

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЧОЛОВІКІВ, ЖІНКИ ЯКИХ ХВОРІЮТЬ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЧОЛОВІКІВ, ЖІНКИ ЯКИХ ХВОРІЮТЬ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ – Метою роботи було вивчення особливостей психоемоційного стану чоловіків, дружини яких хворіють на параноїдну шизофренію (ПШ). На базі психіатричного відділення Закарпатського обласного наркологічного диспансеру протягом 2014–2016 рр. обстежено 100 жінок, хворих на ПШ, та їх чоловіків. У якості групи порівняння обстежено 50 чоловіків звичайних психічно здорових жінок. У чоловіків, жінки яких хворіють на ПШ, виявлено виразні зміни психоемоційної сфери, асоційовані з наявністю тяжкого психічного захворювання у їх жінок. Основу психоемоційних змін складають депресивні та тривожно-депресивні розлади невротичного рівня, які розвиваються на тлі виражених явищ астенизації, емоційної лабільності та вегетосоматичних порушень; ці зміни тісно пов'язані з тяжкістю психотичної симптоматики у жінок. Такі зміни можуть розглядатися як стійкі невротичні прояви в рамках адаптаційного синдрому. Отримані дані ми поклали в основу при розробці системи медико-психологічних заходів підтримки родин жінок, хворих на ПШ.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МУЖЧИН, ЖЕНЫ КОТОРЫХ БОЛЕЮТ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ – Целью работы было изучение особенностей психоэмоционального состояния мужчин, жены которых болеют параноидной шизофренией (ПШ). На базе психиатрического отделения Закарпатского областного наркологического диспансера в течение 2014–2016 гг. обследовано 100 женщин, больных ПШ, и их мужей. В качестве группы сравнения обследовано 50 мужей обычных психически здоровых женщин. У мужчин, жены которых болеют ПШ, обнаружены выразительные изменения психоэмоциональной сферы, ассоциированные с наличием тяжелого психического заболевания в их жен. Основу психоэмоциональных изменений составляют депрессивные и тревожно-депрессивные расстройства невротического уровня, которые развиваются на фоне выраженных явлений астенизации, эмоциональной лабильности и вегетосоматических нарушений; эти изменения тесно связаны с тяжестью психотической симптоматики у женщин. Такие изменения могут рассматриваться как устойчивые невротические проявления в рамках адаптационного синдрома. Полученные данные были положены нами в основу при разработке системы медико-психологических мероприятий поддержки семей женщин, больных ПШ.

THE EMOTIONAL STATE OF FEATURES OF MEN WHOSE WIVES SUFFER FROM THE PARANOID SCHIZOPHRENIA – The purpose of the work was to study the characteristics of emotional state of men whose wives suffer from the paranoid schizophrenia (PS). On the basis of the Psychiatric Department of the Transcarpathian Regional Narcological Dispensary during 2014–2016 years 100 women with PS and their husbands were examined. As a comparison group 50 husbands of normal mentally healthy women were examined. In husbands whose women were suffering from PS, the distinct changes psycho-emotional areas associated with the presence of severe mental illness in their women were found. The basis of psycho-emotional changes up depressed and anxious and depressive disorders neurotic level, developing on the background of severe phenomena asthenia, emotional lability and vegetosomatic violations. These changes are closely related to the severity of psychotic symptoms in women. These changes can be considered as persistent neurotic manifestations in adaptation syndrome. These data formed the basis us in the development of medical and psychological measures to support families of women with PS.

Ключові слова: параноїдна шизофренія; жінка; чоловік; психоемоційний стан.

Ключевые слова: параноидная шизофрения; женщина; мужчина; психоэмоциональное состояние.

Key words: paranoid schizophrenia; woman; man; psycho-emotional state.

ВСТУП Параноїдна шизофренія (ПШ) являє собою одну з найбільш актуальних проблем психіатрії: її поширеність складає від 0,3 до 2,0 %, а близько 90 % хворих становлять особи у віці від 15 до 55 років. Прямі економічні витрати, пов'язані з нею, складають 0,2–0,25 % валового внутрішнього продукту, непрямі оцінюються щонайменше втричі більше [1–4].

