



К. В. Шкода

УДК 616.895.8:616.89-02-085:615.851

## НЕВРОТИЗАЦІЯ ТА ПАТОЛОГІЧНА ТРИВОГА ЯК ПРОЯВИ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ДРУЖИН І МАТЕРІВ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З ТРИВАЛИМИ ТЕРМІНАМИ ЗАХВОРЮВАННЯ

К. В. Шкода

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

### Анотація.

Рівень невротизації і патологічної тривоги належить до провідних характеристик психоемоційного стану дружин та матерів хворих на параноїдну шизофренію (ПШ) з тривалими термінами захворювання. Вивчення цього показника сприяє встановленню їхніх патогномонічних особливостей і подальшої розробки мішеней психокорекції. З цією метою клініко-психопатологічним і психодіагностичним методами було обстежено 320 чоловіків, хворих на ПШ, та їхніх матерів або дружин. Встановлено високі рівні невротизації, що свідчить про значну глибину патоперсоналогічних трансформацій і вимагає диференційованого підходу до корекцій означених змін. На основі отриманих даних розроблено комплекс заходів психологічної корекції таких розладів визначеної групи обстежених. Під час дослідження в них також виявлено складний неоднозначний характер змін у психоемоційній сфері, що зумовлює необхідність ґрунтовного дослідження психопатологічних та патоперсоналогічних трансформацій цієї категорії осіб.

### Ключові слова:

мати хворого на параноїдну шизофренію, дружина хворого на параноїдну шизофренію, тривога, невротизація.

### Вступ

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

З огляду на це, останніми роками 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 вирішення більшості клінічних проблем неминуче зачіпає сімейний контекст. Саме родина, а не працівники системи охорони здоров'я, забезпечують щоденну турботу про потреби психічно хворої людини і необхідний для одужання режим. Тому сім'я, поряд із самим пацієнтом і мультидисциплінарною бригадою фахівців (лікар-психіатр, лікар-психолог, соціальний працівник тощо), розглядається зараз як один із активних учасників терапевтичного процесу [1].

Важливість впливу сім'ї та стану сімейних стосунків на розвиток і перебіг шизофренії у хворого сьогодні не викликає сумніву [2; 3]. Близькі виявляють особисте

підкування та надають не тільки практичну допомогу, але й емоційну підтримку психічно хворому родичу – при тому, що дуже часто виникають ті чи інші зміни характеру емоційних зв'язків. Ці перетворення звичайних характеристик колишніх взаємовідносин можуть бути відносно короткостроковими (під час гострого приступу психічного розладу) чи тривалими (у разі хронічного захворювання). Відомо, що коли приходить важкий недуг, порушується сформований гомеостаз родинної системи (ролей, меж, очікувань, побажань та сподівань). І генетичний, і психосоціальний шляхи розвитку взаємовідносин сім'ї пацієнта мають важливе значення.

Ігнорування змін родинної системи може нівелювати зусилля лікарів через упередження членів сім'ї, їх стигму, амбівалентність, неправильне відношення. Без своєчасного втручання здатність сім'ї адаптуватися до вимог хвороби близької людини знижується, що негативно впливає на стан як психічно хворого, так й інших членів родини [4–6].

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

### Мета дослідження

Метою цієї роботи було вивчення рівня невротизації та патологічної тривоги як провідних характеристик психоемоційного стану дружин і матерів хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання. Ці показники важливі для встановлення їх патогномонічних особливостей як мішеней психокореції.

### Матеріали та методи дослідження

На базі Харківського обласного психоневрологічного диспансеру за період з 2012 по 2016 р. клініко-психопатологічним і психодіагностичним методами було обстежено 320 хворих на параноїдну шизофренію чоловіків та їх найближчих родичів – матерів або дружин. Давність захворювання складала  $12,70 \pm 3,40$  років. Підгрупу 1 склали пацієнти, що проживали в батьківській сім'ї, та їх матері (166 родин), підгрупу 2 – психічно хворі, що мали власні сім'ї, та їх дружини (154 родини).

Рівень невротизації визначали за допомогою опитувальника «Рівень невротизації і психопатизації», створеного у Науково-дослідному психоневрологічному інституті ім. В. М. Бехтерева (1999). Методика достовірно диференціює групи психічно здорових осіб та хворих на невротичні розлади [7]. В опитувальник входять 45 тверджень, на які необхідно дати відповідь «так» або «ні». 35 пунктів належать до основної шкали опитувальника, інші оцінюють рівень щирості суб'єкта. Кожен з пунктів основної шкали має власну значимість у встановленні тієї чи іншої ознаки. Методика може бути використана для оцінки рівня невротизації в клінічних та експериментально-психологічних дослідженнях, а також для уточнення і змістовної кваліфікації динаміки стану пацієнтів у процесі фармакологічної та психотерапії. Застосування методики дає можливість виявити також дохворобливі (преневротичні) емоційно-особистісні зміни. Результати оцінки за методикою наводяться у балах і у жінок можуть варіюватися в межах від 103 до +133 балів.

