

К.В. Шкода

ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ У РОДИЧІВ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З ТРИВАЛИМИ ТЕРМІНАМИ ЗАХВОРЮВАННЯ

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

doctorshkoda@rambler.ru

Актуальність. Наявність шизофренії у одного з членів сім'ї пов'язана з підвищеним ризиком розвитку адаптаційних та афективних розладів у його рідних, які перебувають у безпосередньому контакті з хворим.

Мета – вивчення особливостей депресивних проявів у дружин і матерів хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання.

Матеріали і методи дослідження. На базі Харківського обласного психоневрологічного диспансеру за період з 2012 по 2016 рр. клініко-психопатологічним і психодіагностичним (шкала М. Hamilton) методами було обстежено 320 чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію, та їх найближчих родичів – матерів або дружин. Давність захворювання складала $12,7 \pm 3,4$ років. До підгрупи 1 увійшли пацієнти, які проживали у батьківській сім'ї, та їх матері (166 родин), до підгрупи 2 – психічно хворі, які мали власні сім'ї, та їх дружини (154 родини).

Результати. Аналіз кількісних характеристик депресивних проявів за шкалою депресії М. Hamilton дозволив виявити у матерів хворих більшу виразність депресивного настрою (значення показника у дружин хворих склало $1,47 \pm 1,08$ балів, у матерів хворих – $2,40 \pm 0,90$ балів, $p < 0,01$), почуття провини (відповідно $1,45 \pm 0,83$ балів та $1,89 \pm 0,99$ балів, $p < 0,01$), середнього безсоння (відповідно $0,22 \pm 0,54$ балів та $1,08 \pm 0,80$ балів, $p < 0,01$), зниження працездатності та активності (відповідно $1,58 \pm 1,01$ балів та $1,98 \pm 1,24$ балів, $p < 0,01$), загальмованості (відповідно $1,33 \pm 0,95$ балів та $1,67 \pm 1,25$ балів, $p < 0,01$), соматичної тривоги (відповідно $1,78 \pm 1,32$ балів та $2,36 \pm 1,55$ балів, $p < 0,01$), загальної соматичної симптоматики (відповідно $0,97 \pm 0,66$ балів та $1,48 \pm 0,80$, $p < 0,01$), іпохондричних проявів (відповідно $1,21 \pm 0,93$ балів та $1,66 \pm 1,13$ балів, $p < 0,01$).

У дружин хворих на параноїдну шизофренію більшою мірою були виражені ознаки ранньої інсомнії (відповідно $1,19 \pm 0,79$ балів та $0,61 \pm 0,82$ балів, $p < 0,01$), пізньої інсомнії (відповідно $0,93 \pm 0,79$ балів та $0,73 \pm 0,81$ балів, $p < 0,05$), ажитації (відповідно $1,45 \pm 1,08$ балів та $0,84 \pm 0,81$ балів, $p < 0,05$), психічної тривоги (відповідно $1,72 \pm 1,08$ балів та $1,20 \pm 1,04$ балів, $p < 0,01$), шлунково-кишкової симптоматики (відповідно $1,39 \pm 0,85$ балів та $1,01 \pm 0,93$ балів, $p < 0,01$), генітальної симптоматики (відповідно $0,77 \pm 0,72$ балів та $0,44 \pm 0,63$ балів, $p < 0,01$) та obsесивної і компульсивної симптоматики (відповідно $0,22 \pm 0,41$ балів та $0,14 \pm 0,41$ балів, $p < 0,05$). Суїцидальні тенденції та симптоматика ендogenousного та психотичного характеру у дослідженого контингенту не виражені.

Загалом матері хворих мали вищий рівень депресії: $19,94 \pm 9,84$ балів проти $18,05 \pm 9,48$ балів у дружин ($p < 0,05$); у них також були більшими прояви адинамічної депресії: $13,25 \pm 6,40$ балів проти $11,62 \pm 6,15$ балів ($p < 0,05$) та недиференційованої (соматизованої) депресії: відповідно $5,66 \pm 3,37$ балів проти $3,91 \pm 2,71$ балів ($p < 0,01$). У дружин хворих виявлено більш виразні прояви ажитованої депресії: $9,70 \pm 5,28$ балів проти $8,14 \pm 4,94$ балів ($p < 0,01$) та депресії зі страхом: $9,86 \pm 5,21$ балів проти $8,76 \pm 4,57$ балів ($p < 0,01$).

Висновки. Отримані дані взяті нами за основу при розробці комплексу заходів психологічної корекції розладів психоемоційної сфери дружин і матерів хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання.

Ключові слова:

хворий на параноїдну шизофренію, родина, мати хворого на параноїдну шизофренію, дружина хворого на параноїдну шизофренію, депресія.

Актуальність. У зв'язку з високим рівнем розвитку психіатрії, зокрема психофармакотерапії, все більшої актуальності набувають питання надання допомоги хворим у позалікарняних умовах, у яких важлива роль належить сімейному оточенню.

З огляду на це в останні роки наукове й клінічне поле психіатрії все більше уваги приділяє вивченню ролі сім'ї як провідного чинника підтримки фізичного та психічного здоров'я індивіда, профілактики виникнення та лікування психічних захворювань. Визнається,

що розв'язання більшості клінічних проблем неминуче стосується сімейного контексту. Саме члени родини, а не працівники системи охорони здоров'я, щоденно турбуються про потреби психічно хворої людини і необхідний для її одужання режим. Тому сім'ю, поряд із самим пацієнтом і мультидисциплінарною бригадою фахівців (лікар-психіатр, лікар-психолог, соціальний працівник тощо), розглядають нині як активного учасника терапевтичного процесу [1].

