

<https://doi.org/10.35339/msz.2019.82.01.09>

УДК 61.89:615.851:616-07

*А.О. Камінська, Н.К. Агішева**

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Харківська медична академія післядипломної освіти

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ РЕФЕРЕНТНИХ РОДИЧІВ ХВОРИХ ІЗ ЕНДОГЕННИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ЯК ДЕТЕРМІНАНТА ТИПУ СУБ'ЄКТИВНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ПАЦІЄНТА

Обстежено 243 референтні родичі хворих з ендогенними психічними розладами (ЕПР – параноїдна шизофренія, біполярний афективний розлад, рекурентний депресивний розлад), у яких визначали особливості психоемоційної сфери в контексті їхнього психосоціального функціонування. Психоемоційний стан референтних родичів досліджували з використанням тесту Спілберґера–Ханіна та опитувальника Цунґа в адаптації Т.І. Балашової. Рівень сімейної тривоги аналізували за опитувальником АСТ Є.Г. Ейдемільлер і В. Юстіцкіс. Суб'єктивне ставлення референтних родичів до пацієнтів з ЕПР досліджували за шкалою структурованого інтерв'ю для визначення ставлення членів сім'ї до хвороби (психіатричного діагнозу) у родича за В.А. Абрамовим, І.В. Жигуліним, Т.Л. Ряполовою. Групу контролю становили 55 психічно здорових осіб. Виявлено тенденцію до порушення психоемоційного стану в референтних родичів пацієнтів з ЕПР, причому тривожні й депресивні прояви переважали в референтних родичів пацієнтів з параноїдною шизофренією й були максимально вираженими в респондентів, які проживають із психічно хворим членом сім'ї з тривалістю захворювання до 4 років. Показано, що в процесі розвитку ЕПР у члена сім'ї в референтних родичів поступово виснажуються емоційні, індивідуально-психологічні та комунікативні ресурси, що призводить до дистанціювання й уникнення в ситуаціях внутрішньосімейної взаємодії. 42,8 % референтних родичів пацієнтів із параноїдною шизофренією і 37,3 % референтних родичів пацієнтів з афективними розладами проявляли ставлення до стану психічно хворого члена сім'ї драматизуючого типу. У 27,4 % референтних родичів пацієнтів із параноїдною шизофренією і 18,1 % референтних родичів хворих з афективними розладами мало місце негативне (деструктивне) відношення до психічного стану хворого. Така ситуація призводить до зростання конфліктності й дисфункціональності сімейної системи в цілому, наслідком чого може бути як екзацербация психічного розладу в пацієнта, так і загальне зниження якості життя всіх членів сім'ї.

Ключові слова: сімейна тривога, тип ставлення до психічного захворювання, психоемоційна сфера, референтні родичі, ендогенні психічні розлади.

Вступ

Відомо, що до 60 % усіх пацієнтів, які виписуються з психіатричних стаціонарів, повертаються в сім'ї, при цьому переважна більшість із них зберігають контакти зі своїми

рідними. Тисячі сімей щорічно стикаються з психічними розладами і змушені вирішувати пов'язані з цим проблеми [1, 2]. Факторами, що позитивно впливають на успішність реабілітації хворих на шизофренію й афективні роз-

© А.О. Камінська, Н.К. Агішева, 2019

лади за позалікарняних умов, є зацікавленість найближчого оточення в реабілітації пацієнтів, вихідне збереження соціального функціонування у сферах соціально-корисної діяльності і взаємин з оточенням [3, 4].

Референтні родичі пацієнтів з ендегенними психічними розладами (ЕПР) стикаються з підвищеним навантаженням і стресом. Часто референтні родичі стають реципієнтами фрустрації пацієнтів та їхніх поведінкових розладів. Через відсутність належної підготовки, недостатні знання про хворобу та психологічний дистрес, зумовлений різкими змінами у психічному стані члена сім'ї, референтні родичі зазнають великого напруження й навантаження, які тепер відомі під назвою «сімейне навантаження» [5–7]. До об'єктивних негативних наслідків проживання і взаємодії із психічно хворим членом сім'ї належать погіршення здоров'я референтних родичів, порушення сімейного життя, збільшення витрат, тоді як до суб'єктивних ефектів – відчуття ізоляції і втрати, тривога, гнів та фрустрація [8, 9].

Під «сімейною тривогою» розуміють стан підвищеної тривожності в одного або декількох членів сім'ї, нерідко погано усвідомлюваний і недостатньо локалізований за причиною виникнення [10]. Характерною ознакою тривоги даного типу є те, що вона виявляється в сумнівах, страхах, побоюваннях, що стосуються насамперед сімейного життя – здоров'я членів сім'ї, їхніх поїздок і пізніх повернень, сутичок і конфліктів, що виникають у внутрішньосімейній взаємодії. Тривога ця зазвичай не поширюється на сфери позасімейного функціонування – виробничу діяльність, дружні й сусідські відносини і т. д.