Психотична симптоматика справляє потужний вплив на мікросоціальне оточення пацієнтів [5]. Наявність вираженої симптоматики ПШ у одного з родини кардинальним чином спотворює виконання ним подружніх та батьківських функцій [6–8]. Однак незважаючи на наявний інтерес із боку як вітчизняних, так і закордонних фахівців, до питання стану родичів психічно хворої людини, основна маса досліджень спрямована на вивчення дружин або матерів чоловіків, хворих на ПШ [9–11], не дивлячись на те, що ПШ з однаковою вірогідністю виникає як у чоловіків, так і в жінок. Відповідно до зазначеного, доцільним є вивчення стану психічного здоров'я та соціального функціонування чоловіків, дружини яких хворіють на ПШ, для встановлення специфічних особливостей життєдіяльності членів таких родин, для можливості розробки системи заходів їх медико-психологічної підтримки.

З огляду на наведене, метою роботи було вивчення особливостей психоемоційного стану чоловіків, дружини яких хворіють на ПШ.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ На базі психіатричного відділення Закарпатського обласного наркологічного диспансеру протягом 2014–2016 рр. обстежено 100 жінок, хворих на ПШ, та їх чоловіків. Жінки були у віці від 25 до 40 років, тривалість захворювання складала від 2-х до 15-ти років. Вік чоловіків у середньому не перевищував діапазону 7-ти років між ними та дружинами. В якості групи порівняння обстежено 50 чоловіків звичайних психічно здорових жінок.

Оцінку психоемоційної сфери чоловіків здійснювали з використанням наступних психодіагностичних методик: методики диференційної діагностики депресивних станів В. Зунге [12], шкали самооцінки рівня особистісної та реактивної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна [12] й методики діагностики самооцінки самопочуття, активності, настрою [12].

Статистична обробка даних досліджень [13] включала розвідувальний статистичний аналіз із метою визначення характеру розподілу ознак (тести Шапіро–Уїлка, Колмогорова–Смирнова, Лілієфорса) та формування описової статистики з використанням модуля "Descriptive Statistics" прикладного пакета програм Statistica for Windows. Release 6.0.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Постійне проживання у тісному контакті з хворою на тяжке психічне захворювання є потужним психоемоційним стресом для їх чоловіків. Закономірними у цьому зв'язку

є встановлені психологічні та патоперсоналогічні трансформації, які ми виявили при психодіагностичному дослідженні чоловіків, жінки яких хворіють на ПШ.

Основа психопатологічних змін у чоловіків, жінки яких хворіють на ПШ, складав депресивний синдром. Депресивні прояви у більшості випадків мали характер субдепресії і проявлялися у зниженому тлі настрою, швидкою втомлюваністю і відчуттям виснаженості з утрудненою концентрацією уваги, песимізмом, почуттями тривоги, страху, власної неповноцінності чи марності з заниженою самооцінкою, зміною апетиту, переважно у вигляді зниженого апетиту і втрати маси. Субдепресивні прояви були виявлені у 36,0% обстежених (рис. 1). Ознаки легкої депресії невротичного рівня були у 29,0%, така депресія проявлялася зниженням настрою, тісно пов'язаним із психотравматичним фактором – наявністю важкого психічного захворювання у дружини; у періоди екзацерації шизофренічної симптоматики у дружин депресивні прояви загострювалися. Паралельно виявлялися різноманітні варіанти тривожно-депресивних та астено-депресивних проявів, а також соматовегетативні порушення. Усі обстежені відмічали погіршення якості сну, переважно у вигляді ранніх дисомній, що супроводжувалися порушенням засинання з нав'язливими думками, як правило, ситуативно зумовленими, почуттям тривоги і страху, напруження, неспокою, що утруднювали засинання. У третині випадків були виявлені порушення сну за типом пізніх дисомній, що проявлялися ранніми пробудженнями з неможливістю заснути, з почуттям втоми, виснаження, сонливості вдень, і недостатності нічного відпочинку.

