

**Л. М. Юр'єва**, д-р мед. наук, проф., зав. кафедрою психіатрії ФПО;  
**Т. Й. Шустерман**, заочний аспірант кафедри психіатрії ФПО  
 Дніпропетровська державна медична академія (м. Дніпропетровськ)

### КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У РОДИЧІВ ХВОРИХ НА ПЕРВИННИЙ ПСИХОТИЧНИЙ ЕПІЗОД

Згідно зі статистикою кожна четверта родина у світі має одного члена, який страждає на психічний розлад [1]. Первинний психічний розлад (дебют шизофренії чи захворювань шизофренічного спектра) — серйозний психосоціальний стрес для хворого та його родини. Не викликає сумніву, що родина, в якій хтось із її членів психічнохворий, страждає від становища свого родича [2]. В багатьох випадках члени родини виявляють особисте піклування та надають не тільки практичну допомогу, але й емоційну підтримку, притому що дуже часто виникають ті чи інші зміни характеру колишніх емоційних зв'язків. Так, зміна звичайних характеристик колишніх взаємовідносин може бути або недовготривалою (під час гострого приступу психічного розладу), чи тривалою (у разі хронічного захворювання) [7]. Коли важке захворювання приходить до родини, як незваний гість, порушується сформований гомеостаз родинної системи (ролей, меж, очікувань, побажань та сподівань). І генетичний, і психосоціальний шляхи розвитку родини пацієнта мають важливе значення. Не можна ігнорувати систему родини, в протилежному випадку родина буде діяти проти зусиль лікарів із своїм упередженням, запереченням, стигмою, амбівалентністю, неправильним відношенням. Без своєчасного втручання родина нездатна виражати свої переживання страху, і поступово знижується її здібність адаптуватися до вимог хвороби. Психотерапія допомагає родині пережити біль та жалкування з приводу очікувань, які були до хвороби, завдяки підтримці у подоланні почуття безпорадності, гніву, невіри та року [6].

Найбільш важливим етапом у розвитку, перебігу та прогнозу хвороби є її дебют (перший епізод). У роботі з родичами хворих на первинний психотичний епізод є і свої труднощі: багато родичів вперше захворілих намагаються заперечувати сам факт хвороби; соромляться зустріти когось із знайомих, товаришів по службі, сусідів; вважають, що основне лікування хвороби — медикаментозне. Найважливішу роль у подоланні цих труднощів відіграє процес дестигматизації як суспільства, так і самих родичів психічнохворих [2, 10]. Р. Solomon та колеги у своєму рандомізованому контрольованому дослідженні встановили, що посилення контактів членів родини з лікарями з питань, пов'язаних з їх хворим родичем, може підвищити ефективність втручання як у членів родини, так і у хворого [9]. Для досягнення найкращого результату необхідна єдність зусиль лікаря, пацієнта та його родини, самих близьких та широко люблячих людей. Родинні втручання дозволяють досягти кращого комплайенсу, скоротити частоту загострень психічного розладу та повторних госпіталізацій [8].

Вищевикладене дозволило сформулювати мету дослідження: вивчення клінічних та клініко-психопато-

логічних особливостей психічної дезадаптації у родичів хворих на первинний психотичний епізод.

Критеріями включення родичів до дослідження були: добровільна згода родичів хворих, які вперше захворіли на психічний розлад, на проведення анкетування, клінічного, клініко-патопсихологічного та психологічного обстеження; родичі хворих, які раніше ніколи не зверталися за допомогою до психіатра та нарколога; 1—2 ступінь споріднення з хворим на первинний психотичний епізод, які з ним проживають (віддаленні родичі до дослідження не включалися).

Усього було відібрано 92 родича 55 хворих чоловічої статі на первинний психотичний епізод. 4 родича відмовилися від подальшого обстеження, тому що вважали це зайвим та непотрібним. Серед 88 родичів, що залишилися у дослідженні, жінок було 58 (65,9 %) у віці від 14 до 67 років, чоловіків — 30 (34,1 %) у віці від 20 до 65 років. Середній вік жінок склав  $47,5 \pm 1,6$  років, чоловіків —  $45,3 \pm 2,2$ . Середній вік родичів —  $46,8 \pm 1,3$  років.

