

© Пшук Є.Я.

УДК: 616. 895. 8 - 055

Пшук Є.Я.

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м.Вінниця, 21018, Україна)

## СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ РЕФЕРЕНТНИХ РОДИЧІВ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

**Резюме.** Досліджені конструкти якості життя родичів хворих на шизофренію в контексті загального психопатологічного профілю захворювання. Виділено три ранги адаптації сім'ї, де проживає хворий на шизофренію.

**Ключові слова:** якість життя, шизофренія, психопатологія, адаптація.

### Вступ

На сучасному етапі розвитку клінічної психіатрії дослідженню клінічних проявів шизофренії присвячена значна низка наукових публікацій, де висвітлені актуальні клініко-психопатологічні аспекти перебігу хвороби, акцентована увага на особливостях застосування сучасних антипсихотичних препаратів, які є основою терапевтичних втручань [Гурович, Семенова, 2007; Шевченко и др., 2008]. Між тим, все частіше постає питання щодо розробки ґрунтовних психокорекційних програм як для хворих на шизофренію так і для осіб які найчастіше контактують з хворим - референтні родичі. Саме сім'я хворого може надавати ефективний лікувальний вплив або ж, навпаки, виступати в якості чинника, що призводить до появи негативно забарвлених перманентних психічних травм [Кирьянова, Сальникова, 2010].

Загальновідомо, що шизофренічний процес, який починається у підлітковому та юнацькому віці значно погіршує мікроклімат у сім'ї, негативно впливає на її функціонування загалом у соціумі [Вишневская, Гвоздецкий, 2010]. Були виокремлені два основних чинника, які характеризують відношення в сім'ї, де проживає хворий на шизофренію - соціальне дистанціювання сім'ї та надто високі очікування з боку референтного родича, з яким проживає хворий на шизофренію [Прибытков, 2012]. В дійсний час дана проблема функціонування сім'ї психічно хворого розглядається у відносно новому аспекті - з питанням якості життя не лише хворих на шизофренію, але й найближчого оточення пацієнта. Якість життя хворих на шизофренію розглядається як широка модальність їх життєдіяльності, яка залежить від ступеня психологічної адаптації, від впливу екзогенних та психогенних чинників, від соціально-рольового функціонування та міжособистісних стосунків, від сімейного мікросоціального середовища. Найважливішим інтегративним чинником, що впливає на якість життя хворого на шизофренію є особливості його соціального функціонування, які визначають загальний рівень його життєдіяльності [Brissos et al., 2011]. Для загальної оцінки життєдіяльності хворого необхідно враховувати не лише психічний, соціальний, трудовий статус пацієнта, але й його найближчого оточення, тих людей які найчастіше та найближче контактують з пацієнтом (дружина, батько, мати, чоловік) в контексті загального клініко-психопатологічного профілю хвороби.

Сім'я, як соціально-терапевтичне середовище може надавати як адаптивний так і дезадаптивний вплив. Саме сімейна та професійна допомога відіграють важливу роль щодо профілактики повторних госпіталізацій хворих на шизофренію [Гурович, Шмуклер, Сторожакова, 2004; Jukel, Morosini, 2008].

Метою нашого дослідження було вивчення показників якості життя сім'ї, де проживає хворий/а на параноїдну шизофренію.