Важливість впливу сім'ї та стану сімейних стосунків на розвиток і перебіг шизофренії у хворого на сьогодні не викликає сумніву [2, 3]. Члени родини виявляють особисте піклування та надають не тільки практичну допомогу, а й емоційну підтримку психічно хворому родичу, при тому, що дуже часто виникають ті чи інші зміни характеру колишніх емоційних зв'язків. Зміна звичайних характеристик колишніх стосунків може бути недовготривалою (під час гострого нападу психічного розладу) або тривалою (у разі хронічного захворювання). Коли в родині виявляють тяжке захворювання, у ній порушується сформований гомеостаз родинної системи (ролей, меж, очікувань, побажань та сподівань). І генетичний, і психосоціальний шляхи розвитку родини пацієнта є важливими.

Ігнорування змін родинної системи може нівелювати зусилля лікарів внаслідок упередження членів сім'ї, їх стигми, амбівалентності, неправильного відношення. Без своєчасного втручання родинна здатність адаптуватися до вимог хвороби родича знижується, що негативно впливає на стан як психічно хворого, так і інших членів родини [4–6].

Саме тому вивчення сімейного гомеостазу є необхідним для адекватного планування заходів психосоціальної реабілітації у комплексному лікуванні пацієнта.

Метою нашої роботи було вивчення особливостей депресивних проявів у дружин і матерів хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання.

Матеріали та методи дослідження

На базі Харківського обласного психоневрологічного диспансеру за період з 2012 по 2016 рр. клініко-психопатологічним і психодіагностичним (шкала М. Hamilton) методами було обстежено 320 чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію, та їх найближчих родичів – матерів або дружин. Давність захворювання становила $12,7 \pm 3,4$ роки. Підгрупу 1 склали пацієнти, які проживали у батьківській сім'ї, та їх матері (166 родин), підгрупу 2 – психічно хворі, які мали власні сім'ї, та їх дружини (154 родини).

Результати та їх обговорення

Важливі дані щодо особливостей депресивних проявів у дружин та матерів чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання, були отримані нами при аналізі кількісних показників за шкалою депресії М. Hamilton (табл. 1, рис. 1, 2).

Середнє значення за шкалою депресивного настрою, що виявляє знижений настрій, переживання суму, безнадії, власної безпорадності та малоцінності, у дружин хворих склало $1,47 \pm 1,08$ балів, що відповідає помірному рівню. У матерів хворих значення за цією шкалою є зна-

уще ($p < 0,01$) більшим, і відповідає підвищеному рівню: $2,40 \pm 0,90$ балів.

Аналогічно почуття провини, що включає самодокори, ідеї власної провини, відчуття, що суб'єкт є причиною страждань інших людей, болісні міркування про власні помилки більшою мірою виражене у матерів: $1,89 \pm 0,99$ балів проти $1,45 \pm 0,83$ балів у дружин ($p < 0,01$); в обох групах показник відповідає помірному рівню.

Суїцидальні тенденції (що включають як суїцидальні думки і спроби, так і відчуття марності або малоцінності життя) у дослідженого контингенту не виражені: середнє значення за цією шкалою у дружин склало $0,12 \pm 0,39$ балів, у матерів – $0,12 \pm 0,50$ балів, розбіжності статистично незначущі.

Для дослідженого контингенту характерна висока ураженість проявами інсомнії. Показник ранньої інсомнії (труднощі засинання, тривале очікування настання сну) більшою мірою виражений у дружин хворих ($1,19 \pm 0,79$ балів), порівняно з матерями ($0,61 \pm 0,82$ балів), розбіжності статистично значущі ($p < 0,01$).

Таблиця 1. Показники за шкалою депресії М. Hamilton у дружин та матерів хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання

Назва симптому (шкали)	Показник за шкалами, $M \pm m$ (балів)		p
	Дружини	Матері	
Депресивний настрій	$1,47 \pm 1,08$	$2,40 \pm 0,90$	$< 0,01$
Почуття провини	$1,45 \pm 0,83$	$1,89 \pm 0,99$	$< 0,01$
Суїцидальні наміри	$0,12 \pm 0,39$	$0,12 \pm 0,50$	$> 0,05$
Раннє безсоння	$1,19 \pm 0,79$	$0,61 \pm 0,82$	$< 0,01$
Середнє безсоння	$0,22 \pm 0,54$	$1,08 \pm 0,80$	$< 0,01$
Пізнє безсоння	$0,93 \pm 0,79$	$0,73 \pm 0,81$	$< 0,05$
Працездатність і активність	$1,58 \pm 1,01$	$1,98 \pm 1,24$	$< 0,01$
Загальмованість	$1,33 \pm 0,95$	$1,67 \pm 1,25$	$< 0,01$
Ажитація	$1,45 \pm 1,08$	$0,84 \pm 0,81$	$< 0,01$
Психічна тривога	$1,72 \pm 1,08$	$1,20 \pm 1,04$	$< 0,01$
Соматична тривога	$1,78 \pm 1,32$	$2,36 \pm 1,55$	$< 0,01$
Шлунково-кишкові симптоми	$1,39 \pm 0,85$	$1,01 \pm 0,93$	$< 0,01$
Загальні соматичні симптоми	$0,97 \pm 0,66$	$1,48 \pm 0,80$	$< 0,01$
Генітальні симптоми	$0,77 \pm 0,72$	$0,44 \pm 0,63$	$< 0,01$
Іпохондрія	$1,21 \pm 0,93$	$1,66 \pm 1,13$	$< 0,01$
Втрата ваги	$0,10 \pm 0,42$	$0,18 \pm 0,61$	$> 0,05$
Критичність	$0,36 \pm 0,59$	$0,29 \pm 0,55$	$> 0,05$
Добові коливання	$0,16 \pm 0,43$	$0,21 \pm 0,56$	$> 0,05$
Деперсоналізація та дереалізація	$0,04 \pm 0,22$	$0,01 \pm 0,16$	$> 0,05$
Параноїдальні симптоми	$0,03 \pm 0,17$	$0,01 \pm 0,08$	$> 0,05$
Обсесивні та компульсивні симптоми	$0,22 \pm 0,41$	$0,14 \pm 0,41$	$< 0,05$
Загальний показник за шкалою М. Hamilton	$18,05 \pm 9,48$	$19,94 \pm 9,84$	$< 0,05$
Адинамічна депресія	$11,62 \pm 6,15$	$13,25 \pm 6,40$	$< 0,05$
Ажитована депресія	$9,70 \pm 5,28$	$8,14 \pm 4,94$	$< 0,01$
Депресія зі страхом	$9,86 \pm 5,21$	$8,76 \pm 4,57$	$< 0,05$
Недиференційована депресія	$3,91 \pm 2,71$	$5,66 \pm 3,37$	$< 0,01$