У основі «сімейної тривоги» зазвичай лежить недостатньо усвідомлювана невпевненість індивіда в якомусь дуже важливому для нього аспекті сімейного життя: у почуттях партнера, у собі тощо. Індивід витісняє почуття, яке може проявитись у сімейних відносинах і не вписується в його уявлення про себе. Таким чином, така тривога здебільшого виявляється опосередковано й часто – порізно у всіх членів сім'ї.

Невід'ємними складовими «сімейної тривоги» є також почуття безпорадності й відчуття нездатності втрутитися в хід подій у родині, направити його в потрібне русло, що є

особливо актуальним у сім'ях пацієнтів з ЕПР. Індивід із сімейно-зумовленою тривогою не відчуває себе значущою дійовою особою в родині, незалежно від того, яку позицію він у ній займає і наскільки активну роль відіграє в дійсності [11].

Незважаючи на досить велику кількість досліджень наслідків ЕПР та пов'язаного з ними психологічного навантаження на референтних родичів як осіб, що постійно взаємодіють із пацієнтом, досі немає цілісного розуміння причин психоемоційної дезадаптації в сім'ях, де проживає пацієнт із ендегенним психічним захворюванням [11–13]. Крім того, немає дієвих систем психоосвітніх і психокорекційних заходів для референтних родичів пацієнтів із ЕПР [14].

Метою даного дослідження є визначення особливостей психоемоційної сфери в референтних родичів пацієнтів із ЕПР у контексті їхнього психосоціального функціонування.

Матеріал і методи

Із дотриманням принципів біоетики й медичної деонтології та за умови інформованої згоди обстежено 243 референтні родичі хворих на параноїдну шизофренію (168 осіб, РРПШ) та хворих на афективні розлади – біполярний афективний і рекурентний депресивний розлади (75 осіб, РРАФР). Критеріями залучення респондентів до участі в дослідженні були: інформована згода на проведення анкетування, клініко-психологічного, психодіагностичного обстеження, відсутність попередніх звернень по допомогу до лікаря-психіатра чи лікаря-нарколога, відсутність черепно-мозкових травм в анамнезі, 1–2-й ступінь спорідненості з хворим. До групи РРПШ ввійшли 49 дружин та 25 чоловіків хворих, 94 особи, що є одним із батьків пацієнтів із ПШ. До РРАФР було включено 20 дружин і 25 чоловіків хворих, 30 осіб, що є одним із батьків пацієнтів з АФР. Обстежені перебували у віковому діапазоні від 26 до 63 років, середній вік дружин – (37,5±0,8) року, чоловіків – (42,3±0,90) та одного з батьків – (60,3±3,7) року. Більшість родичів (64,5 %) мали достатню освіту (середню та вищу), постійну роботу мали 55,1 %. Із обстежених 70,4 % респондентів РРПШ і РРАФР оцінили матеріально-побутовий стан як задовільний, а 23,1 % указали на незадовільний фінансовий стан сім'ї, який змінився після появи в сім'ї пацієнта з

психічним розладом. Щодо сімейних стосунків, то адекватні стосунки констатували 19,5 % РРПШ та 28,6 % РРАФР, на конфліктні й емоційно-нестійкі сімейні стосунки вказали відповідно 46,2 та 26,4 % опитаних референтних родичів. Групу контролю (КГ) становили 55 психічно здорових осіб (35 осіб жіночої і 20 осіб чоловічої статі), у сім'ях яких не проживають психічно хворі пацієнти і які ніколи не звертались по допомогу до лікаря-психіатра.

Застосовано такі методи дослідження: анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психологічний, психодіагностичний та статистичний.

Для дослідження психоемоційного стану референтних родичів було обрано тест Спілбергера–Ханіна та опитувальник Цунга в адаптації Т.І. Балашової (за Д.Я. Райгородським, 2008) [15]. Рівень сімейної тривоги аналізували за опитувальником «Аналіз сімейних взаємовідносин» Е.Г. Ейдемільера та В. Юстіцкіса [10]. Суб'єктивне ставлення референтних родичів до пацієнтів із ЕПР досліджували за шкалою структурованого інтерв'ю для визначення ставлення членів сім'ї до хвороби (психіатричного діагнозу) у родича за В.А. Абрамовим, І.В. Жигуліною, Т.Л. Ряполовою [14].

Результати та їх обговорення

При вивченні стану психоемоційної сфери референтних родичів пацієнтів з ЕПР із використанням опитувальника Цунга виявлено, що з загальної кількості референтних родичів пацієнтів з ЕПР ознаки депресивного реагування демонстрували 68,4 % респондентів (61,7 % – із вираженістю на рівні легкого депресивного стану та 6,7 % – помірному), зокрема 70,7 % респондентів РРПШ (65,9 % – легкий депресивний стан, 4,8 % – помірний) та 66,1 % обстежених респондентів РРАФР (57,5 % – легкий депресивний стан та 8,6 % – помірний). У переважній більшості обстежених КГ (80,8 % респондентів) проявів депресії не виявлено, депресивне реагування характерне для 19,2 % обстежених КГ, переважно легкого, ситуаційно зумовленого депресивного стану – 17,1 % (рисунки).

