всі складнощі розвитку ситуації, настільки допомагають пацієнту з шизофренією в умовах сім'ї, що відчують себе достатньо реалізованими, в той час коли інші можуть вважати допомогу психічно хворій людини надто обтяжливим елементом власного життя.

У 84 РР (50,0 %) реєструвався обмежений ресурс сімейної підтримки (бальна оцінка  $26,2 \pm 1,3$ ), проявами якого були: зменшення піклування про хворого родича, нездатність адекватно оцінити обсяг необхідної для хворого терапії, небажання вчасно звертати увагу на потреби хворого. Такі особи були не зацікавлені у формуванні позитивної міжособистісної взаємодії, не зовсім реально оцінювали подальші перспективи проживання хворого у сім'ї, вважали, що збільшення навантаження на сім'ю призведе до погіршення сімейного психологічного мікроклімату. Обмежений ресурс сімейної підтримки може формуватись і внаслідок того, що референтні родичі надто інтенсивно включаються у процес піклування про хворого члена сім'ї, навіть більше, ніж це є необхідним. Звужується круг їхніх інтересів, бажань, потреб, виникає страх щодо соціальної ізоляції, виникають стани хронічної незадоволеності тим, що відбувається, тому що страждають і не задовольняються власні потреби РР у відпочинку, спілкуванні, сексуальному житті тощо.

Низький ресурс сімейної підтримки виявлявся у 49 (29,2 %) референтних родичів пацієнтів з шизофренією ( $31,5 \pm 0,4$  бали), що свідчило про наявність дисбалансу