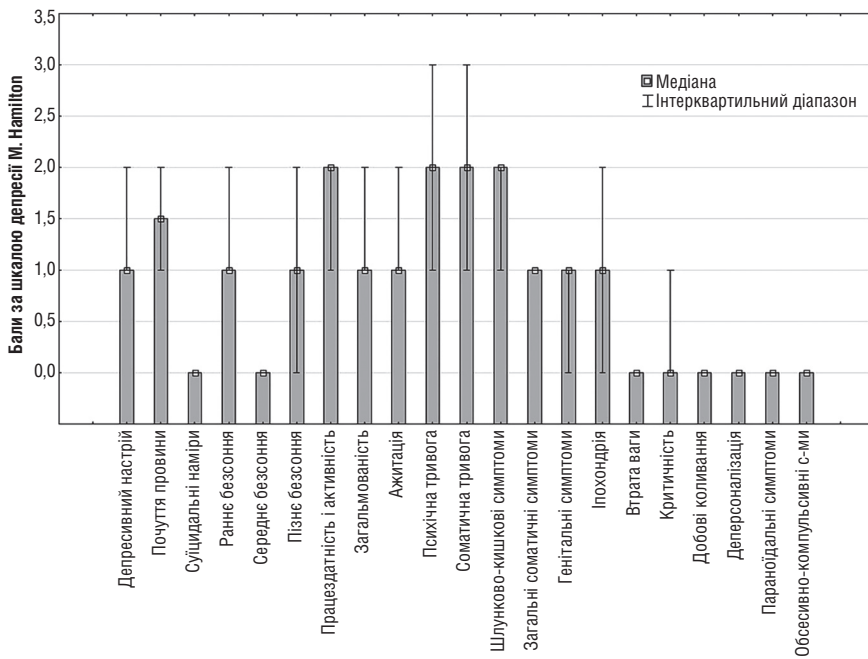


Рис. 1. Показники за шкалою депресії M. Hamilton у дружин хворих на шизофренію з тривалими термінами захворювання

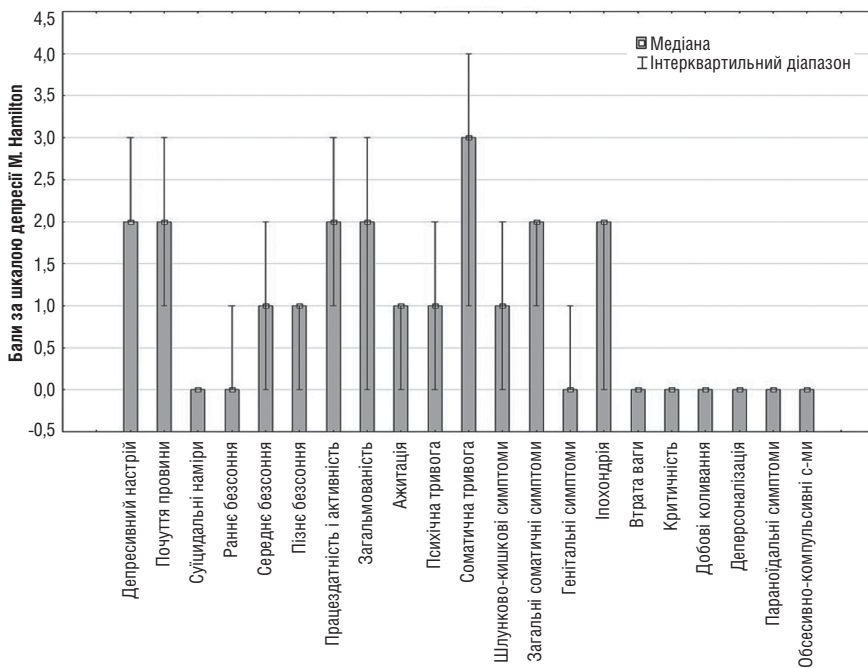


Рис. 2. Показники за шкалою депресії M. Hamilton у матерів хворих на шизофренію з тривалими термінами захворювання

Середнє безсоння (часті пробудження протягом ночі, не пов'язані з фізіологічними потребами), навпаки, значуще частіше виявляли у матерів хворих: показник за шкалою середнього безсоння у дружин хворих склав $0,22 \pm 0,54$ балів, у матерів – $1,08 \pm 0,80$ балів ($p < 0,01$).

Натомість пізнє безсоння (ранні пробудження з неможливістю в подальшому заснути – остаточне раннє пробудження, або ж подальшим засинанням) більше виражене у дружин хворих: показник за цією шкалою склав у них $0,93 \pm 0,79$ балів проти $0,73 \pm 0,81$ балів у матерів, розбіжності статистично значущі ($p < 0,05$).

Виявлені нами при клініко-психопатологічному дослідженні прояви астенизації та зниженої працездатності знайшли відображення у даних психодіагностичного

обстеження. Середній показник за шкалою працездатності та активності, що відображає зниження активності та продуктивності, зменшення реального часу прояву активності та продуктивності, втрату інтересу до діяльності, відчуття потреби у додаткових зусиллях для реалізації звичайної активності, думки чи відчуття неспроможності, втоми або слабкості, пов'язане з діяльністю, у матерів хворих склав $1,98 \pm 1,24$ балів, що значуще ($p < 0,01$) більше, ніж у дружин; водночас слід зауважити, що і у дружин хворих ці порушення також виражені: $1,58 \pm 1,01$ балів. У матерів показник наближається до вираженого, у дружин – відповідає помірному рівню.