Основні характеристики групи родичів наводимо у таблиці 1.

Таблиця 1

Характеристика ознак групи родичів

Ознака		Кількість родичів	
		абс. к. n = 88	%
Стать	Чоловіки	30	34,1
	Жінки	58	65,9
Середній вік, роки	Чоловіки	$45,3 \pm 2,2$	
	Жінки	$47,5 \pm 1,6$	
Працевлаштування	Працює	39	44,3
	Тимчасово не працює	27	30,7
	Інвалід внаслідок захворювання	2	2,3
	Учні	1	1,1
	Пенсіонер за віком Працюючий пенсіонер	12 7	13,6 8,0
Сімейний стан	Одружений(на)	53	60,2
	Вдівець (вдова)	9	10,2
	У розлученні чи розсталися	16	18,2
	У шлюбі ніколи не був(ла)	10	11,4
Освіта	Незакінчена середня	1	1,1
	Середня	39	44,3
	Середня спеціальна	28	31,8
	Вища	20	22,7
Ступінь споріднення	Матері	46	52,3
	Батьки	21	23,9
	Брати	9	10,2
	Сестри	7	8,0
	Бабусі	3	3,4
	Діти (дочки)	2	2,3

Аналізуючи характеристики групи родичів хворих (див. табл. 1), слід зазначити, що серед родичів переважали жінки (65,9 %), із них — матері (52,3 %). Працюючих — 44,3 %, за сімейним станом більшість одружених (60,2 %), за освітою превалюють родичі з середньою та середньою спеціальною — 76,1 %.

Для виявлення клінічних та клініко-психопатологічних особливостей психічної дезадаптації у родичів хворих на первинний психотичний епізод проводили вивчення скарг, даних анамнезу, детальний аналіз психічного стану.

Аналіз отриманих клінічних даних виявив ознаки психічного розладу у 53 (60,2 %) родичів (табл. 2), 35 родичів (39,8 %) — без психічних розладів (Z 00.4).

Таблиця 2

**Психопатологічні розлади у родичів хворих на первинний психотичний епізод**

Нозологія	Шифр за МКХ-10	Кількість родичів	
		абс. к. n = 88	%
Гострий шизофреноподібний розлад	F 23.2	1	1,1
Легкий депресивний епізод	F 32.0	1	1,1
Помірний депресивний епізод	F 32.1	9	10,2
Важкий депресивний епізод з психотичними симптомами	F 32.3	1	1,1
Генералізований тривожний розлад	F 41.1	7	8,0
Змішаний тривожний та депресивний розлад	F 41.2	11	12,5
Розлад адаптації у формі пролонгованої депресивної реакції	F 43.21	14	15,9
Розлад адаптації у формі змішаної тривожної та депресивної реакції	F 43.22	9	10,2
Без психічних розладів	Z00.4	35	39,8

Аналізуючи клінічні дані (табл. 2), слід зазначити, що серед виявленої патології у родичів хворих на первинний психотичний епізод превалюють невротичні, пов'язані зі стресом розлади (F 4) — 77,4 %, афективні (депресивні) розлади (F 3) складають 20,8 %, гострі психотичні розлади (F 2) — 1,9 %.

Родичі з невротичними, пов'язаними зі стресом розладами скаржилися на зниження настрою, тривогу, поганий сон, зниження апетиту; виглядали стривоженими, напруженими; на питання відповідали повільно, після паузи, відповіді були короткими, голос був тихим, часом завмирав. Настрій був помітно зниженим, виглядали сумно, не могли згадати жодної «по-справжньому» приємної події після виявлення психічного розладу та госпіталізації їх родича; відзначали, що все навколо стало сірим, «стало важко думати». Деякі родичі висловлювали ідеї самозвинувачення, «може я винуватий, що родич захворів», але вони не досягали психотичного рівня. Ситуацію, що виникла, вважали «шоком», «катастрофою» для родини. Відмічалось песимістичне бачення майбутнього, зниження продук-

тивності в повсякденних справах. Сибси виказували побоювання успадкувати психічний розлад, стати «подібним» до хворого брата. Деякі сибси реагували на ситуацію знехтуванням та дистанціюванням, інші продовжували любити та підтримувати хворого брата.