Виразні результати отримано нами при аналізі наявності й вираженості депресивної симптоматики серед респондентів РРПШ та РРАФР залежно від тривалості захворювання члена сім'ї. Так, із респондентів РРПШ із тривалістю захворювання до 4 років у 46,5 %

осіб діагностовано депресивні прояви (у 36 % – із вираженістю на рівні легкого депресивного стану, у 10,5 % – на рівні помірному). У 56,3 % респондентів РРАФР із тривалістю захворювання до 4 років виявлено депресивні симптоми, причому легкий депресивний стан діагностовано у 50,3 %, помірний – у 6,3 %.

У обстежених РРПШ і РРАФР значущими в структурі депресивного реагування визнано знижений настрій, пригніченість, утрату активності, почуття провини, раннє, середнє та пізнє безсоння, зниження працездатності й активності, втрату інтересу до діяльності, загальносоматичні симптоми – тяжкість у кінцівках, голові, спині, м'язовий біль, почуття знесилання.

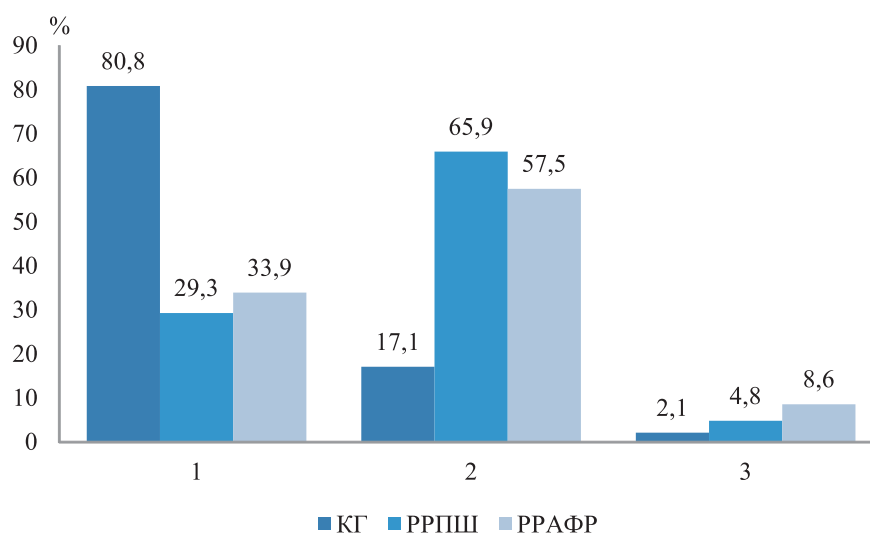
У осіб КГ виявлено окремі прояви зниженого настрою й ускладнене засинання.

Ознаки вираженої ситуативної й особистісної тривожності за тестом Спілбергера–Ханіна були притаманні 57,1 % респондентів РРПШ, 48,9 % респондентів РРАФР та 9,9 % осіб КГ, проте в респондентів КГ рівень вираженості тривоги не досягав рівня тривожного розладу.

При вивченні вираженості тривожних проявів залежно від тривалості захворювання у члена сім'ї в основних групах продемонстровано виявлену в попередньому дослідженні тенденцію до поступового нівелювання психопатологічної симптоматики зі зростанням тривалості захворювання у психічно хворого члена сім'ї. Прояви патологічної тривоги на рівні тривожного стану було діагностовано в 41,5 % респондентів РРПШ та 36,7 % респондентів РРАФР із тривалістю захворювання члена сім'ї до 4 років, у 38,7 % обстежених РРПШ та 31,3 % РРАФР із тривалістю захворювання члена сім'ї 5–10 років та у 29,2 % РРПШ та 27,8 % РРАФР із тривалістю захворювання члена сім'ї понад 8 років.

Таким чином, виявлено тенденцію до порушення психоемоційного стану в референтних родичів пацієнтів з ЕПР, на відміну від респондентів КГ, причому поширеність і вираженість тривожних і депресивних проявів кількісно і якісно переважають у респондентів РРПШ над такими в РРАФР та є максимально значущими в респондентів, що проживають із психічно хворим членом сім'ї з тривалістю психічного захворювання до 4 років.

При вивченні стану психоемоційної сфери референтних родичів пацієнтів з ЕПР виявле-



Рівень вираженості депресії в обстежених респондентів: 1 – відсутність проявів депресії (25–49 балів); 2 – легкий депресивний стан (50–59 балів); 3 – помірний депресивний стан (60–69 балів)

но тенденцію до поступового зниження тривожно-депресивної психопатологічної симптоматики зі зростанням тривалості захворювання у психічно хворого члена сім'ї.

Подальше дослідження психоемоційних особливостей референтних родичів пацієнтів із ЕПР здійснювали за допомогою опитувальника «Аналіз сімейної тривоги» Е.Г. Ейдемільера та В. Юстіцькіса (табл. 1).

Загалом рівень сімейної тривоги в респондентів оцінювали за трьома базовими конструктами – сімейна провина, сімейна тривожність та сімейна напруженість.

