

Метою роботи була перевірка гіпотези щодо гіршого стану ПСФ у хворих на параноїдну шизофренію за умови коморбідності з кістковим туберкульозом, порівняно зі «звичайними» хворими на параноїдну шизофренію.

Контингент дослідження складався із 120 осіб, хворих на параноїдну шизофренію (ПШ), які протягом 2012—2015 рр. були обстежені на клінічних базах кафедри психіатрії, загальної та медичної психології ДЗ «Дніпропетровська медична академія». Основну групу дослідження (ОГ) склали 60 пацієнтів, які страждали на ПШ та коморбідний кістковий туберкульоз (ККТ), групу порівняння (ГП) — 60 хворих на ПШ.

Основним методом дослідження був клініко-психопатологічний, що включав стандартизоване клінічне інтерв'ю з використанням «Оціночного переліку симптомів і глосарій для психічних розладів ВООЗ» (1994) (Модуль F 2: психотичний синдром), який був доповнений матеріалами ретроспективного аналізу медичної документації та результатами психодіагностичного дослідження.

В результаті дослідження гіпотезу щодо гіршого стану ПСФ у пацієнтів з ПШ за умови коморбідності з ККТ, порівняно зі «звичайними» хворими на ПШ, можна вважати доведеною. Для хворих на ПШ з ККТ виявилось характерним:

а) більша вираженість негативних наслідків нейрорепетитивної терапії в усіх сферах функціонування (розумова діяльність: загальна сума балів — 6,11 в ОГ та 0,47 — в ГП,  $p \leq 0,05$ ; самоконтроль: 1,28 — в ОГ та 4,48 — в ГП,  $p \leq 0,05$ ; регулювання емоційного стану: 1,09 — в ОГ та 5,69 — в ГП,  $p \leq 0,05$ ; фізична активність: 3,71 — в ОГ та 7,61 — в ГП,  $p \leq 0,05$ ; соціальна інтеграція: 1,81 та 0,61 відповідно,  $p \leq 0,05$ ) з вираженим синдромом індиферентності;

б) системні та значно руйнівніші порушення функціонування у суспільстві з проблемами у самообслуговуванні, трудовій діяльності, діяльності у родині та вдома, діяльності у загальносоціальному розумінні (середній показник поведінкової дисфункції в ОГ — 4,8, а в ГП — 3,0);

в) вираженіші прояви поведінкової дисфункції у лікарні (середній показник у ОГ — 4,4, а в ГП — 3,8);

г) більш виражене зниження якості життя, як за власною оцінкою, так і за оцінкою лікаря (інтегрований показник — 4,3 у ОГ й 5,5 — у ГП);

д) превалювання сформованого синдрому госпіталізму (75 % — ОГ й 15 % — ГП).

Отже, аналіз стану психосоціального функціонування хворих на параноїдну шизофренію з коморбідним кістковим туберкульозом довів необхідність розроблення специфічних заходів їх психосоціальної реабілітації.

УДК 616.895.8:362.1

**К. В. Шкода**

*Харківська медична академія післядипломної освіти,  
м. Харків*

### **Особливості ставлення членів родини до довготривалої психічної хвороби родича в батьківських і власних сім'ях пацієнтів**

Важливість впливу сім'ї та стану сімейних стосунків на розвиток і перебіг шизофренії у хворого, на теперішній час не викликає сумніву. Члени родини виявляють особисте піклування та надають не тільки практичну допомогу, але й емоційну підтримку психічно хворому родичу, притому що дуже часто виникають ті чи інші зміни характеру колишніх емоційних зв'язків. Так, зміна звичайних характеристик колишніх взаємовідносин може бути або недовготривалою (під час гострого приступу психічного

розладу), чи тривалою (у разі хронічного захворювання). Коли важке захворювання приходить до родини, в ній порушується сформований гомеостаз родинної системи (ролей, меж, очікувань, побажань та сподівань). І генетичний, і психосоціальний шляхи розвитку родини пацієнта мають важливе значення.

Ігнорування змін родинної системи може нівелювати зусилля лікарів за рахунок упередження членів сім'ї, їх стигмою, амбівалентністю, неправильним ставленням. Без своєчасного втручання родинна здатність адаптуватися до вимог хвороби родича знижується, що негативно впливає на стан як психічно хворого, так і інших членів родини.

Саме тому вивчення сімейного гомеостазу з акцентом на ставлення членів родини до психічно хворого родича, є необхідним задля адекватного планування заходів психосоціальної реабілітації в комплексному лікуванні пацієнта.