Загальмованість (сповільненість мислення та мови, порушення здатності концентрувати увагу, зниження рухової активності) більшою мірою притаманна матерям хворих на шизофренію: $1,67 \pm 1,25$ балів проти $1,33 \pm 0,95$ балів ($p < 0,01$); при цьому в обох групах він відповідає помірному рівню.

Натомість ажитація (збудження, неспокій, напруження і дратівливість) більше проявляється у дружин хворих на шизофренію: показник у цій групі склав $1,45 \pm 1,08$ балів, що відповідає помірному рівню, у матерів – $0,84 \pm 0,81$ балів, що відповідає низькому рівню ($p < 0,05$). У дружин хворих також більшою мірою виражені ознаки психічної тривоги: $1,72 \pm 1,08$ балів проти $1,20 \pm 1,04$ балів у матерів ($p < 0,01$); показники в обох групах відповідають помірному рівню.

Соматична тривога, що включає фізіологічні ознаки тривоги – сухість у роті, болі у шлунку, метеоризм, діарею, диспепсію, спазми,

відрижку, серцебиття, головні болі, гіпервентиляцію, затримку дихання, задишку, часте сечовиділення, пітливість – значуще більше виражена у матерів: $2,36 \pm 1,55$ балів (підвищений рівень) проти $1,78 \pm 1,32$ балів (помірний рівень) ($p < 0,01$). Слід зауважити, що соматичні кореляції афективних проявів у досліджених групах виявили складні і неоднозначні закономірності. Так, виразність шлунково-кишкової симптоматики (зниження апетиту, відчуття тяжкості у шлунку, запори або проноси, порушення нормальної перистальтики шлунково-кишкового тракту за відсутності органічної основи) є більшою у дружин: $1,39 \pm 0,85$ балів проти $1,01 \pm 0,93$ балів у матерів ($p < 0,01$) (в обох групах показник відповідає помірному рівню), як і генітальної симптоматики (втрата

лібідо, порушення менструального циклу): відповідно $0,77 \pm 0,72$ балів проти $0,44 \pm 0,63$ балів ($p < 0,01$) (в обох групах – низький рівень показника). Натомість, у матерів хворих на шизофренію більше виражена загальна соматична симптоматика (відчуття важкості у тілі, головні болі, м'язовий біль, відчуття слабкості, занепаду сил): $1,48 \pm 0,80$ балів (помірний рівень) проти $0,97 \pm 0,66$ балів (низький рівень, близький до помірної), $p < 0,01$.

Прояви іпохондричних фіксацій та іпохондричної поведінки (підвищена увага або заклопотаність власним здоров'ям, схильність до фіксації на неприємних соматичних відчуттях, тривожні побоювання відносно власного здоров'я) в обох групах є помірними, більше виражені у матерів хворих: $1,66 \pm 1,13$ балів проти $1,21 \pm 0,93$ балів у дружин ($p < 0,01$).

Симптоматика ендогенного та психотичного характеру для дослідженого контингенту нехарактерна і показники за відповідними шкалами є низькими, з відсутністю значущих розбіжностей між групами: за шкалою втрати ваги – $0,10 \pm 0,42$ балів у дружин хворих і $0,18 \pm 0,61$ балів у матерів ($p > 0,05$), за шкалою критичності – відповідно $0,36 \pm 0,59$ балів та $0,29 \pm 0,55$ балів ($p > 0,05$), за шкалою добових коливань – відповідно $0,16 \pm 0,43$ балів та $0,21 \pm 0,56$ балів ($p > 0,05$), за шкалою деперсоналізації та дереалізації – відповідно $0,04 \pm 0,22$ балів та $0,01 \pm 0,16$ балів ($p > 0,05$), за шкалою параноїдальної симптоматики – відповідно $0,03 \pm 0,17$ балів та $0,01 \pm 0,08$ балів ($p > 0,05$).

Виразність obsесивної та компульсивної симптоматики є значуще більшою у дружин хворих: $0,22 \pm 0,41$ балів проти $0,14 \pm 0,41$ балів у матерів ($p < 0,05$), показники в обох групах відповідають низькому рівню.

Інтегральний показник депресії за шкалою М. Hamilton у дружин хворих на параноїдну шизофренію склав $18,05 \pm 9,48$ балів (медіана значення 18,0 балів, інтерквартильний діапазон – 11,0 – 26,0 балів). У матерів хворих інтегральний показник є значуще більшим: $19,94 \pm 9,84$ балів (медіана 23,0 бали, інтерквартильний діапазон – 12,0 – 28,0 балів). Розбіжності між групами є статистично значущими ($p < 0,05$) (рис. 3). Загалом показник депресії в обох групах відповідав помірній виразності депресивної симптоматики.

У матерів хворих на шизофренію значуще більшим виявився показник адинамічної депресії: середнє його значення у цій групі склало $13,25 \pm 6,40$ балів (медіана значення 14,0 балів, інтерквартильний діапазон – 8,0 – 18,0 балів) проти $11,62 \pm 6,15$ балів (медіана значення 12,0 балів, інтерквартильний діапазон – 8,0 – 16,0 балів) у дружин хворих; розбіжності статистично значущі ($p < 0,05$) (рис. 4). На перший план при адинамічній депресії виходять явища астенизації, слабкість, млявість, утруднення при виконанні розумової або фізичної роботи, швидке виснаження, занепад сил.