Установлені за субшкалою сімейної провини показники [у РРПШ – (4,21±1,10) бала; у РРАФР – (3,28±0,90) бала; у КГ – (3,08±0,50) бала, $p<0,05$] свідчать про те, що референтні родичі пацієнтів із ПШ на відміну від респондентів РРАФР та КГ схильні переживати почуття провини за те, що відбувається в сім'ї, а також на тлі сімейної ситуації часто почуваються зайвими та непотрібними, переживають почуття незручності та власної неконгруентності.

Показники за субшкалою сімейної тривожності [у РРПШ – (5,97±1,10) бала; у РРАФР – (5,14±1,60) бала; у КГ – (2,18±0,10) бала, $p<0,001$] указують на те, що в референтних родичів, у сім'ях яких проживає пацієнт із ЕПР, значно зростає почуття власної безпорадності, безсилля, песимістичність при оцінюванні власних зусиль, хронічне переживання непередбачуваності та невизначеності сімейної ситуації загалом.

Результати, отримані за субшкалою сімейної напруженості [у РРПШ – (6,81±0,70) бала; у РРАФР – (5,18±1,10) бала; у КГ – (2,13±0,70) бала, $p<0,001$], свідчать про приховане почуття незадоволеності сімейною ситуацією, відчуття перевантаженості сімейними справами та обов'язками, переживаннями через сімейні справи, постійною необхідністю стримувати себе в ситуаціях інтерперсональної взаємодії в сім'ї.

За композитного оцінювання [у РРПШ – (16,1±1,7) бала; у РРАФР – (13,72±1,50) бала; у КГ – (8,19±0,90) бала, $p<0,001$] установлене, що в референтних родичів пацієнтів із ЕПР

Таблиця 1. Показники рівня сімейної тривоги референтних родичів пацієнтів із ЕПР, бали ($M\pm m$)

Група	Сімейна провина	Сімейна тривожність	Сімейна напруженість	Композитне оцінювання
КГ (n=55)	3,08±0,50	2,18±0,10	2,13±0,70	8,19±0,90
РРПШ (n=168)	4,21±0,50*	5,97±1,10 [#]	6,81±0,70 [#]	16,1±1,7 [#]
РРАФР (n=75)	3,28±0,90	5,14±1,60 [#]	5,18±1,10 [#]	13,72±1,50 [#]

Примітка. Показники є статистично достовірними: * $p<0,05$; [#] $p<0,001$. Тут і в табл. 2.

загалом має місце занепокоєння сімейною ситуацією на тлі психічного розладу у близького члена сім'ї.

При вивченні динаміки показників соціальної тривоги в референтних родичів пацієнтів з ЕПР виявлено такі закономірності (табл. 2): у референтних родичів пацієнтів з ПШ та АФР

Таблиця 2. Показники рівня сімейної тривоги референтних родичів пацієнтів із ЕПР залежно від тривалості захворювання, бали ($M \pm m$)

Група	Тривалість захворювання, років	Сімейна провина	Сімейна тривожність	Сімейна напруженість	Композитне оцінювання
КГ (n=55)		3,08±0,50	2,18±0,10	2,13±0,7*	8,19±0,90
РРПШ	0–4 (n=57)	5,21±0,50*	5,87±1,10#	4,81±0,70#	18,1±1,7#
	5–8 (n=58)	4,72±0,50	4,7±1,5	3,41±1,30	13,12±0,50
	9–12 (n=53)	4,6±0,6	3,2±1,0	3,11±0,50	10,82±0,70*
РРАФР	0–4 (n=34)	4,28±0,90*	5,14±1,60#	5,18±1,10#	13,72±1,50#
	5–8 (n=22)	4,05±0,60	4,35±1,20*	4,08±1,10#	12,37±0,60#
	9–12 (n=19)	3,15±1,00	4,09±1,00*	2,1±1,5	9,12±0,50

високі рівні сімейної тривоги зберігаються при тривалості хвороби до 4 років і від 5 до 8 років, після чого спостерігається зниження показників сімейної тривоги до значень, які незначно відрізняються від даних КГ. Це, імовірно, указує на поступове дистанціювання від актуальної сімейної ситуації з переключенням на інші сфери життя.

Рівень сімейної тривоги і психоемоційний стан референтних родичів пацієнтів з ЕПР загалом впливають на формування певного типу суб'єктивного ставлення до психічно хворого члена сім'ї, що зі свого боку визначає готовність сім'ї до участі в лікувально-реабілітаційному процесі, а також ресурс сімейної підтримки пацієнта.

За результатами дослідження респондентів основних груп за шкалою структуро-

ваного інтерв'ю для визначення ставлення членів сім'ї до психіатричного діагнозу виявлено деякі розбіжності між РРПШ і РРАФР (табл. 3).

Так, у 42,8 % обстежених нами референтних родичів пацієнтів із ПШ і 37,3 % референтних родичів пацієнтів з АФР ставлення до ста-

ну психічно хворого члена сім'ї було драматизуючого типу, проявами чого були катастрофізація сімейної ситуації, переоцінювання членами сім'ї тяжкості хвороби з переживаннями занепокоєння, розгубленістю, почуттям провини й недовірою до лікарів; очікуванням негативних наслідків хвороби для членів сім'ї; упевненістю, що хвороба привносить у внутрішній світ хворого хаос і безлад, виб'є його з колії, зі звичних життєвих відносин, позбавить перспективи та зробить безпорадним, а також низька готовність допомагати хворому в дотриманні терапевтичного режиму.

