

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 патопсихологічний 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 з використанням непараметричних методів (критерій χ^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

між пріоритетними сферами задоволення потреб членів сім'ї та необхідністю підтримувати та піклуватися про хворого члена сім'ї. Респонденти групи РР вважали, що є дуже багато інших сімейних проблем окрім хворого в сім'ї, звертали увагу на те, що пацієнт повинен сам турбуватися про свої проблеми, їх не турбував психічний стан пацієнта та його ставлення до терапії.

Встановлені особливості свідчать про те, що в сім'ях, де проживає пацієнт з шизофренією, у референтних родичів нівелюються емпатійно-афіліативні тенденції та бажання у міжособистісній взаємодії з хворим, формуються нові дистанційні стосунки з емоційно-ригідними компонентами негативного змісту та відсутністю піклування, що необхідно враховувати під час розроблення психоосвітніх програм.

УДК 616.89-008.441.1:616.85-07

Н. Г. Пушук, Д. П. Слободянюк

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

Зміст та ефективність програми психокорекції та психопрофілактики соціальної дезадаптації у студентської молоді

На теперішній час в світовій науковій психіатричній/медико-психологічній спільноті визначається підвищення зацікавленості вивченням такої патології, як соціальна фобія, яка посідає чільне місце серед невротичних розладів, що маніфестують в молодому віці, та є передумовою і підґрунтям розвитку соціальної дезадаптації (СД). Враховуючи специфічність даного прощарку суспільства, для роботи з цим контингентом повинні бути створені диференційовані психокорекційні і психопрофілактичні заходи, розроблені з урахуванням новітніх технологій та особливостей клінічних проявів й формування СД у студентів.

На ґрунті комплексного обстеження 120 осіб молодого віку — студентів I—II курсів Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, серед яких 67 осіб мали СД різної вираженості, нами визначено основні напрямки психокорекційної роботи, що спрямовані на її подолання, а саме:

1. використання методології та підходів кризового «соціально-психологічного» втручання;
2. проведення індивідуальної та групової психотерапії, спрямованої на подолання соціально-психологічних наслідків фрустрації;
3. централізація уваги на особистості з орієнтацією на її потреби;
4. партнерство та використання усіх впливових соціальних зв'язків.

В цілому, базову програму психокорекції і психопрофілактики СД у студентської молоді можна сформулювати так:

- 1). етап діагностики, встановлення предикторів та клініко-психологічних феноменів СД;
- 2). етап психодіагностики психологічних та психосоціальних предикторів СД як мішеней психокорекції;
- 3). етап диференційованих інтегративних психокорекційних впливів, що складається з декількох послідовних стадій, які можуть бути реалізовані як в індивідуальній, так і груповій формах:
 - а) мотиваційної — спрямованої на інформаційну та мотиваційну роботу із особою, кінцевою метою якої було формування «запиту» на психокорекцію із настановою

особи на лікування з формулюванням її мети, завдань та підписанням психотерапевтичного контракту;

б) когнітивно-поведінкової терапії — з метою виявлення та нівелювання індивідуальних базових дисфункціональних переконань та ірраціональних настанов, провідних «дефектних» когнітивних схем та провокуючих ситуацій, для чого використовували когнітивні техніки у вигляді «Записника-щоденника автоматичних мислей» та когнітивно-поведінкові методики для напрацювання соціально-позитивного адаптованого поведінкового репертуару та м'язової релаксації;

в) гармонізації фізичного стану та прийняття себе — з одного боку, елементи екзистенціальної терапії з метою акцентування уваги на здатності людини вільно вибирати свою долю, відповідальності, й екзистенціальної тривози, самотності й відносинах з іншими, а з іншого — фізичні вправи у вигляді тренувань у спортивному залі, що забезпечували покращання загального самопочуття та поліпшення мозкового кровообігу, та надавали змогу відчути власні можливості, а через вплив фізичного навантаження на норадренергічну та серотонінергічну нейромедіаторні системи — покращити емоційне тло настрою;

4). етап оцінки ефективності психотерапії;

5). етап підтримуючої психотерапії, самодопомоги.

Тривалість загального базового курсу складала від 1,5 до 4 місяців, кількість психокорекційних зустрічей — від 5 до 23 (в середньому — 11).

Оцінення результатів впровадження запропонованої програми психокорекції та психопрофілактики СД у студентської молоді показало її ефективність з покращанням психопатологічної (соціальна фобія) та психосоціальної (труднощі функціонування в різних сферах) складових життєдіяльності.

УДК:616.45-001.1/3:616.895.4-08

Л. В. Рахман¹, М. В. Маркова², Г. М. Кожина³

¹Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів; ²Харківська медична академія післядипломної освіти; ³Харківський національний медичний університет, м. Харків

Роль стресових факторів в синдромогенезі терапевтично резистентних депресій

Терапевтично резистентні депресії (ТРД) на сьогоднішній день виявляються у 30—50 % випадків депресивних розладів. За загальноприйнятими критеріями, депресію вважають резистентною, якщо впродовж двох послідовних курсів (по 3—4 тижні) адекватної монотерапії фармакологічно різними препаратами відмічається відсутність або недостатність клінічної ефективності (редукція симптоматики за шкалою Гамільтона становить менше 50 %). На ґрунті проведених багатьох наукових досліджень встановлено, що ТРД мають певні клініко-психопатологічні особливості, їм властива атиповість та поліморфізм клінічної картини, структурна складність депресивної симптоматики, наявність гетерогенних включень, стертість, монотонність і ригідність, які збільшуються при повторних епізодах, з поступовою соматизацією психопатологічних проявів. Як один із важливих патогенетичних механізмів в розвитку ТРД розглядається вплив стресових факторів, а також вказується на взаємозв'язок стресових чинників із формуванням клінічних та психопатологічних особливостей ТРД.