### Матеріали та методи

За умови інформованої згоди було обстежено 168 сімей, в яких проживає хворий на шизофренію та відповідно 168 хворих (97 чоловіків та 71 жінка). Основними критеріями включення хворих в дослідження були: наявність загальних діагностичних критеріїв шизофренії (F20.0); наявність епізодичних проявів психозу з прогресивним розвитком "негативної" симптоматики у проміжках між психотичними епізодами; стан ремісії; наявність сім'ї власної або ж батьківської; згода дружини, чоловіка або ж іншого референтного родича прийняти участь у дослідженні. Критеріями виключення були: вік хворих молодше 23 років та старше 45 років з метою виключення вікових патопластичних впливів на прояв хвороби; домінування в клінічній картині неадекватності у поведінці; наявність гострої продуктивної симптоматики або ж наявність гострого маніакального чи депресивного стану; наявність ознак шизофренічного дефекту. За діагностичними критеріями МКХ10 у 77 пацієнтів діагностувався епізодичний тип перебігу з наростаючим дефектом та у 91- безперервний. Обстежені хворі перебували у віці від 23 до 45 років (в середньому 34,1±0,8 років). Тривалість спостереження цих хворих відповідала вимогам МКХ10 та була не менше року, в середньому 2,7 року. Зі всього загалу обстежених тривалість хвороби у 57 пацієнтів була до 4-х років, у 58 -4- 8 років та у 53хворих більше 8 років. Середній вік маніфестації захворювання - 25,3±2,9 років. 74 пацієнта мали власну сім'ю (обстежені були дружини пацієнтів - Д чи Ч), 94хворих - проживали з батьками (референтний родич батько або ж мати - РР). 29,7% сімей охарактеризували власний матеріальний стан як незадовільний. 66,1% сімей констатували порушення міжособистісних стосунків в сім'ї, що виникли внаслідок

док появи в сім'ї хворого на шизофренію. Контрольну групу склали 55 сімей, де не проживають психічно хворі.

Методи дослідження, що використані у дослідженні: клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний. Верифікація діагнозу за критеріями МКХ-10 - включала в себе збір анамнезу та визначення психічного статусу. Для стандартизованої оцінки різних векторів психопатологічної симптоматики шизофренії, таких, що визначають її клінічний профіль, була використана Шкала позитивних та негативних синдромів [Kay et al., 1988]; з метою оцінки якості використовували російськомовну версію опитувальника MOS SF - 36 [Burns, Patrick, 2007; Figueira, Brissos, 2011]]. Опитувальник охоплює 8 категорій якості життя, оцінює фізичний та психічний компоненти здоров'я: фізичне функціонування, рольове функціонування, фізичний біль, загальний стан здоров'я, життєва активність, соціальне функціонування, рольове емоційне функціонування, психічне здоров'я.

### Результати. Обговорення

Аналіз динаміки розвитку хвороби показав, що в ініціальному періоді розвитку шизофренії у обстежених нами хворих виявлялись неврозоподібні порушення (46,1%), спонтанні субафективні коливання з переважанням ознак депресивного регістру (49,4%), наявність епізодів безпідставного страху чи тривоги (66,8%); психопатоподібні розлади (31,3%). Ознаками психотичної маніфестації були маячні синдроми та галюцинаторні розлади (34,9%), афективно-маячні стани (57,2%). У постманіфестний період реєструвались параноїдні стани з несистематизованим маяченням (42,1%), афективно-маячні стани (53,8%), синдром Кандинського-Клерамбо (39,3%), онейроїдний синдром (2,5%).

Дослідження вираженості симптомів шизофренічного регістру у пацієнтів у стані ремісії дозволило виявити наявність як позитивних так і негативних та загальнопсихопатологічних ознак за шкалою PANSS. Ступінь вираженості позитивних розладів, до яких були віднесені маячення, галюцинації, збудження, ідеї величчя, підозра, ворожість, становила  $18 \pm 2$  балів. Для таких хворих було характерним переважання розладів мислення, що пов'язано з ригідністю особистісної позиції, недовіра, підозра, ворожість до оточуючих, паралогічність мислення, маячні ідеї відношення, переслідування, особливої значущості. Підозра та недовіра до оточуючих до оточуючих зазвичай мали тенденцію підсилювати ворожість та сприяли розриву міжособистісних стосунків. Вираженість негативних розладів (сплощений афект, емоційна відмежованість, труднощі у спілкуванні, соціальна пасивно-апатична відгороженість, порушення абстрактного мислення, порушення спонтанності та плавності мови, стереотипне мислення), становила  $29 \pm 6$  балів. Для таких пацієнтів були притаманними втрата гнучкості у стосунках з іншими, ригідність особистісних позицій, дефіцит активності, складнощі у