У 14 родичів відмічався депресивний стан легкого рівня у відповідь на стресову подію у житті з чітким часовим зв'язком між виникненням та стресом. Це дозволило встановити діагноз, згідно з критеріями МКХ-10 «Розлад адаптації у формі пролонгованої депресивної реакції» [4, 5]. У 9 обстежених були виражені тривожні та депресивні симптоми. Їм встановлений такий діагноз: «Розлад адаптації у формі змішаної тривожної та депресивної реакції». У 7 осіб превалювала тривога, яка досягала клінічного рівня, відмічалася моторна напруга (метушливість, головний біль напруження, тремор, неможливість розслабитися), вегетативна гіперактивність (пітливість, сухість у роті, епігастральний дискомфорт). Виявлені критерії відповідають генералізованому тривожному розладу. Ще 11 родичам був встановлений діагноз «Змішаний тривожний та депресивний розлад». У них були виявлені як симптоми тривоги, так і депресії, але ні ті, ні інші окремо не домінували та не були вираженими настільки, щоб виправдати інший діагноз.

Родичі з виявленими афективними (депресивними) порушеннями скаржилися на зниження настрою, втрату інтересів та здатність отримувати задоволення, підвищену втомлюваність, порушення сну, зниження апетиту. Під час бесіди виглядали пригніченими, стривоженими; очі були сумними, під час розмови періодично наповнювалися сльозами; на питання відповідали коротко, з тривалими паузами, мова уповільнена, голос був тихим, мало модульованим. Відмічалось зниження настрою, переважали емоційні реакції розпачу. Під час викладення анамнезу насамперед і найбільше зосереджувалися на неприємній події, пов'язаній з захворюванням близького родича. Навколишнє сприймали якимось сірим, що втратило фарби. Вважали себе винними у захворюванні родича, «це я повинний, що це сталося», «це — кінець». 7 родичів не заперечували наявності суїцидальних думок, жоден з низ спроб не робив. У 7 родичів виявлені «соматичні симптоми», серед яких переважали втрата інтересів та задоволення від діяльності (зниження гедонізму), пробудження вранці на 2 або більше годин, ніж звичайно; більша важкість депресії в ранковий час; об'єктивно реєстрована загальмованість; зниження апетиту та маси тіла. У одного родича виявлені психотичні симптоми у вигляді маячних ідей відношення, гріховності, самозвинувачення.

У зв'язку з виявленим рівнем депресії, наявністю чи відсутністю «соматичних» та психотичних симптомів, згідно з критеріями МКХ-10 були встановлені такі діагнози: «Легкий депресивний епізод без соматичних симптомів» F 32.00 — 1 особа; «Помірний депресивний епізод без соматичних симптомів» F 32.10 — 2 особи; «Помірний депресивний епізод з соматичними симптомами» F 32.11 — 7 осіб; у 1 родича діагностований важкий депресивний епізод з психотичними симптомами F 32.3 (був госпіталізований до КЗ «Дніпропетровська обласна психіатрична лікарня» на лікування) [4, 5].

Під час проведення клініко-психопатологічного дослідження у 1 матері була виявлена психотична симптоматика у вигляді маячних ідей відношення: «на мене всі на вулиці дивляться, шукаються»; впливу: «мені хтось відкрив третє око, я все можу передбачити». Відзначалася емоційна неадекватність, зміна настрою від різко зниженого до гнівливого. Також були присутніми порушення формального мислення у формі зісковзувань, паралогічності. Виявлені порушення виникли гостро, через декілька днів після госпіталізації сина до психіатричної лікарні, були відносно стабільними та відповідали критеріям шизофренії, але тривали менше місяця. Тому був встановлений діагноз: «Гострий шизофреноподібний психотичний розлад» F 23.2. Була запропонована госпіталізація до психіатричного стаціонару, від якої мати категорично відмовилася, тому що не вважала себе психічнохворою. Наполягала на виписці сина із стаціонару, заявляла, що в змозі лікувати його сама за допомогою «третього ока».