Натомість у дружин хворих виявлено більші показники ажитованої депресії: середнє значення показника у цій групі склало $9,70 \pm 5,28$ балів (медіана значення 10,0 балів, інтерквартильний діапазон – 5,0 – 14,0 балів) проти $8,14 \pm 4,94$ балів (медіана значення 9,0 балів, інтерквартильний діапазон – 4,0 – 12,0 балів); розбіжності статистично значущі ($p < 0,01$) (рис. 4). Ажитована депресія характеризується неспокоєм, метушливістю, руховим та (або) мовним збудженням на тлі тосчного настрою і тривоги.

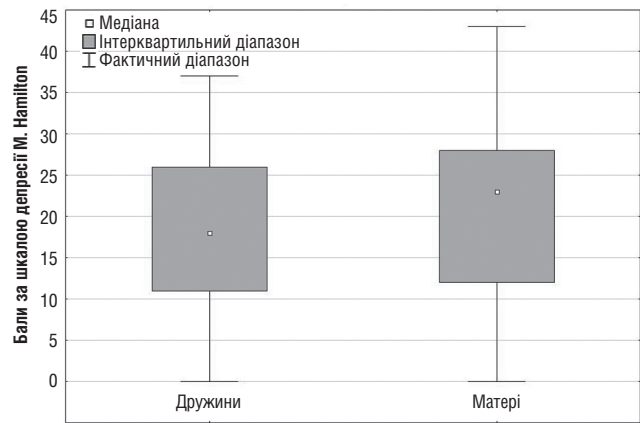


Рис. 3. Кількісні показники за інтегральною шкалою депресії М. Hamilton у дружин і матерів хворих на шизофренію з тривалими термінами захворювання

Аналогічно, у дружин хворих більшими виявилися ознаки депресії зі страхом: середнє значення показника у них склало $9,86 \pm 5,21$ балів (медіана значення 9,5 балів, інтерквартильний діапазон – 7,0 – 15,0 балів) проти $8,76 \pm 4,57$ балів (медіана значення 9,0 балів, інтерквартильний діапазон – 5,0 – 12,0 балів); розбіжності статистично значущі ($p < 0,01$) (рис. 5).

У матерів хворих виявилися більш вираженими ознаки недиференційованої (соматизованої) депресії: середнє значення у них склало $5,66 \pm 3,37$ бали (медіана значення 7,0 балів, інтерквартильний діапазон – 3,0 – 8,0 балів) проти $3,91 \pm 2,71$ балів (медіана значення 3,0 балів, інтерквартильний діапазон – 2,0 – 6,0 балів) у дружин хворих ($p < 0,01$). При недиференційованій депресії афективна симптоматика нівелюється скаргами з боку соматичної сфери: кардіальними (болі у серці, серцебиття, відчуття перебоїв у роботі серця), пульмональними (задишка, ядуха, відчуття нестачі повітря тощо), гастроінтестинальними (порушення апетиту, неприємні відчуття у шлунку, здуття, проноси або запори тощо) та іншими соматичними симптомами.

Висновки

Аналіз кількісних характеристик депресивних проявів за шкалою депресії М. Hamilton дозволив виявити більшу виразність у матерів хворих депресивного настрою (значення показника у дружин хворих склало $1,47 \pm 1,08$ балів, у матерів хворих – $2,40 \pm 0,90$ балів, $p < 0,01$), почуття провини (відповідно $1,45 \pm 0,83$ балів та $1,89 \pm 0,99$ балів, $p < 0,01$), середнього безсоння (відповідно $0,22 \pm 0,54$ балів та $1,08 \pm 0,80$ балів, $p < 0,01$), зниження працездатності та активності (відповідно $1,58 \pm 1,01$ балів та $1,98 \pm 1,24$ балів, $p < 0,01$), загальмованості (відповідно $1,33 \pm 0,95$ балів та $1,67 \pm 1,25$ балів, $p < 0,01$), соматичної тривоги (відповідно $1,78 \pm 1,32$ балів та $2,36 \pm 1,55$ балів, $p < 0,01$), загальної соматичної симптоматики (відповідно $0,97 \pm 0,66$ балів та $1,48 \pm 0,80$ балів, $p < 0,01$), іпохондричних проявів (відповідно $1,21 \pm 0,93$ балів та $1,66 \pm 1,13$ балів, $p < 0,01$).

У дружин хворих на параноїдну шизофренію більшою мірою були виражені ознаки ранньої інсомнії (відповідно $1,19 \pm 0,79$ балів та $0,61 \pm 0,82$ балів, $p < 0,01$), пізньої інсомнії (відповідно $0,93 \pm 0,79$ балів та $0,73 \pm 0,81$ балів, $p < 0,05$), ажитації (відповідно $1,45 \pm 1,08$ балів та $0,84 \pm 0,81$ балів, $p < 0,05$), психічної тривоги (відповідно $1,72 \pm 1,08$

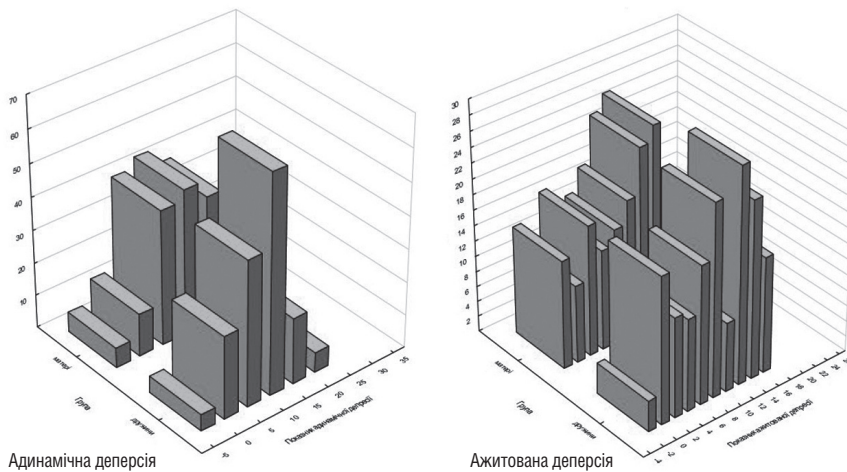


Рис. 4. Біваріативна 3-D діаграма розподілу значень показників за шкалами адинамічної (ліворуч) та ажитованої (праворуч) депресії у дружин та матерів хворих на шизофренію з тривалими термінами захворювання

