

## Т Е З И

### С. М. Мороз, Н. В. Турищева, С. Я. Яновская ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ

Обласная клиническая больница им. И. И. Мечникова, г. Днепропетровск

Значительный прогресс в диагностике и в лечении эпилепсии поставил задачу дальнейшего изучения множества возникших неразрешенных вопросов и непонятных или несогласующихся с общей картиной заболевания клинических фактов. Одним из наиболее распространенных клинических фактов остается вопрос о психических пароксизмальных состояниях и их принадлежности к эпилептической болезни. Более детальное изучение данного вопроса позволяет сформулировать целый ряд задач, решение которых во многом облегчит процесс диагностики, лечения и реабилитации пациентов с психическими пароксизмальными состояниями. К ним относятся: определение очага патологической активности, длительность и частота припадков, характер психических нарушений в период пароксизма и межприступный период, принципы успешной терапии имеющихся нарушений, что позволит более точно определить происхождение тех или иных клинических проявлений пароксизмальных состояний.

В настоящее время электроэнцефалография является одним из самых распространенных методов исследования деятельности головного мозга человека, поскольку этот метод полностью безвреден, безболезнен и неинвазивен, а изменения ЭЭГ, отражая состояние головного мозга, позволяют выявить локализацию повреждения, наиболее пострадавшие в результате заболевания структуры, вторично вовлеченные в патологический процесс, а также контролировать динамику заболевания в ходе лечения.

В последнее время получил развитие метод топографического картирования ЭЭГ – представление данных спектрально-когерентного анализа в форме карт распределения его показателей по поверхности головы в условиях одновременной регистрации анализа ЭЭГ от многих точек коры. Такая форма представления анализа ЭЭГ позволяет с определенной условностью в наглядной форме судить об общем характере электрических процессов мозга в целом.

Таким образом, опираясь на современные возможности ЭЭГ, целью нашего исследования стало изучение

психических пароксизмов в структуре эпилепсии, зависимость их проявления от характера и локализации ЭЭГ изменений.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 84 больных с впервые выявленными психическими пароксизмальными состояниями на базе Днепропетровской Областной клинической больницы им. И. И. Мечникова. Среди обследованных было 46 мужчин, 38 женщин в возрасте 19–46 лет. Всем больным было проведено электроэнцефалографическое обследование мозга с топографическим картированием.

Результаты исследования. В результате исследования нами выявлены следующие психические пароксизмальные состояния:

1. Психомоторные – 2%,
2. Психосенсорные – 9%,
3. Сумеречные расстройства сознания – 1%,
4. Аффективные – 8%,
5. Пароксизмальные дисфории – 10%,
6. Фобические – 13%,
7. Сенестопатические – 9%,
8. Висцеральные – 21%,
9. Вегетативные – 26%.

68% больных обнаруживали предприпадочное или постприпадочное состояние в виде различных видов ауры. При анализе результатов ЭЭГ картирования было обнаружено, что в 85% случаев регистрируется повышенная судорожная готовность или субклиническая эпилептиформная активность, локализуемая преимущественно в височных, лобно-височных, корковых и подкорковых отделах головного мозга. В 15% случаев изменения ЭЭГ характеризуются раздражением диэнцефальных или стволовых структур головного мозга, что ставит под сомнение принадлежность данной категории приступов к эпилептической болезни.

Выводы:

При наличии очага эпилептической активности в лобных, теменных и височных отделах головного мозга, наличии предприступной ауры, вторичной генерализации припадков в анамнезе или актуальном состоянии,

принадлежность психических пароксизмов не вызывает сомнения и должна рассматриваться, как кратковременные психические расстройства, заменяющие судорожный припадок.

В случае выявления пароксизмальной активности стволовых или дизэнцефальных структур головного мозга, не носящей характера эпилептиформной,

преобладание в структуре приступа вегетативных, аффективных и фобических расстройств может рассматриваться как психические пароксизмы неэпилептической природы.

Лечение психических пароксизмальных состояний во всех случаях требует назначения противосудорожной терапии.