Вираженість психопатологічної тривоги встановлювали з використанням шкали тривоги М. Гамільтона (Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS) – клінічної рейтингової шкали, призначеної для вимірювання виразності тривожних розладів [8; 9]. Шкала створена на основі ретельного емпіричного аналізу клінічних даних і характеризується високою валідністю та інформативністю.

Вона складається з 14 пунктів, кожен з яких оцінюється за 5-бальною шкалою – від 0 (відсутність ознаки) до 4 (наявність ознаки у дуже важкому ступені). 13 пунктів належать до проявів тривоги в повсякденному житті, 14-й – до проявів тривоги під час огляду. Варіанти відповідей стандартизовані, кожен пункт може внести однакову кількість балів у значення шкали, що значно спрощує її розуміння і процедуру підрахунку. Шкала призначена для заповнення фахівцем на підставі даних клінічного обстеження, що проводиться методом напівструктурованого клінічного інтерв'ю. Значення у 17 балів і менше інтерпретується як відсутність тривоги, 18–24 бали – середня виразність тривожного розладу, 25 балів і вище – тяжкий тривожний розлад.

### Результати дослідження та їх обговорення

Вивчення рівня невротизації як прояву патоперсонологічних трансформацій, притаманних дружинам і матерям хворих на параноїдну шизофренію, дало нам підстави для припущення щодо формування у них розладів психіки непсихотичного (невротичного) регістру.

Ознаки невротизації включають характерні прояви невротичних розладів, такі як швидка втомлюваність, порушення сну, іпохондричні фіксації, знижений настрій, підвищена дратівливість, збудливість у поєднанні зі швидкою виснажуваністю, наявність страхів, тривоги, невпевненості у собі.

Дослідження особливостей проявів невротизації у дружин і матерів хворих на параноїдну шизофренію дало можливість виявити низку важливих закономірностей. Узагальнення даних щодо розподілу досліджених груп за рівнями невротизації наведено у табл. 1 та на рис. 1.

Таблиця 1

#### Особливості рівнів невротизації у дружин та матерів хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання

Рівні невротизації	Дружини		Матері		p
	абс.	%	абс.	%	
Низький	7	4,40	3	2,00	>0,05
Знижений	14	8,40	9	5,80	>0,05
Невизначений	17	10,20	11	7,10	>0,05
Підвищений	59	35,50	36	23,40	<0,05
Високий	52	31,30	66	42,90	<0,05
Дуже високий	17	10,20	29	18,80	<0,05

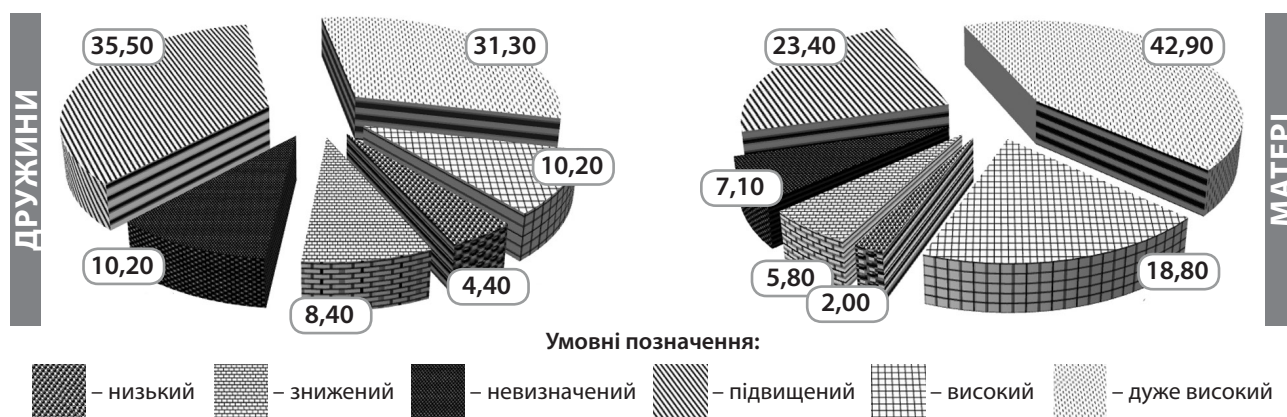


Рис. 1. Структура рівнів невротизації у дружин і матерів чоловіків хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання

Як видно з табл. 1 та рис. 1, поширеність низьких та помірних рівнів невротизації у дружин та матерів хворих на параноїдну шизофренію є приблизно однаковою.

**Низький рівень невротизації** виявлено у 4,40% дружин і у 2,00% матерів хворих, розбіжності статистично не значущі ( $p > 0,05$ ). Низький рівень невротизації передбачає високу емоційну стійкість, позитивний фон основних переживань (спокій, оптимізм, впевненість). Ці характеристики сприяють швидкій та ефективній адаптації, формують почуття власної гідності, соціальну сміливість, незалежність, легкість у спілкуванні, й як наслідок – високу стійкість до психоемоційних стресів, легкість подолання проблем, реалізацію конструктивних форм поведінки.