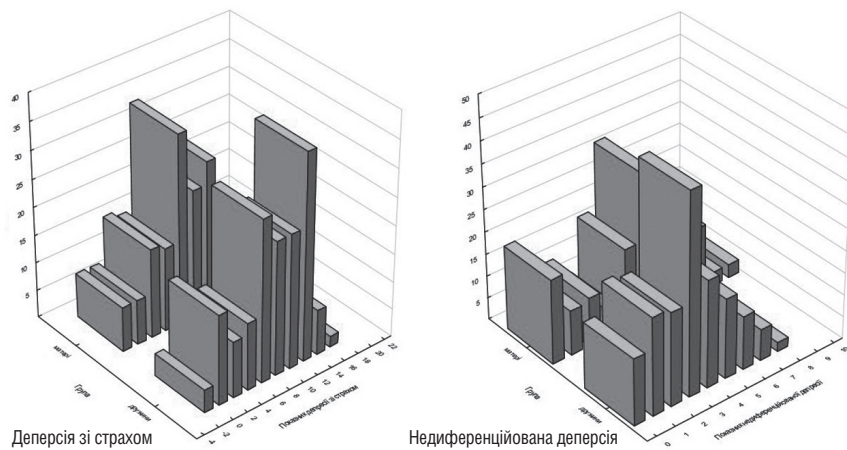


Рис. 5. Біваріативна 3-D діаграма розподілу значень показників за шкалами адинамічної (ліворуч) та ажитованої (праворуч) депресії у дружин та матерів хворих на шизофренію з тривалими термінами захворювання

балів та $1,20 \pm 1,04$ балів, $p < 0,01$), шлунково-кишкової симптоматики (відповідно $1,39 \pm 0,85$ балів та $1,01 \pm 0,93$ балів, $p < 0,01$), генітальної симптоматики (відповідно $0,77 \pm 0,72$ балів та $0,44 \pm 0,63$ балів, $p < 0,01$) та obsesivної і компульсивної симптоматики (відповідно $0,22 \pm 0,41$ балів та $0,14 \pm 0,41$ балів, $p < 0,05$). Суїцидальні тенденції та симптоматика ендогенного і психотичного характеру у дослідженого контингенту не виражені.

Загалом матері хворих виявили вищий рівень депресії: $19,94 \pm 9,84$ балів проти $18,05 \pm 9,48$ балів у дружин ($p < 0,05$); у них також були більшими прояви адинамічної депресії: $13,25 \pm 6,40$ балів проти $11,62 \pm 6,15$ балів ($p < 0,05$) та недиференційованої (соматизованої) депресії: відповідно $5,66 \pm 3,37$ балів проти $3,91 \pm 2,71$ балів ($p < 0,01$). У дружин хворих виявлено більш виразні прояви ажитованої депресії: $9,70 \pm 5,28$ балів проти $8,14 \pm 4,94$ балів ($p < 0,01$) та депресії зі страхом: $9,86 \pm 5,21$ балів проти $8,76 \pm 4,57$ балів ($p < 0,01$).

Отримані дані ми взяли за основу при розробці комплексу заходів психологічної корекції розладів психоемоційної сфери дружин і матерів хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання.

Список використаної літератури

1. Косенко К. А. Психосоціальна реабілітація жінок, хворих на параноїдну шизофренію, при різних моделях родинної взаємодії: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : 14.01.16 / Косенко Корнелія Артурівна; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». – Харків, 2015. – 24 с.
2. Жизнь с шизофренией. Что делать? : краткое руководство для пациентов, страдающих шизофренией, и их родственников / Н. А. Марута, А. М. Кожина, В. И. Коростий, Л. М. Гайчук. – Харьков, 2011. – 25 с.
3. Плевачук О. Ю. Взаємозв'язок перебігу шизофренії з психологічними особливостями мікросередовища пацієнта : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : 14.01.16 / Плевачук Оксана Юріївна; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» – Харків, 2011. – 18 с.
4. Маркова М. В. Особливості сімейної взаємодії та адаптації в родині у пацієнтів, хворих на шизофренію, з точки зору психотерапевтичного потенціалу сім'ї / М. В. Маркова, В. О. Діхтяр // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 13, вип. 3 (64). – С. 133–134.
5. Маркова М. В. Сімейна психотерапія як базовий психотерапевтичний ресурс в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію / М. В. Маркова, К. А. Горшкова // Психічне здоров'я. – 2012. – № 2 (35). – С. 63–69.
6. Маркова М. В. Психотерапія в комплексному лікуванні жінок, хворих на параноїдну шизофренію, при різних моделях родинної взаємодії: обґрунтування, загальні підходи, специфічні особливості / М. В. Маркова, К. А. Косенко // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, вип. 3 (80) – С. 69–73.