**Дзвенислава Чайківська**

## **ДОМАШНЯ ОПІКА В УКРАЇНІ. ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ ПЕРСОНАЛУ ПО ДОГЛЯДУ ЗА ОСОБАМИ ПОХИЛОГО ВІКУ З КОГНІТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ** МБФ «Карітас України», «Шпиталь імені митрополита Андрея Шептицького»

Частка літніх людей в загальній чисельності населення Європи є найбільшою в світі. Вісімнадцять з двадцяти країн світу з найбільшою кількістю літніх людей знаходяться в Європі. Некоректно прирівнювати вік до хвороби, проте фактом є те, що в старості прогресує зростає кількість захворювань і, як наслідок, збільшується потреба в лікуванні та догляді. Демографічний розвиток і тривала міграція молодих людей з країн Східної Європи і Центральної Азії призводять до зростаючої потреби у догляді за літніми людьми та їх забезпеченні. Потреба в догляді посилюється в східно-європейських країнах через недосконале медичне страхування (або його відсутність), а для бідних людей часто - через недоступність медичного обслуговування. Відсутні пропозиції по забезпеченню хворого вдома необхідним лікуванням, реабілітацією та доглядом. Доступ до медичного забезпечення є правом, записаним у статуті основних прав Європейського союзу, що захищають людську гідність. Право людини на медичне забезпечення гарантовано в конституціях більшості держав. Однак реально доступ до охорони здоров'я, рівний для всіх громадян не завжди реалізується. Навіть у тому випадку, коли лікарська допомога законодавчо закріплена, це не означає, що при необхідності нею можна скористатися. Необхідну діагностику і послуги з проведення лікування у більшості випадків можна отримати тільки за додаткову оплату, що, в свою чергу, неможливо через обмежений дохід або пенсію. Догляд за хворими вдома не може компенсувати відсутнє медичне забезпечення. МБФ «Карітас України» з 1999 року почав імплементувати в Україні модель Домашньої опіки за особами похилого віку, хворими та немічними. Основною цільовою групою є самотні старенькі люди, що потребують стороннього догляду.

Перші кроки впровадження програми показали недосконалість підготовки фахівців по догляді. Спеціалізації доглядальника, фахівця, який вмів би надавати не тільки кваліфіковану медичну та соціальну допомогу, але і здійснювати догляд за тілом, шкірою і знався на особливостях психологічного стану хворих та старих людей досі в Україні не готують.

Особливості догляду за особами похилого віку з ознаками старечої деменції, хвороби Альцгеймера інших

порушеннях психіки також стали одним з проблемних питань у організації допомоги особам цієї категорії вдома.

Під час догляду за пацієнтом похилого чи старечого віку, потрібно брати до уваги фізіологічні та біологічні зміни, які зазвичай пов'язані із старінням. Особа такого віку може мати одне або більше хронічних захворювань, які ускладнюють догляд за нею.

Соціально-економічний та психологічні фактори, зокрема самотність, збільшення потреби в опіці з боку рідних, нові вимоги до харчування, нестача грошей для купівлі корисних продуктів харчування - все це негативно впливає на стан здоров'я людини похилого віку та його психічний стан.

Пацієнт похилого віку може мати неправильне уявлення про стан свого здоров'я. Старіючи, люди можуть присвячувати йому надмірну увагу або, навпаки, ігнорувати ним. Пацієнт може не звертати увагу на серйозні проблеми, оскільки не хоче, щоб його побоювання справилися. Якщо пацієнт серйозно хворий, то під час розпитування про історію хвороби він може здогадатися про важкість свого стану.

Оцінка самостійності пацієнта у повсякденному житті, виконанні ЩВД, підтверджена інструментальними методами дослідження, необхідна для упевненості, що догляд за ним є корисним і належним.

Параметри функціонального стану пацієнта допомагають визначити відповідний реабілітаційний курс і зрозуміти його потреби у спеціальному обслуговуванні, а також у трудотерапії. Для визначення ЩВД належить оцінити функціональну самостійність пацієнта під час купання, одягання, відвідування туалету, переміщення та споживання їжі. Для визначення рівня інструментальної ЩВД потрібно оцінити такі функції, як приготування їжі, виконання прання, використання транспорту, вживання медикаментів і здійснення фінансових розрахунків.

До типових психологічних проблем пацієнтів похилого віку належать: деменція, делірій, депресія, похмурість, зловживання різними речовинами, параноя і тривожність.