У 29,8 % референтних родичів пацієнтів із ПШ і 44,6 % референтних родичів пацієнтів з АФР переважало адекватне ставлення до захворювання. Воно виявлялось у достатньому розумінні реальної складності захворюван-

Таблиця 3. Типи ставлення референтних родичів до пацієнта з ЕПР залежно від тривалості захворювання, %

Група обстежених	Тривалість захворювання, років	Типи ставлення до хворого		
		адекватний	драматизуючий	негативний
РРПШ	0–4 (n=57)	45,3	36,8	17,9
	5–8 (n=58)	35,8	39,8	24,4
	9–12 (n=53)	27,7	31,8	40,5
	усього (n=168)	29,8	42,8	27,4
РРАФР	0–4 (n=34)	63,1	25,2	11,7
	5–8 (n=22)	56,9	23,2	19,9
	9–12 (n=19)	49,3	21,8	28,9
	усього (n=75)	44,6	37,3	18,1

ня, концептуалізації хвороби, усвідомленій готовності виконувати рекомендації лікаря, реалістичних очікувань від лікувальних заходів. Такі сім'ї характеризуються прагненням прийняти факт хвороби й пов'язані з нею проблеми, здатністю брати на себе відповідальність за підтримку пацієнта в усіх сферах соціальної взаємодії.

Натомість у 27,4 % респондентів РРПШ та 18,1 % респондентів РРАФР мало місце негативне (деструктивне) ставлення до психічного стану хворого члена сім'ї, що виявлялось у нерозумінні або ігноруванні хвороби, ставленні до неї як до життєвої події, яка порушує подальший розвиток сім'ї та якість її життя; самоусунення від активної участі в долі пацієнта, повна безконтрольність, невіра в можливість позитивної терапевтичної перспективи.

При подальшому дослідженні типу суб'єктивного ставлення референтних родичів до наявності психічного захворювання у члена сім'ї в клініко-динамічному аспекті виявлено особливості, які необхідно враховувати при розробці відповідних комплексних психосвітніх, психопрофілактичних та психокорекційних програм для сімей, де проживають хворі з ЕПР.

Як свідчать отримані дані (табл. 3), при загальній тривалості хвороби до 4 років адекватний тип ставлення до хвороби переважає в обстежених нами референтних родичів пацієнтів з ЕПР усіх груп (у 45,3 % РРПШ та 63,1 % РРАФР), що є сприятливою передумовою для впровадження медико-психологічного супроводу, оскільки в цей період зберігається достатнє розуміння можливих труднощів, концептуалізація страждання, усвідомлена готовність виконувати рекомендації лікаря, є реальні очікування від лікувальних заходів. Сім'я повністю усвідомлює наявність проблем і труднощів, які можуть виникати при лікуванні хворого, проте зберігає надію та налаштовується на позитивний результат.

При тривалості захворювання в пацієнта від 5 до 8 років у референтних родичів обох груп спостерігається зменшення кількості осіб з адекватним типом ставлення (до 35,8 % РРПШ і 56,9 % РРАФР) та збільшення кількості респондентів із драматизуючим типом ставлення (до 39,8 % РРПШ і 23,2 % РРАФР). Даний факт указує на виснаження

адаптивних ресурсів сімейної системи, що супроводжується зростанням тривожності, переоцінюванням тяжкості хвороби, розпачем, відчуттями провини й безнадії, недовірою до лікарських призначень. Тривожні очікування й порушення системи сімейного гомеостазу за таких умов призводять до зниження здатності до адекватного сприйняття нової інформації щодо перебігу хвороби пацієнтів. Увага акцентувалась на тому, що хвороба призведе до значних змін у звичному житті, детермінуватиме міжособистісні стосунки до рівня негативно забарвлених, позбавить життєвих перспектив. З одного боку, будь-які призначення лікаря викликали занепокоєння з боку референтних родичів, посилювали недовіру до лікаря та діагнозу, а з другого – виявлялась обмежена готовність допомагати хворому підтримувати відповідний терапевтичний режим.

При тривалості хвороби більш ніж 8 років на тлі зменшення поширеності драматизуючого й адекватного типів відношення до хвороби в пацієнта простежується помітне зростання поширеності негативного суб'єктивного ставлення до хвороби в пацієнта з боку референтних родичів, яке спостерігалось у 40,5 % РРПШ і 28,9 % РРАФР. Негативне (деструктивне) ставлення з боку референтних родичів проявлялось у бажанні дистанціюватись від проблеми, нерозумінні та ігноруванні хвороби близької людини. Респонденти РРПШ та РРАФР вбачали у факті наявної хвороби загрозу для власного благополуччя, нівелювали значущість пов'язаних зі здоров'ям пацієнтів ситуацій, відмежовувались від активної участі в лікуванні та відповідальності за долю пацієнта, а думки про безперспективність майбутнього посилювали недовіру до позитивного терапевтичного ефекту в подальшому лікуванні хворих. Негативно забарвлене ставлення до психічно хворого члена сім'ї може пояснюватись нерозумінням через відсутність достатньої кількості інформації про хворобу, появою почуттів самотності і втрати, пов'язаних із прогресуючими особистісними змінами, зумовленими захворюванням, відмовою від надії на майбутнє, розчаруванням у сприятливому перебігу хвороби.