- with different models of family interaction]. Extended abstract of candidate's thesis. Kharkiv. 24 p. [in Ukrainian].
2. Maruta, N.O., Kozhyna, A. M., Korostiy, V. Y., & Haichuk L. M. (2011). Zhizn s shizofreniyei. Chto delat? Kratkoye rukovodstvo dlya patsiyentov, stradayushchikh shizofreniyei i ikh rodstvennikov [Living with schizophrenia. What to do? A brief guide for patients with schizophrenia and their relatives]. Kharkov. 25 p. [in Russian].
3. Plevachuk, O. Yu. (2011) Vzaimozv'язok perebihu shizofrenii z psikhologichnymi osoblyvostiyami mikroseredovyscha patsiyenta. Avtoref. dys. kand. med. nauk [The relationship of course of the schizophrenia with the psychological characteristics of the patient's microenvironment]. Extended abstract of candidate's thesis. Kharkiv. 18 p. [in Ukrainian].
4. Markova, M. V., & Dikhtiar, V. O. (2010) Osoblyvosti simeinoi vzaimodii ta adaptatsii v rodyni u patsiyentiv, khvorykh na shizofreniiu, z tochy zoru psykhoterapevtychnoho potentsialu simi [Features of family interaction and family adjustment in patients with schizophrenia in terms of psychotherapeutic potential of family] Ukrainskyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology, Vol. 13, Issue 3 (64), pp. 133–134 [in Ukrainian].
5. Markova, M. V., & Horshkova, K. A. (2012) Simeina psykhoterapiya yak bazoviy psykhoterapevtychniy resurs v kompleksnomu likuvanni khvorykh na paranoidnu shizofreniiu [Family psychotherapy as a basic resource in the psychotherapeutic treatment of patients with paranoid schizophrenia] Psykhyche zhorovia – Mental health, Issue 2 (35), pp. 63–69 [in Ukrainian].
6. Markova, M. V., & Kosenko, K. A. (2014) Psykhoterapiya v kompleksnomu likuvanni zhinok, khvorykh na paranoidnu shizofreniiu, pry ryznykh modeliakh rodynnoi vzaimodii: obgruntuvannya, zahalni pidkhody, spetsyfychni osoblyvosti [Psychotherapy in the complex treatment of women suffering from paranoid schizophrenia, with different models of family interaction: studies, general approaches, specific features] Ukrainskyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology, Vol. 22, Issue 3 (80), pp. 69–73 [in Ukrainian].

References

1. Kosenko, K. A. (2015). Psykhosotsialna reabilitatsiya zhinok, khvorykh na paranoidnu shizofreniiu, pry ryznykh modeliakh rodynnoi vzaimodii. Avtoref. dys. kand. med. nauk [Psychosocial rehabilitation of women suffering from paranoid schizophrenia,

ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ДЛИТЕЛЬНЫМ СРОКОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ

К. В. Шкода

Актуальность. Наличие шизофрении у одного из членов семьи связано с повышенным риском развития адаптационных и аффективных расстройств у его родных, находящихся в непосредственном контакте с больным.

Цель – изучение особенностей депрессивных проявлений у жен и матерей больных параноидной шизофренией с длительными сроками заболевания.

Материалы и методы исследования. На базе Харьковского областного психоневрологического диспансера за период с 2012 по 2016 гг. клинично-психопатологическим и психодиагностическим (шкала М. Hamilton) методами было обследовано 320 мужчин, больных параноидной шизофренией, и их ближайших родственников – матерей или жен. Давность заболевания составляла $12,7 \pm 3,4$ лет. В подгруппу 1 вошли пациенты, которые проживали в родительской семье, и их матери (166 семей), в подгруппу 2 – психически больные, которые имели собственные семьи, и их жены (154 семьи).

Результаты. Анализ количественных характеристик депрессивных проявлений по шкале депрессии М. Hamilton позволил выявить у матерей больных большую выразительность депрессивного настроения (значение показателя у жен больных составило $1,47 \pm 1,08$ баллов, у матерей больных – $2,40 \pm 0,90$ баллов, $p < 0,01$), чувства вины (соответственно $1,45 \pm 0,83$ баллов и $1,89 \pm 0,99$ баллов, $p < 0,01$), средней бессонницы (соответственно $0,22 \pm 0,54$ баллов и $1,08 \pm 0,80$ баллов, $p < 0,01$), снижения работоспособности и активности (соответственно $1,58 \pm 1,01$ баллов и $1,98 \pm 1,24$ баллов, $p < 0,01$), заторможенности (соответственно $1,33 \pm 0,95$ баллов и $1,67 \pm 1,25$ баллов, $p < 0,01$), соматической тревоги (соответственно $1,78 \pm 1,32$ баллов и $2,36 \pm 1,55$ баллов, $p < 0,01$), общей соматической симптоматики (соответственно $0,97 \pm 0,66$ баллов и $1,48 \pm 0,80$ баллов, $p < 0,01$ баллов, ипохондрических проявлений (соответственно $1,21 \pm 0,93$ баллов и $1,66 \pm 1,13$ баллов, $p < 0,01$).

У жен больных параноидной шизофренией в большей степени были выражены признаки ранней инсомнии (соответственно $1,19 \pm 0,79$ баллов и $0,61 \pm 0,82$ баллов, $p < 0,01$), поздней инсомнии (соответственно $0,93 \pm 0,79$ баллов и $0,73 \pm 0,81$ баллов, $p < 0,05$), агитации (соответственно $1,45 \pm 1,08$ баллов и $0,84 \pm 0,81$ баллов, $p < 0,05$), психической тревоги (соответственно $1,72 \pm 1,08$ баллов и $1,20 \pm 1,04$ баллов, $p < 0,01$), желудочно-кишечной симптоматики (соответственно $1,39 \pm 0,85$ баллов и $1,01 \pm 0,93$ баллов, $p < 0,01$), генитальной симптоматики (соответственно $0,77 \pm 0,72$ баллов и $0,44 \pm 0,63$ баллов, $p < 0,01$) и обсессивной и компульсивной симптоматики (соответственно $0,22 \pm 0,41$ баллов и $0,14 \pm 0,41$ баллов, $p < 0,05$). Суицидальные тенденции и симптоматика эндогенного и психотического характера у исследованного контингента не выражены.