На базі Харківського обласного психоневрологічного диспансеру за період 2012—2015 рр. було обстежено 100 чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію, та їх найближчих родичів — матерів або дружин. Давність захворювання складала  $12,7 \pm 3,4$  роки. Підгрупу 1 склали пацієнти, що проживали в батьківській сім'ї, та їх матері (72 родини), підгрупу 2 — психічно хворі, що мали власні сім'ї, та їх дружини (28 родин).

Обстеження родичів здійснювали психодіагностичним методом за допомогою «Шкали структурованого інтерв'ю для визначення ставлення членів родини до хвороби (психіатричного діагнозу) у родича» (В. А. Абрамов зі співав., 2009).

Результати дослідження довели значне переважання викривленого ставлення до хворого з боку дружин, та адекватного — матерів: драматизуюче ставлення встановлене в 20,8 % підгрупи 1 і 39,3 % підгрупи 2; негативне — в 12,5 % підгрупи 1 та 57,1 % підгрупи 2; адекватне ставлення до пацієнта спостерігалось у 66,7 % родин підгрупи 1 і 3,6 % — підгрупи 2.

Отримані дані були покладені нами в основу під час розроблення диференційованих підходів при роботі з родичами психічно хворих зі значною тривалістю захворювання.

УДК:616.89-008.441.1-008.64:616.37-002

**Л. М. Юр'єва, Ю. М. Шевченко**

*Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ*

### **Діагностика психогенних тривожно-депресивних розладів у хворих на гострий панкреатит**

У дослідженні, за умови інформованої згоди, взяли участь 71 пацієнт, які перебували на стаціонарному лікуванні в КУ «Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги» Дніпропетровської обласної ради» (м. Дніпропетровськ) з діагнозом «гострий панкреатит» (К 85.0 за МКХ-10). Серед обстежених було 34 (47,9 %) чоловіки і 37 (52,1 %) жінок у віці від 21 до 60 років, середній вік —  $(38,5 \pm 1,5)$  роки.

Основними методами дослідження були клініко-психопатологічний, скринінг-тест про стан здоров'я РНҚ-9. Вивчення тривожної та депресивної симптоматики проводили за допомогою шкали Шихана. При наявності клінічного рівня розладів за застосованими шкалами стан пацієнтів оцінювали відповідно до критеріїв МКХ-10.

Під час обстеження було виявлено, що більшість пацієнтів мали середню технічну або вищу освіту (78,8 %), пра-

цювали (60,6 %), переважно на робочих спеціальностях (32,4 %), ніколи не перебували у шлюбі (38,0 %). Звертає увагу високий відсоток пацієнтів (43,7 %), в яких рівень освіти і професійної підготовки не відповідає їхньому соціальному стану.

Більшість пацієнтів (58 осіб — 81,7 %) перенесли протягом життя (після 18 років) важкі психоемоційні стреси, пов'язані з професійно-економічними факторами (52,1 %), неблагополуччям сімейного життя (21,1 %), зі смертю близьких людей (8,5 %).

Аналіз психопатологічної симптоматики у хворих на гострий панкреатит виявив низку особливостей кількісної та якісної структури емоційних розладів. За анамнестичними даними, захворювання підшлункової залози маніфестувало у більшості хворих (93,0 % — 66 пацієнтів) після емоційно значимої для особистості гострої або хронічної психотравмуючої ситуації, яка часто мала нерозв'язний характер. Вона відрізнялася поліморфністю, масивністю та залученням різних сфер діяльності пацієнта.

За результатами проведених досліджень, у 35 (49,3 %) хворих на гострий панкреатит виявлено клінічні ознаки психогенних тривожно-депресивних розладів. В 36 випадках (50,7 %) суттєвих відхилень у психічному здоров'ї не спостерігалось.

В усіх пацієнтів психотравмуюча ситуація, яка була ґрунтом для розвитку хвороби, мала гострий характер. Перебіг захворювання був хвилеподібний. Загострення гастроентерологічної симптоматики супроводжувалося значними вегетативними проявами, такими як підвищення швидкості евакуації їжі по травному каналу, серцебиття, підвищена пітливість тощо. Тривога виникала спонтанно, на короткий час, була пов'язана з будь-яким стресом. При подальшому розвитку хвороби навіть необхідність прийняття конкретного рішення або виконання повсякденних, але неприємних обов'язків, могли спровокувати виникнення короткочасної тривоги та загострення гастроентерологічної симптоматики. Застосування звичайних лікарських засобів, що нормалізують діяльність підшлункової залози, хоча і мало деякий позитивний вплив на основні соматичні скарги хворого, але ніяк не впливало на тривогу, яка потребувала додаткового призначення анксиолітиків.