Дослідивши типологію відношення референтних родичів у сім'ях, де проживає хворий на ЕПР, ми виділили особливості, що визна-

чались загальною тривалістю патологічного процесу в пацієнтів. Так, на початкових етапах розвитку хвороби (до 4 років) переважає адекватний тип ставлення референтних родичів до хвороби пацієнта, що створює сприятливе підґрунтя для медико-психологічних втручань. У міру розвитку патологічного процесу домінуючу позицію займають драматизуючий та негативний типи відношення з боку референтних родичів ($p < 0,001$).

Дані особливості свідчать про те, що в процесі розвитку ЕПР у члена сім'ї в референтних родичів поступово виснажуються емоційні, індивідуально-психологічні та комунікативні ресурси, що зрештою призводить до дистанціювання й уникання в ситуаціях внутрішньосімейної взаємодії.

Прийняття хвороби сім'єю й усвідомлення її окремих проявів у поєднанні з готовністю брати участь у забезпеченні психосоціальної реабілітації та реадaptaції психічно хворого члена сім'ї – важливий фактор у лікуванні таких пацієнтів. У сім'ях хворих на ЕПР практично повсякчас існують проблеми усвідомлення та прийняття особистісних і поведінкових змін члена сім'ї, які є наслідком проявів хвороби. Зазвичай у більшості референтних родичів зберігається формальне прийняття хвороби. Недооцінюючи тяжкість ЕПР, рефе-

рентні родичі висувають пацієнтам завищені вимоги, яким хворі з ЕПР не здатні відповідати. Така ситуація призводить до зростання конфліктності й дисфункціональності сімейної системи в цілому, появи комунікативних бар'єрів, наслідком чого може бути як екзацерація психічного розладу в пацієнта з ЕПР, так і загальне зниження якості життя усіх членів сім'ї.

Висновки

У подоланні стресових і проблемних ситуацій та налагодженні міжособистісної комунікації в сім'ях, де проживають пацієнти з ендогенними психічними розладами, стан психоемоційної сфери відіграє вагомий роль. Завдяки збалансованому й адекватному психоемоційному стану виникає підґрунтя для забезпечення ефективного емоційного та поведінкового копінгю, що визначає здатність особистості референтних родичів до адаптивного емоційного й поведінкового реагування за умов психічного розладу у близького члена сім'ї.

Перспективою подальших досліджень є врахування виявлених особливостей при розробці та впровадженні відповідної системи медико-психологічного супроводу для референтних родичів пацієнтів із ендогенними психічними розладами.

Список літератури

1. Бугорский А. В. Психиатрическое просвещение родственников пациентов, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра / А. В. Бугорский // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии / [под ред. О. В. Лиманкина, С. М. Бабина]. – СПб. : Таро, 2017. – Вып. IV. – С. 49–56.
2. Гурович И. Я. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Л. И. Сальникова. – М. : Медиапрактика, 2002. – 180 с.
3. Интегративная модель психотерапии эндогенных психических расстройств / О. В. Гусева, А. П. Коцюбинский. – СПб. : СпецЛит, 2013. – 287 с.
4. Awad A. G. The burden of schizophrenia on caregivers: a review / A. G. Awad, L. N. Voruganti // *Pharmacoeconomics*. – 2008. – № 26 (2). – P. 149–162.
5. Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions / S. Gupta, G. Isherwood, K. Jones, K. Van Impe // *BMC Psychiatry*. – 2015. – № 15. – DOI : 10.1186/s12888-015-0547-1.
6. Miklowitz D. J. Family treatment for bipolar disorder and substance abuse in late adolescence / D. J. Miklowitz // *Journal of Clinical Psychology*. – 2012. – № 68 (5) – P. 502–513.
7. Caregiver burden and health in bipolar disorder: a cluster analytic approach / D. A. Perlick, R. A. Rosenheck, D. J. Miklowitz [et al.] // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. – 2008. – Vol. 196 (6). – P. 484–491.
8. Vitaliano P. P. Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis / P. P. Vitaliano, J. Zhang, J. M. Scanlan // *Psychological Bulletin*. – 2003. – № 129 (6). – P. 946–972.