В общем матери больных имели более высокий уровень депрессии: $19,94 \pm 9,84$ баллов против $18,05 \pm 9,48$ баллов у жен ($p < 0,05$); у них также были большими проявления адинамической депрессии: $13,25 \pm 6,40$ баллов против $11,62 \pm 6,15$ баллов ($p < 0,05$) и недифференцированной (соматизированной) депрессии: соответственно $5,66 \pm 3,37$ баллов против $3,91 \pm 2,71$ баллов ($p < 0,01$). У жен больных выявлено более выразительные проявления агитированной депрессии: $9,70 \pm 5,28$ баллов против $8,14 \pm 4,94$ баллов ($p < 0,01$) и депрессии со страхом: $9,86 \pm 5,21$ баллов против $8,76 \pm 4,57$ баллов ($p < 0,01$).

Выводы. Полученные данные взяты нами за основу при разработке комплекса мер психологической коррекции расстройств психоэмоциональной сферы жен и матерей больных параноидной шизофренией с длительными сроками заболевания.

Ключевые слова: больной параноидной шизофренией, семья, мать больного параноидной шизофренией, жена больного параноидной шизофренией, депрессия.

FEATURES OF DEPRESSIVE SYMPTOMS OF RELATIVES PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH LONG TERM OF ILLNESS

K. V. Shkoda

Background. The presence of schizophrenia in a family member is associated with an increased risk of developing adaptive and affective disorders in his family who are in direct contact with the patient.

The objective – study the features of depressive symptoms in the mothers and wives of patients with paranoid schizophrenia with long term of illness.

Methods and materials. On the base of the Kharkov regional psycho-neurological clinic during the period from 2012 to 2016 were examined 320 men with paranoid schizophrenia, and their immediate families - mothers or wives. We used clinico-psychopathological and psychodiagnostic (scale M. Hamilton) methods. The term of illness was $12,7 \pm 3,4$ years. In subgroup 1 included patients who lived in the parental home, and their mothers (166 families); in the subgroup 2 – the mentally ill, who had their own families, and their wives (154 families).

Results. The analysis of quantitative characteristics of depressive symptoms on the depression scale M. Hamilton revealed the mothers of patients with more expressive depressive mood (value of the index in wives of patients was $1,47 \pm 1,08$ points, the mothers of patients – $2,40 \pm 0,90$ points, $p < 0,01$), feelings of guilt (respectively $1,45 \pm 0,83$ points and $1,89 \pm 0,99$ points, $p < 0,01$), the middle insomnia (respectively $0,22 \pm 0,54$ points and $1,08 \pm 0,80$ points, $p < 0,01$), decreased work and activities (respectively $1,58 \pm 1,01$ points and $1,98 \pm 1,24$ points, $p < 0,01$), retardation (respectively $1,33 \pm 0,95$ points and $1,67 \pm 1,25$ points, $p < 0,01$), somatic anxiety (respectively $1,78 \pm 1,32$ points and $2,36 \pm 1,55$ points, $p < 0,01$), general somatic symptoms (respectively $0,97 \pm 0,66$ points and $1,48 \pm 0,80$, $p < 0,01$), hypochondriasis (respectively $1,21 \pm 0,93$ points and $1,66 \pm 1,13$ points, $p < 0,01$).

In wives of patients with paranoid schizophrenia are more signs of early insomnia were expressed (respectively $1,19 \pm 0,79$ points and $0,61 \pm 0,82$ points, $p < 0,01$), late insomnia (respectively $0,93 \pm 0,79$ points and $0,73 \pm 0,81$ points, $p < 0,05$), agitation (respectively $1,45 \pm 1,08$ points and $0,84 \pm 0,81$ points, $p < 0,05$), psychic anxiety (respectively $1,72 \pm 1,08$ points and $1,20 \pm 1,04$ points, $p < 0,01$), gastrointestinal symptoms (respectively $1,39 \pm 0,85$ points and $1,01 \pm 0,93$ points, $p < 0,01$), genital symptoms (respectively $0,77 \pm 0,72$ points and $0,44 \pm 0,63$ points, $p < 0,01$), and obsessive and compulsive symptoms (respectively $0,22 \pm 0,41$ points and $0,14 \pm 0,41$ points, $p < 0,05$). Suicidal tendencies and symptoms of endogenous and psychotic character in the studied contingent are not expressed.

In general, mothers of patients had higher levels of depression: $19,94 \pm 9,84$ points against $18,05 \pm 9,48$ points wives ($p < 0,05$); they also had large adynamic symptoms of depression: $13,25 \pm 6,40$ points against $11,62 \pm 6,15$ points ($p < 0,05$) and undifferentiated (summarization) depression: respectively $5,66 \pm 3,37$ points against $3,91 \pm 2,71$ points ($p < 0,01$). In wives of patients showed more expressive manifestations of agitated depression: $9,70 \pm 5,28$ points against $8,14 \pm 4,94$ points ($p < 0,01$) and depression with fear: $9,86 \pm 5,21$ points to $8,76 \pm 4,57$ points ($p < 0,01$).

Conclusions. The data has been taken as the basis for the development of a set of measures of psychological adjustment disorders, psycho-emotional sphere of wives and mothers of patients with paranoid schizophrenia with long term of illness.

Key words: a patient with paranoid schizophrenia, the family, the mother of a patient with paranoid schizophrenia, the wife of a patient with paranoid schizophrenia, depression.

Стаття надійшла до редакції 07.07.2016 р.

ШКОДА Костянтин Володимирович, Харківська медична академія післядипломної освіти, лікар-психіатр Харківської обласної психіатричної лікарні № 3, м. Харків; e-mail: doctorshkoda@rambler.ru

ШКОДА Константин Владимирович, Харьковская медицинская академия последипломного образования, врач-психиатр Харьковской областной психиатрической больницы № 3, г. Харьков; e-mail: doctorshkoda@rambler.ru

SHKODA Kostiantyn Volodymyrovych, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, psychiatrist of Kharkiv regional psychiatric hospital № 3, Kharkiv; e-mail: doctorshkoda@rambler.ru