Деменція, розумова неповноцінність – це незворотний розумовий стан, для якого характерні зменшення когнітивних функцій, погіршення пам'яті, зміни

особистості, порушенням раціонального мислення. Найпоширенішою причиною розумової неповноцінності є хвороба Альцгеймера. До інших чинників належать: післяінсультна деменція, хвороби Піка, Кройтцфельда-Якоба, Бінсвангера і СНІД.

Делірій, або гостра дезорієнтація спричинює інтелектуальну недостатність, порушення вимови, розгубленість, дезорієнтацію, порушення пам'яті. Пацієнт може мати галюцинації, ілюзії, зміни у рівнях моторної активності. Стан делірію може бути наслідком поганого харчування, інтоксикації ліками, порушення водно-електролітної рівноваги, інфекції, гіпоксії мозку, депресії, ізоляції чи впливу довкілля. Делірій часом буває передсмертним станом. Якщо його виявити на ранній стадії та правильно лікувати, пацієнта можна вивести з такого стану.

Депресія часто трапляється в осіб похилого віку і здебільшого вона є незначною або взагалі непомітною. Депресія може виявлятися через зміни в поведінці (апатія, інертність), у процесах мислення (розгубленість, дезорієнтування, порушення раціонального мислення) або соматичні порушення (втрата апетиту, закріп чи безсоння). В осіб старечого віку депресія часто нагадує хворобу Альцгеймера.

Пацієнти похилого віку часто страждають від втрати роботи, прибутків, друзів, сім'ї чи, навіть, власного дому. Такі обставини спричинюють стрес, який має психологічні та фізіологічні наслідки. Він може призвести до патологічної больової реакції, що набирає форми захворювання. Іноді самотність, зловживання алкоголю, звільнення з роботи, втрата здоров'я, смерть близької людини можуть спонукати особу похилого віку до самогубства.

Серед пацієнтів похилого віку часом трапляються зловживання різними речовинами, які у відповідь на великі життєві зміни і важкі стреси, призводять до спроби самогубства. Якщо пацієнт вживає велику кількість медикаментів або якщо він має симптоми зловживання алкоголем, зокрема жовтяницю і тремор, з'ясуйте, чи не було в нього роздумів про самогубство.

У пацієнтів з параноєю ми намагаємося з'ясувати, що стало причиною цього захворювання. Параноя часто з'являється внаслідок втрати сенсорних функцій (які можна частково відновити за допомогою окулярів та слухового апарату), психологічних проблем, реального страху перед нападом чи пограбуванням.

До симптомів параної належать: виражене відчуття самотності і страху, непередбачувана поведінка, недовіра до інших, відчуття переслідування.

Процес пристосування до фізичних, емоційних, соціально-економічних змін може призвести у пацієнтів похилого віку до гострої стривоженості, яка часом набуває форм розгубленості і дезорієнтації.

Ризик поранення пов'язаний із зміною церебральних функцій, зниженням рухливості, послабленням чутливості, небезпечним довкіллям.

Необхідність спеціальних знань у персоналу що здійснює догляд за особами з когнітивними порушеннями є очевидною. Тому система підвищення кваліфікації повинна бути значно підсилена саме такими знаннями і навичками догляду не тільки для працівників з медичною освітою, але і для соціальних працівників і членів родин, які самостійно здійснюють догляд за хворими вдома.

О. О. Суховій<sup>1</sup>, І. А. Рассказова<sup>2</sup>

### ЗАСТОСУВАННЯ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ У ВИДІ НАДАННЯ АМБУЛАТОРНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ПРИМУСОВОМУ ПОРЯДКУ, СТОСОВНО ОСІБ З ОРГАНІЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ (СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ЗА 2010-2012 РР.)

<sup>1</sup>Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

<sup>2</sup>Комунальна лікувально-профілактична установа «Міська психіатрична лікарня № 1 м. Макіївка»

Примусові заходи медичного характеру (ПЗМХ) у виді надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку (АПДПП) є відносно новим видом примусових психіатричних заходів, який застосовується з моменту набуття чинності Кримінальним кодексом України у 2001 році. Згідно з даними, які було отримано від 20 регіонів України (дані не було надано Івано-Франківською, Миколаївською, Одеською, Полтавською, Сумською, Херсонською областями та м. Севастополь), зазначений вид ПЗМХ застосовувався у 2010 р. – до 1197 осіб, у 2011 р. – до 1346 осіб, у 2012 р. – до 1520 осіб, а фактична кількість осіб на кінець року складала: у 2010 р. – 894, у 2011 р. – 1005, у 2012 р. – 1115 осіб.