9. Do needs, symptoms or disability of outpatients with schizophrenia influence family burden? / S. Ochoa, M. Vilaplana, J. M. Haro [et al.] // *Soc. Psychiatry and Psychiatr. Epidemiol.* – 2008. – Vol. 43 (8). – P. 612–618.
10. *Эйдемиллер Э. Г.* Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – СПб., 1999. – С. 38, 555–556.
11. Evaluation of the acceptability and usefulness of an information website for caregivers of people with bipolar disorder / L. Berk, M. Berk, S. Dodd [et al.] // *BMC Medicine.* – 2013. – № 11 (1). – P. 162.
12. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update / J. Bustillo, J. Lauriello, W. Horan, S. Keith // *The American Journal of Psychiatry.* – 2001. – Vol. 158 (2). – P. 163–175.
13. Burden of care on caregivers of schizophrenia patients: a correlation to personality and coping / D. Geriani, K. S. Savithry, S. Shivakumar, T. Kanchan // *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* – 2015. – № 9 (3). – VC01–VC04. – DOI : 10.7860/JCDR/2015/11342.5654.
14. *Савельева О. В.* Эффективность комплексной реабилитации больных шизофренией / О. В. Савельева, Н. Н. Петрова // *Вестник СПбГУ. Серия 11. Медицина.* – 2017. – № 3. – URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-kompleksnoy-reabilitatsii-bolnyh-shizofreniey>.
15. *Райгородский Д. Я.* Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский. – Самара : БАХРАХ-М, 2008. – 672 с.

References

1. Buhorskii A.V. (2017). Psikhiatricheskoie prosveshcheniie rodstvennikov patsiientov, stradauiushchikh shyzofreniiei i rasstroistvami shyzofrenicheskoho spektra [Psychiatric education for relatives of patients with schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders]. *Psikhoterapiia i psikhosotsialnaia rabota v psikhiiatrii – Psychotherapy and psychosocial work in psychiatry.* O.V. Limankin, S.M. Babin (Ed.). SPb.: Taro, issue IV, pp. 49–56 [in Russian].
2. Hurovich I.Ya., Shmukler A.B., Salnikova L.I. (2002). *Praktikum po psikhosotsialnomu lecheniiu i psikhosotsialnoi reabilitatsii psikhicheskii bolnykh [Guide for psychosocial treatment and psychosocial rehabilitation of the mentally ill patients]*. Moscow: Mediapraktika, 180 p. [in Russian].
3. Huseva O.V., Kotsiubinskii A.P. (2013). *Integrativnaia model psikhoterapii endohennykh psikhicheskikh rasstroistv [An integrative model of psychotherapy for endogenous psychiatric disorders]*. St. Petersburg: SpetsLit, 287 p. [in Russian].
4. Awad A.G., Voruganti L.N. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics*, № 26 (2), pp. 149–162.
5. Gupta S., Isherwood G., Jones K., Van Impe K. (2015). Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. *BMC Psychiatry*, № 15, DOI 10.1186/s12888-015-0547-1.
6. Miklowitz D.J. (2012). Family treatment for bipolar disorder and substance abuse in late adolescence. *Journal of Clinical Psychology*, № 68 (5), pp. 502–513.
7. Perlick D.A., Rosenheck R.A., Miklowitz D.J., Kaczynski R., Link B., Ketter T. et al. (2008). Caregiver burden and health in bipolar disorder: a cluster analytic approach. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 196 (6), pp. 484–491.
8. Vitaliano P.P., Zhang J., Scanlan J.M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, № 129 (6), pp. 946–972.
9. Ochoa S., Vilaplana M., Haro J.M., Villalta-Gil V., Martinez F., Negredo M.C. et al. (2008). Do needs, symptoms or disability of outpatients with schizophrenia influence family burden? *Soc. Psychiatry and Psychiatric Epidemiol.*, vol. 43 (8), pp. 612–618.
10. Eidemiller E.H., Yustitskis V. (1999). *Psikhologiiia i psikhoterapiia semi [Family psychology and psychotherapy]*. St. Peterburg, pp. 38, 555–556 [in Russian].
11. Berk L., Berk M., Dodd S., Kelly C., Cvetkovski S., Jorm A.F. (2013). Evaluation of the acceptability and usefulness of an information website for caregivers of people with bipolar disorder. *BMC Medicine*, № 11 (1), pp. 162.
12. Bustillo J., Lauriello J., Horan W., Keith S. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *The American Journal of Psychiatry*, № 158 (2), pp. 163–175.

13. Geriani D., Savithry K.S., Shivakumar S., Kanchan T. (2015). Burden of care on caregivers of schizophrenia patients: a correlation to personality and coping. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, № 9 (3), VC01–VC04, DOI 10.7860/JCDR/2015/11342.5654.

14. Saveleva O.V., Petrova N.N. (2017). Effektivnost kompleksnoi reabilitatsii bolnykh shyzofreniei [The effectiveness of complex rehabilitation of patients with schizophrenia]. *Vestnik SPbHU. Seriya II. Meditsina – Bulletin of St. Petersburg State University. Series II. Medicine*, № 3. Retrieved from <https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-kompleksnoy-reabilitatsii-bolnyh-shizofreniei> [in Russian].

15. Raihorodskii D.Ya. (2008). *Prakticheskaiia psikhodiagnostika. Metodiki i testy [Practical psychodiagnosics. Methods and tests]*. Samara: BAKhRAKh-M, 672 p. [in Russian].