Натомість, серед чоловіків, жінки яких були психічно здоровими, більшість (78,0%) не мала ознак депресії, і лише у 22,0% були виявлені прояви легкої ситуативно зумовленої депресії, пов'язаної з актуальними життєвими стресами.



Рис. 1. Структура рівнів тяжкості депресії у чоловіків, жінки яких хворіють на ПШ, порівняно з чоловіками, жінки яких психічно здорові.

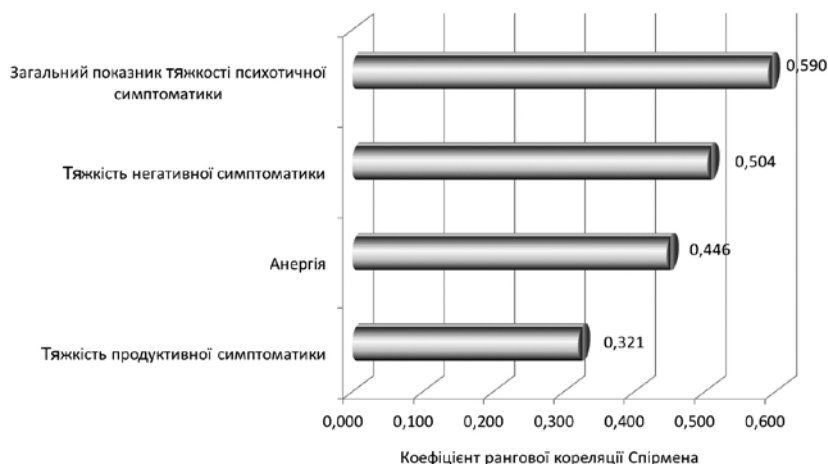


Рис. 2. Кореляційні зв'язки між показниками тяжкості психотичної симптоматики у жінок, хворих на ПШ, і виразністю депресивної симптоматики у їх чоловіків (наведено значущі $p < 0,05$ і менше) коефіцієнти рангової кореляції Спірмена).

Водночас, необхідно зауважити, що, хоча прямий кореляційний зв'язок між тяжкістю психопатологічної симптоматики у хворих на ПШ жінок та виразністю депресивних проявів у їх чоловіків був достеменно встановлений і математично оцінений, цей фактор не є єдиним та визначальним у генезі депресивних розладів у чоловіків, про що свідчать значення коефіцієнта кореляції у межах 0,321–0,590, що відповідає середній силі кореляційного зв'язку. Очевидно, що фактор тяжкості психотичної симптоматики є важливим, але не єдиним значущим фактором у розвитку депресивних розладів у чоловіків, жінки яких хворі на ПШ.

Крім депресивних розладів, найбільш поширеними змінами з боку психоемоційної сфери у чоловіків, жінки яких хворіють на ПШ, були прояви тривоги. Тривога у них виявлялася як у формі ізольованого тривожного розладу (в поодиноких випадках), так і у вигляді тривожно-депресивних і тривожно-фобічних розладів (у більшості випадків). Основними проявами тривожного розладу були відчуття ситуативного неспокою і тривоги, страху, пов'язаних із невротичними думками щодо можливості загострення психічного розладу в жінок, ймовірних несприятливих наслідків його, зокрема відносно впливу на дітей. Тривожні думки щодо можливого впливу психічного захворювання у матері на психіку дитини відмічали всі обстежені нами чоловіки. Ці тривожні переживання, зазвичай, були тісно асоційовані з тяжкістю клінічної симптоматики шизофренії і значно посилювалися у період екзацерації шизофренії.

У цілому виразність реактивної тривожності в чоловіків, жінки яких хворіють на ПШ, була вельми високою (рис. 3).

У більшості обстежених (56,0 %) були виявлені ознаки високої реактивної тривожності, ще 41,0 % належали до групи з помірним рівнем реактивної тривожності й лише у 3,0 % реактивна тривожність була низькою.



Рис. 3. Структура рівнів реактивної тривожності у чоловіків, жінки яких хворіють на ПШ, порівняно з чоловіками, жінки яких психічно здорові.