Абсолютну більшість серед психічних розладів у зазначеного контингенту осіб складали: шизофренія (F20 за МКХ-10) – ~55%, розумова відсталість (F70-F79 за МКХ-10) – ~18%, органічні психічні розлади (F00-F09 за МКХ-10) – ~17% (у середньому, за 2010–2012 рр.). Отримані дані суттєво відрізняються від структурного розподілу психічних розладів у популяції. Відповідно до інформаційно-аналітичного огляду за 2008–2012 рр. «Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні» (Київ, 2013 р.), абсолютні дані щодо поширеності психічних розладів свідчать про наступне: протягом 2010-2012 рр. поміж осіб, які хворіли на психічні розлади, у ~13% було діагностовано шизофренію (F20 за МКХ-10), у ~23% – розумову відсталість



(F70-F79 за МКХ-10), у ~27% осіб – органічні психічні розлади (F00-F09 за МКХ-10).

Вказані відмінності спонукали до проведення більш широкого статистичного порівняння стану застосування ПЗМХ у виді надання АПДПП до осіб, які хворіють на органічні психічні розлади, з даними щодо рекомендації таким особам ПЗМХ, за результатами проведених амбулаторних та стаціонарних судово-психіатричних експертиз (СПЕ), а також з даними про застосування до осіб АПДПП у порядку цивільного судочинства.

Згідно з даними, які було надано 20 регіонами України, ПЗМХ у виді надання АПДПП застосовувались у 2010 р. до 189 осіб з органічними психічними розладами (F00-F09 за МКХ-10) серед 1102 осіб, до яких протягом 2010 року застосовувався даний вид ПЗМХ (17,2%), у 2011 р. – до 214 осіб серед 1227 (17,4%), у 2012 р. – до 249 осіб серед 1402 (17,8%).

З форми медичної статистичної звітності № 38-здоров «Звіт щодо проведення судово-психіатричних експертиз» за 2010-2012 рр. відомо, що в результаті проведення СПЕ серед всіх осіб, яким експертами було рекомендовано застосування ПЗМХ у виді надання АПДПП, органічні психічні розлади (F00-F09 за МКХ-10) було діагностовано: станом на 2010 р. – 106 особам серед 408 (26,0%), у 2011 р. – 126 особам серед 464 (27,2%), у 2012 р. – 127 особам серед 482 (26,3%), що становить у сукупності за 2010-2012 рр. – 359 серед 1354 осіб (26,5%). У тому числі, особам, які були визнані обмежено осудними, даний вид ПЗМХ було рекомендовано експертами стосовно осіб з органічними психічними розладами: станом на 2010 р. – 64 серед 221 (29,0%), у 2011 р. – 76 серед 230 (33,0%), у 2012 р. – 74 серед 263 (28,1%), що становить у сукупності за 2010-2012 рр. – 214 серед 714 осіб (30,0%). Зазначені відносні показники наближуються до показників поширеності органічних психічних розладів у популяції.

У той самий час, аналіз рекомендацій експертів щодо застосування стаціонарних видів ПЗМХ до осіб з органічними психічними розладами (згідно з формою № 38-здоров, за 2010-2012 рр.) свідчить про подібність відносних показників цієї групи до даних про фактичне застосування ПЗМХ у виді надання АПДПП. Так, ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу із суворим наглядом, станом на 2010 р., було рекомендовано 27 особам з органічними психічними розладами серед 177 (15,3%), у 2011 р. – 27 особам серед 174 (15,5%), у 2012 р. – 43 особам серед 161 (26,7%), що становить у сукупності за 2010-2012 рр. – 97 осіб серед 512 (18,9%). ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом, станом на 2010 р., було рекомендовано 25 особам з органічними психічними розладами серед 198 (12,6%), у 2011 р. – 46 особам серед 250 (18,4%), у 2012 р. – 38 особам серед 208 (18,3%), що становить у сукупності за 2010-2012 рр. – 109 осіб серед 656 (16,6%). ПЗМХ у вигляді госпіталізації до

психіатричного закладу із загальним наглядом, станом на 2010 р., було рекомендовано 133 особам з органічними психічними розладами серед 792 (16,8%), у 2011 р. – 145 особам серед 869 (16,7%), у 2012 р. – 105 особам серед 787 (13,3%), що становить у сукупності за 2010-2012 рр. – 383 особи серед 2448 (15,6%).