Узагальнюючи виявлені клінічні та клініко-психопатологічні особливості психічної дезадаптації у родичів хворих на первинний психотичний епізод, можна простежити такі періоди в її виникненні: емоційного шоку, усвідомлення, розв'язання та адаптації, відновлення або виснаження.

Перший період — період емоційного шоку — характеризується появою неусвідомлених реакцій на критичну ситуацію, які мають забарвлення вітальної загрози існуванню індивідуума. Їх виникнення та проявлення не залежать від соціальних, культуральних, інтелектуальних та інших особливостей людини. Реалізуються вони за еволюційно закріпленою схемою реагування на загрозу — «напад» або «тікання».

У першому випадку відмічається високий рівень тривоги, страху, психомоторне збудження, часто агресія, різко падає продуктивність усіх видів діяльності. Увага звужується до меж стресової ситуації. Реакція на сторонні подразники послаблюється, рівень критики до того, що відбувається, та самого себе знижується. Спостерігається значна активація розумових процесів на подолання стресової ситуації, зростає фізична сила та витривалість. Другий тип реакції — прямо протилежний та виявляється ступорозними станами, ознаками різного ступеня рухової та психоемоційної загальмованості, пригніченості, значним послабленням або відсутністю реакції на зовнішні подразники, порушенням контакту з навколишнім світом, пригніченням розумових процесів, емоційним оскудінням, падінням вольової активності, мутизмом. Ці способи реагування можуть сполучатися з превалюванням того чи іншого типів поведінки та бути різного ступеня вираженості. Тривалість першого періоду — від декількох годин до двох діб.

Другому періоду — періоду усвідомлення — відповідають психоемоційні реакції, що виникають внаслідок повного усвідомлення людиною обсягу, важкості та значущості стресової ситуації, її наслідків для подальшого існування індивідуума. В цей період спостерігаються найбільш значущі порушення самопочуття та психофізіологічного стану. Виникає почуття розгубленості, спостерігається емоційна нестабільність, пригніченість, напруження, тривога. Знижується ефективність та продуктивність психічної діяльності,

порушується сон. Поряд з цим може виникати психоемоційне та фізичне збудження, навіть агресія, остання може бути направлена як на оточуючих, так і на самого себе. Саме в цей період виникає більшість психопатологічних синдромів — від неврозоподібних до психотичних. Другий період триває до 1,5—2 тижнів.

Для третього періоду — періоду розв'язання чи адаптації — тривалістю до 2 тижнів, характерно поступове відновлення самопочуття, стабілізація настрою. За відсутності розв'язання критичної ситуації та збереженні напруження спостерігається оскудіння емоцій, падіння інтересу до сторонніх подій. Виникає деяка загальмованість у миміці та рухах, знижується рівень уваги, фізичної та розумовою працездатності. На цій стадії формується первинна психопатологія у вигляді астеничних, тривожних, депресивних проявів. Зменшуються диссомнічні порушення, з'являються неприємні або кошмарні сни. Ці порушення з боку психічних процесів можна охарактеризувати як реактивні стани.

В четвертому періоді — періоді відновлення чи виснаження — в разі відсутності благоприємного розв'язання конфлікту спостерігається неповна інволюція психопатологічних змін — залишаються невротичні порушення, які мають депресивний та тривожний характер. Досить часто виникає психосоматична патологія. Резидуальні психічні зміни та психосоматичну патологію можна розцінити як встановлення нового рівня інтеграції індивідуума, який має компенсаторний характер та відповідає новим умовам існування. Четвертий період триває до 2 тижнів [3].