А.А. Каминская, Н.К. Агишева

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ РЕФЕРЕНТНЫХ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ С ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ КАК ДЕТЕРМИНАНТА ТИПА СУБЪЕКТИВНОГО ОТНОШЕНИЯ К ПАЦИЕНТУ

Обследованы 243 референтных родственника больных с эндогенными психическими расстройствами (ЭПР – параноидная шизофрения, биполярное аффективное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство), у которых определяли особенности психоэмоциональной сферы в контексте их психосоциального функционирования. Психоэмоциональное состояние референтных родственников исследовали с использованием теста Спилбергера–Ханина и опросника Цунга в адаптации Т.И. Балашовой. Уровень семейной тревоги анализировали по опроснику АСТ Е.Г. Эйдемиллера и В. Юстицкиса. Субъективное отношение референтных родственников к пациентам с ЭПР исследовали по шкале структурированного интервью для определения отношения членов семьи к болезни (психиатрическому диагнозу) у родственника по В.А. Абрамову, И.В. Жигулиной, Т.Л. Ряполовой. Группу контроля составили 55 психически здоровых лиц. Выявлена тенденция к нарушению психоэмоционального состояния у референтных родственников пациентов с ЭПР, причем тревожные и депрессивные проявления преобладали у референтных родственников пациентов с параноидной шизофренией и были максимально выраженными у респондентов, проживающих с психически больным членом семьи с продолжительностью заболевания до 4 лет. Показано, что в процессе развития ЭПР у члена семьи у референтных родственников постепенно истощаются эмоциональные, индивидуально-психологические и коммуникативные ресурсы, что приводит к дистанцированию и избеганию в ситуациях внутрисемейного взаимодействия. 42,8 % референтных родственников пациентов с параноидной шизофренией и 37,3 % референтных родственников пациентов с аффективными расстройствами проявляли отношение к состоянию психически больного члена семьи драматизирующего типа. У 27,4 % референтных родственников пациентов с параноидной шизофренией и 18,1 % референтных родственников больных с аффективными расстройствами имело место отрицательное (деструктивное) отношение к психическому состоянию больного. Такая ситуация приводит к росту конфликтности и дисфункциональности семейной системы в целом, следствием чего может быть как эскалация психического расстройства у пациента, так и общее снижение качества жизни всех членов семьи.

Ключевые слова: семейная тревога, тип отношения к психическому заболеванию, психоэмоциональная сфера, референтные родственники, эндогенные психические расстройства.

A. Kaminska, N. Agisheva

FEATURES OF THE PSYCHO-EMOTIONAL SPHERE STATE IN FAMILY CAREGIVERS OF PATIENTS WITH ENDOGENOUS MENTAL DISORDERS AS A DETERMINANT OF SUBJECTIVE ATTITUDE TOWARDS THE PATIENT

243 reference relatives of patients with endogenous mental disorders (EPR – paranoid schizophrenia, bipolar affective disorder, recurrent depressive disorder) were examined, in which the characteristics of the psycho-emotional sphere in the context of their psychosocial functioning were determined. The psychoemotional state of reference relatives was investigated using the Spilberger–Khanin test and the Tsung questionnaire in the adaptation of T.I. Balashova. The level of family anxiety was analyzed by the AST questionnaire E.G. Eidemiller and V. Justickis. The subjective attitude of reference relatives to patients with ESR was studied on a structured interview scale to determine the relationship of family members to the disease (psychiatric diagnosis) in a relative according to V.A. Abramov, I.V. Zhigulina, T.L. Riapolova. The control group consisted of 55 mentally healthy individuals. A tendency toward a disturbance in the psychoemotional state was revealed in the reference relatives of patients with ESR, and anxiety and

depressive manifestations prevailed in the reference relatives of patients with paranoid schizophrenia and were most pronounced in respondents living with a mentally ill family member with a disease duration of up to 4 years. It is shown that during the development of EPR, a family member of reference relatives gradually depletes emotional, individual psychological and communicative resources, which leads to distance and avoidance of intra-family interaction in situations. 42,8 % of the reference relatives of patients with paranoid schizophrenia and 37,3 % of the reference relatives of patients with affective disorders showed a mentally ill member of a dramatic family. 27,4 % of reference relatives of patients with paranoid schizophrenia and 18,1 % of reference relatives of patients with affective disorders had a negative (destructive) attitude to the patient's mental state. This situation leads to an increase in the conflict and dysfunctionality of the family system as a whole, which may result in exacerbation of the mental disorder in the patient, as well as a general decrease in the quality of life of all family members.

Keywords: *family anxiety, type of attitude towards mental illness, psycho-emotional sphere, family caregivers, endogenous mental disorders.*

Надійшла 15.01.19

Відомості про авторів

Камінська Анна Олексіївна – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри медичної психології і психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

Адреса: 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова.

Тел.: +38(097)971-98-87.

E-mail: kamynskaanna@gmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6288-5890>.

Агішева Наяля Каїсівна – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти.

Адреса: 61176, м. Харків, вул. Амосова, 58, Харківська медична академія післядипломної освіти.

Тел.: +38(097)491-91-89.

E-mail: agisevanaila085@gmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0332-8952>.