На жаль, форма медичної статистичної звітності №10 «Звіт про захворювання осіб з розладами психіки та поведінки» є недосконалою та не передбачає внесення даних щодо нозологічної структури психічних розладів серед осіб, до яких застосовуються амбулаторні та стаціонарні види ПЗМХ, а також серед осіб, яким надається АПДПП у порядку цивільного судочинства. Примусові психіатричні заходи знаходять відображення у формі №10 тільки в таб. 2120 та таб. 2310, які передбачають лише внесення загальних даних; нозологічна структура вказується тільки щодо осіб, які були госпіталізовані до психіатричного закладу в примусовому порядку – у таб. 2300.

Згідно з даними, які було надано 20 регіонами України, АПДПП у порядку цивільного судочинства станом на 2010 р. надавалась 57 особам з органічними психічними розладами серед 504 осіб (11,3%), у 2011 р. – 62 особам серед 532 (11,7%), у 2012 р. – 65 особам серед 562 (11,6%). Необхідно констатувати, що в даній групі відносні показники поширеності органічних психічних розладів є нижчими за будь-які з вищенаведених.

Таким чином, протягом 2010-2012 рр. у 26,5% осіб, яким за результатами СПЕ було рекомендовано застосування ПЗМХ у вигляді надання АПДПП, відзначались органічні психічні розлади. Вказане практично не відрізняється від даних про поширеність таких розладів у популяції – 27,0%. Але лише відносно 17,5% серед фактичної кількості осіб, до яких застосовується цей вид ПЗМХ, встановлено діагноз, що відповідає рубриці F00-F09 за МКХ-10. Дані стосовно рекомендацій СПЕ щодо призначення стаціонарних видів ПЗМХ свідчать про наявність діагнозу з рубрики органічних психічних розладів (F00-F09 за МКХ-10) у 15,6-18,9% осіб, в залежності від виду ПЗМХ. Встановити фактичний відсоток осіб, які хворіють на органічні психічні розлади, серед осіб, до яких застосовуються стаціонарні види ПЗМХ, наразі не виявилось можливим.

Розбіжності між даними за рекомендаціями СПЕ та фактичним станом застосування ПЗМХ у вигляді надання АПДПП обумовлені значною кількістю факторів, серед яких на перший план виступають особливості судового розгляду таких справ, недостатня інструктивно-методична розробленість застосування даного виду ПЗМХ та недоліки діючих форм медичної статистичної звітності. Все вищезазначене спонукає до подальшого ґрунтовного дослідження стану застосування ПЗМХ у виді надання АПДПП особам, які хворіють на органічні психічні розлади.

**Н. Г. Пшук, М. В. Коваленко, І. В. Коваленко**  
**АКТУАЛЬНІСТЬ ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ**  
**У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ВНЗ**

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

Однією з актуальних проблем сучасного суспільства, що стрімко розвивається, є формування особистості, яка постійно самовдосконалюється, здатна ефективно функціонувати в складній системі соціальних відносин, здійснювати активний вплив на існуючу дійсність. Пріоритетними для особистості стають такі риси та якості, як активність, здатність до творчості, соціальна відповідальність, високий рівень освіти та професійний рівень. Культ високих досягнень, успіху фактично став соціо-культуральним стандартом сучасного суспільства. Відповідно до цих стандартів у процесі навчання в медичному ВНЗ студенти мотивовані на отримання високопрофесійних знань, набуття професійної компетентності, прагнуть до саморозвитку та професійної самореалізації. Намагання відповідати всім цим вимогам може набувати перфекційного характеру нестримного прагнення до недосяжної досконалості.

Перфекціонізм – багатомірний конструкт, параметри якого відображають як внутрішньоособистісні, так і міжособистісні аспекти. Перфекційне спрямування особистості має як позитивний, так і негативний вплив на соціальну адаптацію студентів у процесі навчання.