Перелічені періоди психічної дезадаптації у родичів спостерігалися на етапі стаціонарного лікування хворих на первинний психотичний епізод.

Таким чином, виявлені клініко-психопатологічні особливості психічної дезадаптації у родичів хворих на первинний психотичний епізод, свідчать про те, що важкий психічний розлад є великим стресором для родини. Роль родини під час лікування психічного розладу має дуже важливе значення, оскільки разом з кваліфікованим втручанням може перетворитися на надзвичайно корисний резерв. У зв'язку з цим необхідна розробка системи поетапної, диференційної психокорекції психічної дезадаптації у родичів психічнохворих. Члени родин хворих на психічні розлади потребують корекції як на початкових етапах для купірування стресу від звістки про психічну хворобу та госпіталізацію члена родини, так і протягом усього періоду захворювання.

#### Список літератури

1. Будза В. Г., Отмахов А. П., Прусс Г. Б. Отделение первого психического эпизода — новая форма организации психиатрической помощи больным шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. — 2005. — № 4. — С. 58—62.
2. Гажа А. К., Краснянская С. М. Психообразовательная работа с родственниками больных с первым психотическим эпизодом в Тамбовской психиатрической больнице // XIV съезд психиатров России, г. Москва, 15—18 ноября 2005 г. (матер. съезда). — С. 46—47.
3. Загуровский В. М., Никонов В. В. Стрессорная реакция — взгляд на проблему // Врачебная практика. — 2003. — № 5. — С. 4—8.

4. Клиническое руководство по диагностике и лечению депрессивных расстройств в практике врача первичной медико-санитарной помощи / Кузнецов В. Н., Мазуренко М. А., Маляров С. А. и др. — К., 2004. — 160 с.
5. Попов Ю. В., Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия. — СПб.: Речь, 2000. — С. 104, 119—124, 153—171.
6. Шизофрения / Пер. з англ.; За заг. ред. В. Штенгелова. — К.: Сфера, 2005. — С. 231-233.
7. Oyeboode J. Assessment of cares' psychological needs // *Advanced in Psychiatric Treatment*. — 2003. — Vol. 9. — P. 45—53.

8. Pearlin I. I., Mullan J. T., Semple S. J. et al. Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures // *Gerontologist*. — 2000. — Vol. 30. — P. 583—594.

9. Solomon P., Draine J., Mannion E., Meisel M. Increased contact with community mental health resources as potential benefit of family education // *Psychiatric Services*. — 1999. — Vol. 49. — P. 333—339.

10. Struening E., Perlick D., Link B. et al. The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families // *Ibid.* — 2001. — Vol. 52. — P. 1633—1638.

*Надійшла до редакції 19.01.2007 р.*

*Л. Н. Юрьева, Т. И. Шустерман*

**Клинико-психопатологические особенности психической дезадаптации у родственников больных с первичным психотическим эпизодом**

*Днепропетровская государственная медицинская академия (Днепропетровск)*

Авторами были изучены клинико-психопатологические особенности психической дезадаптации у 88 родственников 55 больных с первичным психотическим эпизодом. У 53 (60,2 %) родственников выявлены невротические (77,4 %), аффективные (20,8 %) и острые шизофреноподобные (1,9 %) психические расстройства. Выделены специфические периоды психической дезадаптации, что позволило разработать дифференцированные психокоррекционные программы для родственников психически больных.

*L. N. Yur'eva, T. I. Shusterman*

**Psychopathological features of psychical disadaptation at the relatives of the patients with primary psychotic episode**

*Dnipropetrovs'k State medical Academy (Dnipropetrovs'k)*

By authors clinic and pathologic features of psychical disadaptation at 88 relatives of 55 patients with primary psychotic episode were investigated. In 53 (60.2 %) relatives neurotic (77.4 %), affective (20.8 %) and acute like schizophrenic (1.9 %) impairments were revealed. The specific periods of psychical disadaptation were selected, that allowed to develop differential correctional programmes for relatives of the mentally ill.