Таким чином, під час дослідження були виявлені специфічні особливості психопатологічної структури, що лежать в основі психогенних тривожно-депресивних розладів у хворих на панкреатит, визначена їхня роль у патогенезі даної патології. Подальше вивчення даної проблеми доцільно проводити шляхом глибокого аналізу зв'язку психогенних факторів, психопатологічних синдромів, соматичних проявів, перебігом та прогнозом захворювання.

УДК 616.015.6:616.45-001.1/3-008.47

**В. В. Ярій<sup>1,2</sup> М. В. Маркова<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Київська міська наркологічна клінічна лікарня «Соціотерапія», м. Київ;

<sup>2</sup>Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

### **Співзалежність як порушення здоров'я, пов'язане зі стресом: варіативність прояву психопатологічних феноменів**

Наявність наркологічного захворювання у одного з членів сім'ї неминуче порушує внутрішньосімейні взаємини і призводить сім'ю до дисфункціонального стану. Доведено, що прояви співзалежності є факторами

ризиком рецидиву залежності від психоактивних речовин у наркологічних хворих, а для самих членів родини через стан хронічного дистресу становить небезпеку щодо розвитку в них захворювань психічної сфери як психіатричного (насамперед, невротичного), так і наркологічного спектра.

Співзалежність — це стан, який є результатом адаптації індивіда до сімейної дисфункції. Змістовно — це закріплена реакція на стрес, яка з плином часу стає засвоєним способом життя, аніж ситуаційним засобом виживання (чим вона була на початку). Показово, що за умови припинення впливу стресового навантаження, співзалежна людина продовжує використовувати набуті патологічні поведінкові паттерни, незважаючи на відсутність чинника психотравматизації.

За визначенням Sh. Wegscheider-Cruse, «співзалежність — це специфічний стан, що характеризується сильною зануреністю і стурбованістю, а також вираженою емоційною, соціальною, а іноді і фізичною залежністю від людини або предмета, яка стає патологічним станом, що впливає на усі рівні життєдіяльності та стосунків суб'єкта. Для стану співзалежності характерні: а) омана, заперечення, самообман; б) компульсивні дії (неусвідомлена ірраціональна поведінка, про яку людина може жалкувати, але все ж діє, якби рухомо невидимою внутрішньою силою); в) «заморожені» почуття; г) низька самооцінка; д) порушення здоров'я, пов'язані зі стресом».

З огляду на наведене, для розуміння можливих мішеней комплексної терапевтично-реабілітаційної роботи з даним контингентом, з метою визначення особливостей клінічних проявів співзалежності як моделі порушення здоров'я, пов'язаного зі стресом, на базі Київської міської наркологічної клінічної лікарні «Соціотерапія» протягом 2012—2015 рр. було обстежено 160 чоловіків, хворих на алкогольну залежність (АЗ), та членів їх сімей.

Обстеження включало комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне дослідження, з використанням шкал тривоги і депресії М. Гамільтона HDRS і HARS, шкали оцінки рівня психосоціального стресу Л. Рідера та методики визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге.

В залежності від типу АЗ у хворих, діагностованих за класифікацією Т. F. Babor, пацієнти та їхні родичі були поділені на дві групи: групу А (в яку увійшли 80 хворих на АЗ, зумовлену соціально-середовищними чинниками, тип А за Т. F. Babor, та 80 членів їхніх родин) і групу Б (яку склали 80 осіб з АЗ типу В за Т. F. Babor, тобто обумовленою впливом індивідуально-генетичних чинників, та 80 їхніх родичів). За так званим «рівнем вживання» групи дослідження були поділені на підгрупи: РА1 (родичі А1) — жінки хворих на АЗ типу «А» чоловіків (горизонтальне вживання), РА2 (родичі А2) — матері хворих на АЗ типу «А» чоловіків (вертикальне вживання). Відповідно, РБ1 (родичі Б1) — жінки хворих на АЗ типу «Б» чоловіків (горизонтальне вживання), РА2 (родичі А2) — матері хворих на АЗ типу «Б» чоловіків (вертикальне вживання).

Як групу порівняння (ГП) обстежено також членів родин медичного персоналу, в яких не було наркологічних проблем (50 осіб).

В результаті дослідження встановлено таке.

Психопатологічні симптоми, які за вираженістю не досягали клінічно окресленої депресії, виявлено у РА1 — 40,0 %, РА2 — 17,5 %, РБ1 — 32,5 %, РБ2 — 12,5,0 %, ГП — 90,0 % ( $p \leq 0,001$ ). Малий депресивний епізод діагностовано у РА1 — 50,0 %, РА2 — 62,5 %, РБ1 — 52,5 %, РБ2 — 65,5 %, ГП — 10,0 % ( $p \leq 0,001$ ). Тяжкий депресивний