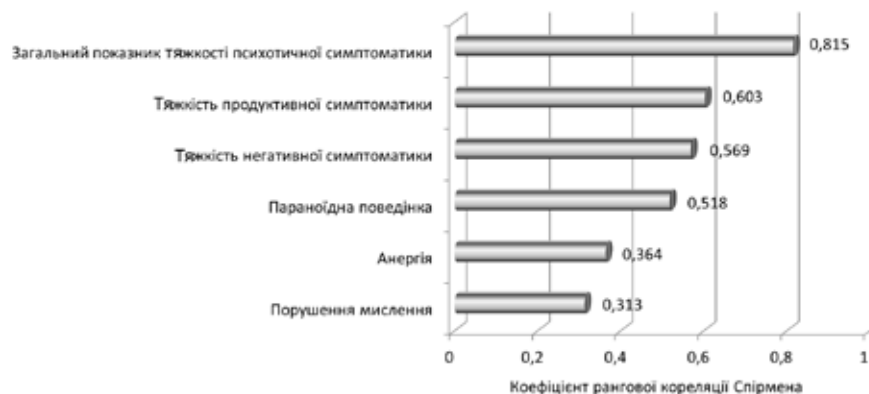


Рис. 4. Кореляційні зв'язки між показниками тяжкості психотичної симптоматики у жінок, хворих на ПШ, і показником реактивної тривожності у їх чоловіків (наведено значущі $p < 0,05$ і менше) коефіцієнти рангової кореляції Спірмена).

Середній рівень показника реактивної тривожності у чоловіків, жінки яких хворіють на ПШ, склав $(44,82 \pm 8,27)$ бала, що наближається до високого рівня (45 балів), а у чоловіків, жінки яких психічно здорові, – $(35,68 \pm 9,98)$ бала, що відповідає низькому рівню реактивної тривожності. Розбіжності між групами є статистично значущими ($p < 0,01$).

Виразність реактивної тривожності у чоловіків виявила прямі кореляції з тяжкістю психотичної симптоматики у жінок, хворих на ПШ (рис. 4). Найбільш тісний зв'язок реактивної тривожності був встановлений із загальною тяжкістю психотичної симптоматики ($r_s = 0,815$); на відміну від депресії, зв'язок більш тісний і відповідав сильному рівню (коефіцієнт кореляції понад 0,7), що свідчить про більшу роль фактора тяжкості психотичної симптоматики у генезі реактивної тривожності, ніж депресії у чоловіків.

На відміну від депресії, більш тісний зв'язок із виразністю реактивної тривожності був виявлений не для негативної, а для позитивної симптоматики ($r_s = 0,603$), що є закономірним з урахуванням особливостей продуктивної симптоматики ПШ: галюцинаторного синдрому з переважанням галюцинацій імперативного і загрозливого змісту; маячення, фабула якого переважно представлена маячними ідеями впливу, переслідування, ревнощів, а також виразного психомоторного збудження, що в період екзацерації сягає психотичного рівня. Наявність таких психопатологічних проявів робить хвору на шизофренію небезпечною для оточуючих, насамперед для дітей. Важливим аспектом клініко-психопатологічних проявів ПШ є те, що до маячних побудов найчастіше залучається найближче соціальне оточення хворої: чоловік, діти, інші найближчі родичі. Очевидно, що ці несприятливі клінічні прояви ПШ є постійним потужним психотравматичним фактором для чоловіків, створюючи високий рівень тривоги. Негативна симптоматика також значуще корелює з показниками реактивної тривожності ($r_s = 0,569$),

параноїдної поведінки ($r_s=0,518$), енергії ($r_s=0,364$) та порушень мислення ($r_s=0,313$).

З часом хронічні психоемоційні переживання, пов'язані з наявністю важкого психічного захворювання у дружини, призводять до патохарактерологічних трансформацій і патоперсоналогічних змін. Проявами таких змін були виявлені нами підвищені рівні особистісної тривожності у чоловіків, жінки яких хворіють на ПШ. У структурі підвищеної тривожності, як прояву патохарактерологічних змін, переважали поєднання постійного напруження і тривожного очікування несприятливих змін у поєднанні з явищами депресії та астенизації, дратівливості, емоційною лабільністю, слізливості, схильності до виражених психовегетативних реакцій, що може розглядатися як прояви невротизації у рамках адаптаційного синдрому.