розумінні ситуацій та абстрактних понять, звуження кола інтересів, емоційна вялість, бездіяльність, формувалась тенденція до соціальної ізоляції. Загальнопсихопатологічні симптоми були представлені тривогою, відчуттям провини, напругою, манірністю, депресією, моторною загальмованістю, порушенням уваги, зниженням критики до свого стану, порушенням вольових процесів, зниженням самоконтролю, активною соціальною відмежованістю. Ступінь вираженості цих проявів становила  $46 \pm 8$  балів. Повсякденна клінічна практика доводить, що шизофренічний процес значно погіршує сімейний мікроклімат, негативно відображається на функціонуванні пацієнта у власній чи батьківській сім'ї. З'являються нові форми стосунків - соціальне дистанціювання сім'ї або ж завищені очікування з боку референтних родичів.

Як свідчать отримані нами дані за всіма конструктами соціального функціонування референтні родичі, які надають соціальну підтримку пацієнтам з шизофренією, виявляють його достовірне зниження. Особливо це стосується показників емоційного, соціального функціонування та психічного здоров'я. Звісно, наявність психічно хворої особи в сім'ї повністю змінює динамічний стереотип її функціонування. З'являються нові мотиваційні компоненти, видозмінюються форми міжособистісної комунікації у членів сім'ї, все частіше постають питання, пов'язані з індивідуально-психологічною адаптацією не лише пацієнта, а й членів сім'ї. Розподіл сумарних балів за опитувальником SF-36 та їх аналіз дозволив виділити 3 рівня (ранга) адаптації референтних родичів хворого на шизофренію: I ранг адаптації - надто знижений (41 особа, 24,4%); II ранг - знижений (68 осіб, 38,8%) та III - задовільний (59 осіб, 36,8%).

### Висновки та перспективи подальших розробок

Таким чином, дослідження конструктів якості життя та соціального функціонування референтних родичів хворих на шизофренію дозволяє в контексті загальноклініко-психопатологічного профілю хвороби виявити 3 ранга адаптації: надто знижений, знижений та задовільний.

Дослідження якості життя референтних родичів хворих на шизофренію може слугувати підґрунтям щодо формування в подальшому психоосвітніх програм для сімейної інтервенції хворих на шизофренію. При цьому необхідно враховувати тип перебігу та тривалість хвороби, наявність чи відсутність шизофренічного дефекту, стан фінансового забезпечення сім'ї, рівень емоційної та інтелектуальної взаємодії в сім'ї, загальний аналіз сімейних проблем, оцінку особистісних особливостей не лише пацієнта, а й референтних родичів, рівень вже сформованої комплаєнтності, соматичний стан членів сім'ї, тип реагування сім'ї на наявність психічно хворої особи.

## Список літератури

- Социальное функционирование больных параноидной шизофренией в ремиссии /Вишневская О.А., Гвоздецкий А.Н., Петрова Н.Н. //Социальная и клиническая психиатрия.-2012.- Т.22.-№4.-С.30-35.
- Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции /Гурович И.Я., Семенова Н.Д. //Социальная и клиническая психиатрия.- 2007.- Т. 17.- № 4.- С. 78-85.
- Гурович И.Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А..- М.:2004.- 492 с.
- Социальное функционирование и качество жизни психически больных - важнейший показатель эффективности психиатрической помощи /Кирьянова Е.М., Сальникова Л.И // Социальная и клиническая психиатрия.- 2010.- Т. 20.- № 3.- С.73-74.
- Прибытков А.А. Нарушение социального функционирования больных шизофренией /Прибытков А.А. //Социальная и клиническая психиатрия.- 2012.- Т.22.- №4.- С.27-29.
- Шевченко В.А. Клинико-социальные характеристики различных групп психически больных и особенности оказания им комплексной профессиональной психиатрической помощи / Шевченко В.А., Шмуклер А.Б., Гаврилова Е.К. //Росс. психиатрический журнал.- 2008.- №5.- С.70-74.
- Brissos S. The importance of measuring psychosocial functioning in schizophrenia /Brissos S., Molodynski A., Dias V.V //Ann. Gen. Psychiatry., 2011.- Vol.10.- P.18-19.
- Burns T., Patrick D. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies //Acta Psychiatr. Scand. 2007.- Vol.6.- P.403-418.
- Figueira M.L.Measuring psychosocial outcomes in schizophrenia patients / Figueira M.L., Brissos S.D. //Curr. Opin. Psychiatry, 2011.- Vol.2.- P.91-99.
- Jukel G. The new approach: psychosocial functioning as a necessary outcome criterion for therapeutic success in schizophrenia /Jukel G., Morosini P.L. //Curr. Opin. Psychiatry, 2008.- Vol.6.- P.630-639.
- Kay S.R. Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics /Kay S.R., Opler L.A., Lindenmayer J.P. //Psychiat Res.- 1988.-Vol.23.- P.10.