Було встановлено зв'язок перфекціонізму з конструктивним прагненням до досягнень, позитивним афектом,

позитивною самооцінкою, ефективними стратегіями навчання, хорошою академічною успішністю, високими досягненнями в різних сферах професійної діяльності, позитивними інтерперсональними якостями, упевненістю в собі, альтруїстичними соціальними установками, формуванням адаптивних копінг-стратегій.

«Невротичний» перфекціонізм демонструє кореляційні зв'язки з цілим рядом дезадаптивних явищ: ірраціональним мисленням, схильністю до самокритики і самозвинувачення, ускладненнями у спілкуванні, прокрастинацією, дезадаптивними копінг-стратегіями, порушенням адаптації, що може призводити до широкого кола психічних та поведінкових розладів, у тому числі депресії, тривоги, obsesивно-компульсивних розладів, суїцидальних тенденцій, соматоформних розладів, розладів харчової поведінки, сексуальних дисфункцій, розладів особистості.

Дослідження феномену перфекціонізму, його динаміки в процесі навчання, взаємозв'язок його рівня та окремих параметрів з характерологічними особливостями та формуванням адаптивних якостей особистості у студентів різних факультетів медичного ВНЗ є важливим для здійснення підготовки фахівця, адаптованого до майбутньої професійної лікарської діяльності.

**Н. Г. Пшук, Є. Я. Пшук**  
**ОЦІНКА РІВНЯ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ СІМ'Ї,**  
**ДЕ ПРОЖИВАЄ ХВОРИЙ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ**  
**Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова**

У всьому світі цікавість до проблеми якості життя хворого на шизофренію та його сім'ї визначається процесами деінституціоналізації. Наслідком такого явища стала необхідність адаптації в суспільстві значного числа хворих. Однак цей процес є неоднозначним. Скорочення кількості стаціонарів призводить до того, що більшість пацієнтів потрапляють в неблагоприємні умови. Порушуються схеми застосування психофармакотерапії, а сім'я, де проживає хворий, не завжди готова на себе взяти тягар проблем щодо адаптації хворого у середовищі. На сьогодні метою терапії осіб із психічними розладами є не тільки купірування психопатологічної симптоматики, але й покращання якості життя та соціального функціонування пацієнта та його сім'ї в новій реальності.

**Метою** нашого дослідження було оцінити рівень соціального функціонування дружин та референтних родичів чоловіків, які страждають на параноїдну шизофренію.

**Матеріал та методи дослідження.** За умови інформованої згоди було обстежено 168 сімей, у яких проживає хворий на шизофренію (всі хворі особи чоловічої статі). Основними критеріями включення 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 або ж референтного родича прийняти участь у дослідженні. За діагностичними критеріями МКХ 10 у 77 пацієнтів діагностувався епізодичний тип перебігу з наростаючим дефектом та у 91 – безперервний. Обстежені хворі перебували у віці від 23 до 45 років (у середньому  $34,1 \pm 0,8$  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 53 хворих більше 8 років. Середній

вік маніфестації захворювання –  $25,3 \pm 2,9$  років. 74 пацієнта мали власну сім'ю (обстежені були дружини пацієнтів-Д), 94 хворих – 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 появи в сім'ї хворого на шизофренію. Контрольну групу (КГ) склали 55 практично здорових осіб (26 жінок та 29 чоловіків). Дослідження соціального функціонування референтних родичів проводили за опитувальником MOS SF – 36.

**Результати.** Оцінювання дружин та референтних родичів за конструктами соціального функціонування констатує достовірне ( $p < 0,05$ ) зниження практично за всіма показниками у порівнянні з контрольною групою

в динаміці розвитку хвороби. Найбільш значущими конструктами, які впливають на рівень соціального функціонування сім'ї хворого на шизофренію, а відповідно і обумовлюють якість життя сім'ї є емоційне функціонування ( $52,4 \pm 0,9$  бали проти  $77,3 \pm 0,1$  у КГ), психічне здоров'я ( $55,9 \pm 0,7$  балів проти  $74,4 \pm 1,5$  у КГ). Фізичний компонент якості життя, який включає показники фізичного та рольового функціонування, що зумовлені фізичним станом здоров'я особи виявив теж суттєве зниження у дружин та референтних родичів, які проживають у одній сім'ї з хворим на параноїдну шизофренію.

Таким чином, визначення якості життя сім'ї хворих на параноїдну шизофренію констатує зниження соціального функціонування всіх суб'єктів у процесі ресоціалізації.