У цілому 54,0 % чоловіків, жінки яких хворіють на ПШ, виявили високий рівень особистісної тривожності, що свідчить про наявність глибоких патохарактерологічних змін під впливом потужного психотравматичного фактора, яким є важке психічне захворювання у жінки (рис. 5).

Також у 43,0 % чоловіків, жінки яких хворіють на ПШ, були виявлені ознаки помірної особистісної тривожності, й лише у 3,0 % рівень особистісної тривожності відповідав низькому рівню. Натомість, у чоловіків, жінки яких є психічно здоровими, в 26,0 % випадків виявлено низький рівень особистісної тривожності, у 50,0 % – помірний, і лише у 24,0 % – високий.

Середній рівень показника особистісної тривожності у чоловіків, жінки яких хворіють на ПШ, склав $(45,67 \pm 9,25)$ бала, а в чоловіків, жінки яких психічно здорові – $(38,08 \pm 9,91)$ бала ($p < 0,01$), що також свідчить про стійкий характер патохарактерологічних змін у психоемоційній сфері, пов'язаних із наявністю у дружин тяжкого психічного захворювання.

Закономірним у цьому зв'язку є значне погіршення самопочуття чоловіків, жінки яких хворіють на ПШ, зниження їх активності та настрою. При дослідженні за допомогою методики САН було виявлено, що середнє значення показника за шкалою "Самопочуття" у чоловіків, жінки яких хворіють на ПШ, склало $(42,08 \pm 4,37)$ бала, тоді як у чоловіків, жінки яких є психічно здоровими, – $(53,02 \pm 4,99)$ бала ($p < 0,01$). Найпоширенішими скаргами чоловіків, жінки яких хворі на ПШ, були знижений настрій, швидка втомлюваність, зниження працездатності, порушення сну, що вкладається в клінічну картину невротичних трансформацій, асоційованих з тяжким психоемоційним стресом (рис. 6).

Показник за шкалою "Активність" у чоловіків, жінки яких хворіють на ПШ, склав $(39,43 \pm 3,65)$ бала, а в чоловіків, жінки яких є психічно здоровими, – $(50,04 \pm 4,48)$ бала ($p < 0,01$). Зниження активності у чоловіків психічно хворих жінок проявлялося переважно на тлі депресивного та астено-депресивного синдрому, і супроводжувалося соматовегетативними проявами та тривожно-фобічними переживаннями, і було складовою комплексу невротичних патохарактерологічних та патоперсоналогічних трансформацій, пов'язаних із впливом психоемоційного стресу.

Показник за шкалою "Настрій" у чоловіків, жінки яких хворі на ПШ, відображував депресивну симптоматику в структурі загального патохарактерологічного патерну. Середнє значення його склало $(40,50 \pm 4,47)$ бала проти $(51,30 \pm 5,18)$ бала у чоловіків, жінки яких є психічно здорові. Розбіжності між групами були статистично значущими ($p < 0,01$).

Показники самопочуття, активності та настрою у чоловіків, жінки яких хворіють на ПШ, виявили значущі кореляції з тяжкістю психопатологічної симптоматики у жінок (рис. 7). Погіршення самопочуття у чоловіків зворотньо корелювало із загальною тяжкістю психотичної



Рис. 5. Структура рівнів особистісної тривожності у чоловіків, жінки яких хворіють на ПШ, порівняно з чоловіками, жінки яких психічно здорові.