**Пшук Е.Я.**

## СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ РЕФЕРЕНТНЫХ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

**Резюме.** Исследованы конструкты качества жизни родственников больных шизофренией в контексте общего психопатологического профиля заболевания. Выделены три ранга адаптации семьи, где проживает больной шизофренией.

**Ключевые слова:** качество жизни, шизофрения, психопатология, адаптация.

**Pshuk Ye.Ya.**

## SOCIAL FUNCTIONING OF REFERENCE RELATIVES OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

**Summary.** The constructs of the quality of life of the relatives of the patients with schizophrenia are investigated in the context of the general psychopathological profile of the disease. The three ranks of adaptation of the family, where the schizophrenic lives are identified.

**Key words:** quality of life, schizophrenia, psychopathology, adaptation.

Стаття надійшла до редакції 18.04.2013р.

Пшук Євген Ярославович - асистент кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова; (0432) 507947.

© Константинович Т. В.

УДК: 616/248: 616.89 - 008: 616 - 08 - 008.1

**Константинович Т.В.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова кафедра пропедевтики внутрішньої медицини (Хмельницьке шосе, 96, м.Вінниця, 21029, МКЛ №1, Україна)

## ОСОБЛИВОСТІ ПАРАМЕТРІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ЗА ФІКСОВАНИХ РОЗЛАДІВ ЕМОЦІЙНО-ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ ТА ЇХ ДИНАМІКА ПІД ВПЛИВОМ ТЕРАПІЇ

**Резюме.** Метою роботи було вивчення показників якості життя (ЯК) у хворих на бронхіальну астму (БА) залежно від фіксованих розладів емоційно-психічної сфери (ФР ЕПС) та їх динаміки під впливом різних режимів терапії. На I етапі було обстежено 207 хворих на БА та 82 практично здорових осіб (контрольна група) з використанням загальноприйнятих клінічних, інструментальних і психологічних методів дослідження. На II етапі була сформована вибірка з 78 амбулаторних хворих (легка БА - 8, середньоважка БА - 40, важка БА - 30) для визначення динаміки ЯЖ під впливом препаратів психотропної дії (афобазол та пірацетам/тіотриазолін) в комплексному лікуванні БА. Встановлено, що хворі на БА в цілому мають значуще низьку ЯК за усіма параметрами фізичного, психічного статусів, показниками загального здоров'я та оцінки здоров'я у порівнянні з попереднім роком порівняно із особами контрольної групи. Параметри ЯЖ залежать від важкості перебігу БА: важкий перебіг та загострення поєднуються з низькими параметрами ЯЖ з урахуванням психічного, фізичного статусів, ЖЗ та ЖЗ, викликаючи щорічне зниження оцінки рівня свого здоров'я хворими. ЯЖ прогресивно знижується не лише завдяки зростанню важкості БА, але й підлягає негативним впливам супутніх клінічно значущих ФР ЕПС, при цьому найбільш вразливими виступають показники ролі фізичних та емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності, психічне здоров'я та загальний рівень здоров'я, виразність