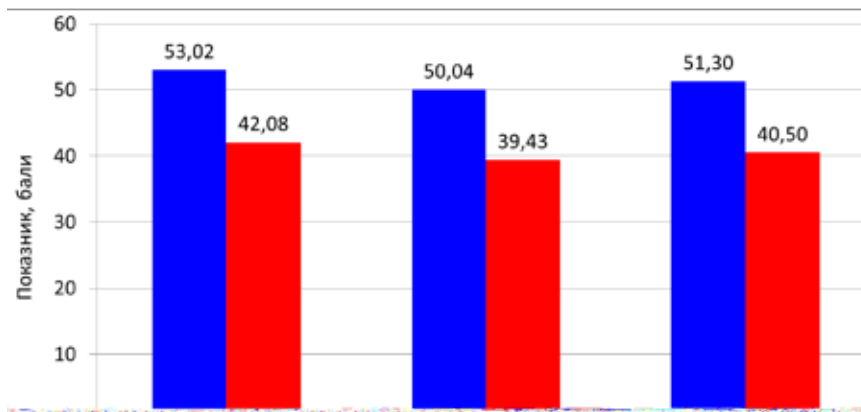


Рис. 6. Середні показники за шкалами "Самопочуття", "Активність" та "Настрій" у чоловіків, жінки яких хворіють на ПШ, порівняно з чоловіками, жінки яких психічно здорові.

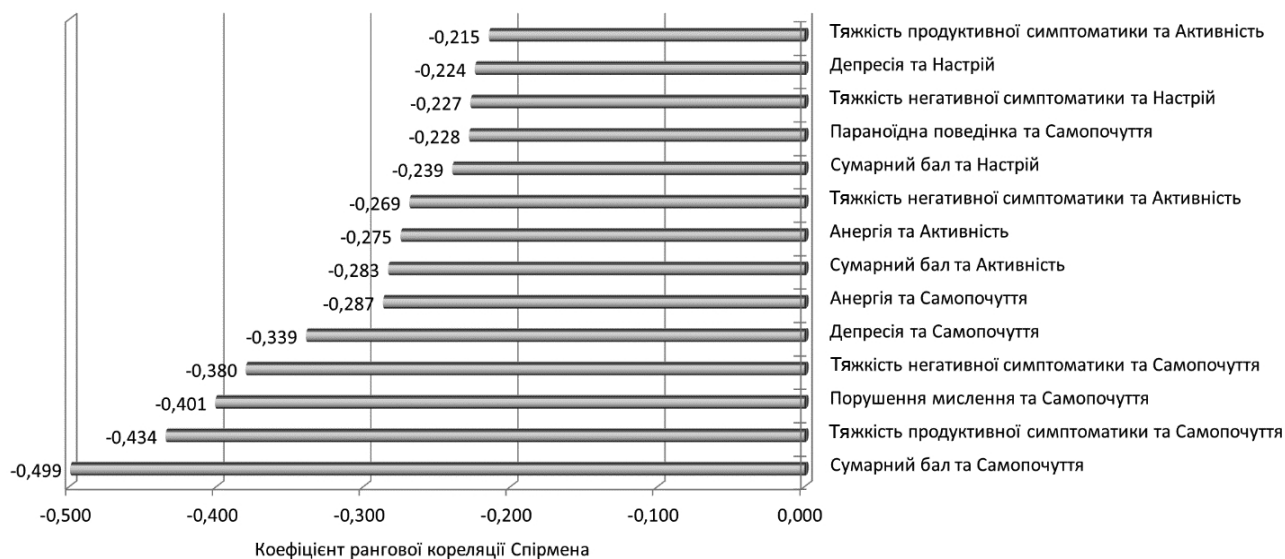


Рис. 7. Кореляційні зв'язки між показниками тяжкості психотичної симптоматики у жінок, хворих на ПШ, і показниками самопочуття, активності, настрою у їх чоловіків (наведено значущі ($p < 0,05$ і менше) коефіцієнти рангової кореляції Спірмена).

симптоматики ($r_s = -0,499$), виразністю порушень мислення ($r_s = -0,401$), депресії ($r_s = -0,339$), анергії ($r_s = -0,287$) та параноїдної поведінки ($r_s = -0,228$). Зниження активності вивило зворотні кореляції із загальною тяжкістю психотичної симптоматики ($r_s = -0,283$), анергією ($r_s = -0,275$) та тяжкістю продуктивної симптоматики ($r_s = -0,215$). Зниження настрою було пов'язане зворотним кореляційним зв'язком із загальною тяжкістю психотичної симптоматики ($r_s = -0,239$), параноїдною поведінкою ($r_s = -0,228$) та тяжкістю депресії ($r_s = -0,228$).

ВИСНОВКИ У чоловіків, жінки яких хворіють на ПШ, виявлено виразні зміни психоемоційної сфери, асоційовані з наявністю тяжкого психічного захворювання у їх жінок. Основу психоемоційних змін складають депресивні та тривожно-депресивні розлади невротичного рівня, які розвиваються на тлі виражених явищ астенизації, емоційної лабільності та вегетосоматичних порушень; ці зміни тісно пов'язані з тяжкістю психотичної симптоматики у жінок. Такі зміни можуть розглядатися як стійкі невротичні прояви в рамках адаптаційного синдрому.

Перспективи подальших досліджень у цій сфері лежать в дослідженні особливостей соціального функціонування та якості життя чоловіків, жінки, яких хворі на ПШ, для встановлення специфічних мішеней медико-психологічної допомоги родині жінки з ПШ.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ayano G. Schizophrenia: A Concise Overview of Etiology Epidemiology Diagnosis and Management: Review of literatures / G. Ayano // Journal of Schizophrenia Research. – 2016. – Vol. 3, Issue 2. – P. 2–7.
2. Yasamy M. T. Living a healthy life with schizophrenia: paving the road to recovery / M. T. Yasamy, A. Cross, E. McDaniell, S. Saxena. – Geneva: World Health Organization, 2014. – 28 p.
3. Психическое здоровье: усиление борьбы с психическими расстройствами: Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения. – 2010. – № 220. – 12 с.
4. Tandon R. Schizophrenia: Just the Facts What we know / Rajiv Tandon, Matcheri S. Keshavan, Henry A. Nasrallah // Schizophrenia Research. – 2008. – № 102. – P. 1–18.

5. Плевачук О. Ю. Взаємозв'язок перебігу шизофренії з психологічними особливостями мікросередовища пацієнта: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: 14.01.16 / Плевачук Оксана Юріївна; ДУ "Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України". – Харків, 2011. – 18 с.

6. Животовська Л. В. Аналіз сімейного здоров'я при шизофренії в одного з батьків / Л. В. Животовська, О. А. Казаков, В. В. Борисенко // Медична психологія. – 2015. – Т. 10, № 3. – С. 48–51.

7. Пшук Н. Г. Динаміка ресурсу сім'ї, де проживає хворий на параноїдну шизофренію / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, Є. Я. Пшук // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, вип. 3 (72). – С. 215.

8. Маркова М. В. Рівень функціонування родини як критерій вибору типу психотерапевтичного втручання в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію / М. В. Маркова, В. О. Діхтяр // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, вип. 2 (71). – С. 56–57.

9. Юр'єва Н. М. Гендерноспецифічна дезадаптація соціального функціонування у жінок, хворих на параноїдну шизофренію: аналіз феномену та особливості терапії і психосоціальної реабілітації / Н. М. Юр'єва // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, вип. 2. – С. 139–146.

10. Косенко К. А. Особенности психофармакотерапевтической и психотерапевтической составляющих в комплексном лечении женщин, больных параноидной шизофренией, при различных моделях семейного взаимодействия / К. А. Косенко // Journal of Health Sciences. – 2014. – Vol. 04, No. 06. – P. 043–056.

11. Морванюк Г. В. Аналіз основних підходів к психотерапии и психофармакотерапии шизофрении с учетом гендерных различий в Украине и в мире / Г. В. Морванюк // Journal of Health Sciences. – 2014. – № 4(01). – С. 339–348.

12. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика: методики и тесты. – Самара: Изд. дом "Бахрах-М", 1998. – С. 73–82.

13. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel: экспериментальные исследования. Клинические испытания. Анализ фармацевтического рынка / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – 2-е изд., перераб. и доп. – К.: Морион, 2001. – 408 с.

Отримано 04.10.16