**Знижений рівень невротизації** виявлено у дещо більшої кількості обстежених – у 8,40% дружин і у 5,80% матерів; розбіжності статистично не значущі ( $p > 0,05$ ). Такий показник передбачає переважно позитивно стабільний фон настрою, достатній рівень адаптації, готовність до активної протидії проблемам і стресам, прагнення до конструктивного розв'язання психотравмуючих ситуацій.

**Невизначений (межовий) рівень невротизації** діагностовано у 10,20% дружин і у 7,10% матерів хворих на параноїдну шизофренію, розбіжності статистично не значущі ( $p > 0,05$ ). Це свідчить про нестабільність захисних психологічних механізмів, відсутність чіткого патерну реагування на психотравмуючі ситуації, варіабельність пристосувальних механізмів та реакцій.

У цілому привертає увагу незначна поширеність серед дослідженого контингенту низьких та помірних рівнів невротизації, що є несприятливим фактором, бо свідчить про

глибокі патоперсоналогічні трансформації у дружин і матерів хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання. Натомість, поширеність високих рівнів невротизації серед дослідженого контингенту є вельми значною.

**Підвищений рівень невротизації** виявлено у 35,50% дружин хворих (у них цей рівень має найбільшу питому вагу і спостерігається значно частіше, ніж у матерів – 23,40%,  $p < 0,05$ ). Підвищений рівень невротизації передбачає підвищену емоційну збудливість, наявність негативних переживань: тривоги, неспокою, страху, напруженості, розгубленості, дратівливості. Таке значення показника невротизації тісно корелює з психологічними механізмами уникання проблеми і зазвичай передбачає прагнення індивіда до конформізму, відволікання від проблеми, пошук емоційної підтримки, задоволення афіліативної потреби. Підвищений рівень невротизації зазвичай супроводжується зниженням працездатності, погіршенням здатності до концентрації та утримання уваги, а також соматовегетативною симптоматикою (серцево-судинні, гастроінтестинальні порушення психогенного характеру) та порушеннями сну.

У матерів хворих значно більшою виявилася поширеність високого та дуже високого рівнів невротизації. Так, якщо у дружин високий рівень невротизації виявлено у 31,30%, то у матерів – у 42,90% обстежених ( $p < 0,05$ ); це найпоширеніший рівень невротизації у матерів хворих на параноїдну шизофренію.

**Високий рівень невротизації** характеризується вираженою емоційною збудливістю у поєднанні зі швидкою та глибокою виснаженістю, чіткими ознаками астенизації, стабільно зниженим фоном настрою,



вираженою тривожністю, почуттям власної неповноцінності, значним поширенням нав'язливостей (зазвичай за типом нав'язливих думок та нав'язливих страхів), а також значною виразністю соматовегетативних порушень з формуванням клінічно оформлених варіантів перебігу.

**Дуже високий рівень невротизації** у матерів хворих на параноїдну шизофренію виявлено у 18,80% обстежених, у дружин – у 10,20% ( $p < 0,05$ ). Це передбачає явища гли-

бокої астенізації у поєднанні з надмірною збудливістю і дратівливістю, депресивним фоном настрою, вираженими порушеннями сну, соматовегетативними порушеннями, значним зниженням працездатності.

Дослідження кількісних характеристик тривоги з використанням шкали тривоги HARS дозволило встановити низку важливих закономірностей (табл. 2, рис. 2, 3).

■ **Показник виразності тривожного настрою** (стурбованість, очікування найгіршого розвитку подій, тривожні побоювання) був значно більшим у дружин хворих:  $1,72 \pm 1,08$  балів проти  $1,20 \pm 1,04$  балів у матерів хворих ( $p < 0,01$ ); в обох групах показник відповідає помірному рівню, а у дружин хворих – наближається до підвищеного. Аналогічно у дружин хворих більшими були ознаки напруження (відчуття напруги, неспокою, тремтіння, здригання, нездатність розслабитися): відповідно  $1,90 \pm 1,01$  балів (показник помірний, близький до підвищеного) проти  $0,89 \pm 0,88$  балів (показник низький, близький до підвищеного) ( $p < 0,01$ ), а також страху (предметне відчуття неспокою, асоційоване з конкретними об'єктами або явищами): відповідно  $1,84 \pm 1,05$  балів (показник помірний, близький до підвищеного) проти  $0,79 \pm 0,89$  балів (показник низький, близький до підвищеного) ( $p < 0,01$ ).

■ **Виразність інсомнії** (утруднене засинання, переривчастий сон, що не приносить відпочинку, почуття розбитості та слабкості після пробудження, кошмарні сновидіння) у дослідженого контингенту відповідає підвищеному рівню; показник інсомнії є дещо вищим у дружин хворих ( $2,30 \pm 1,40$  балів проти  $2,13 \pm 1,48$  балів у матерів,  $p > 0,05$ ), однак розбіжності є статистично не значущими.

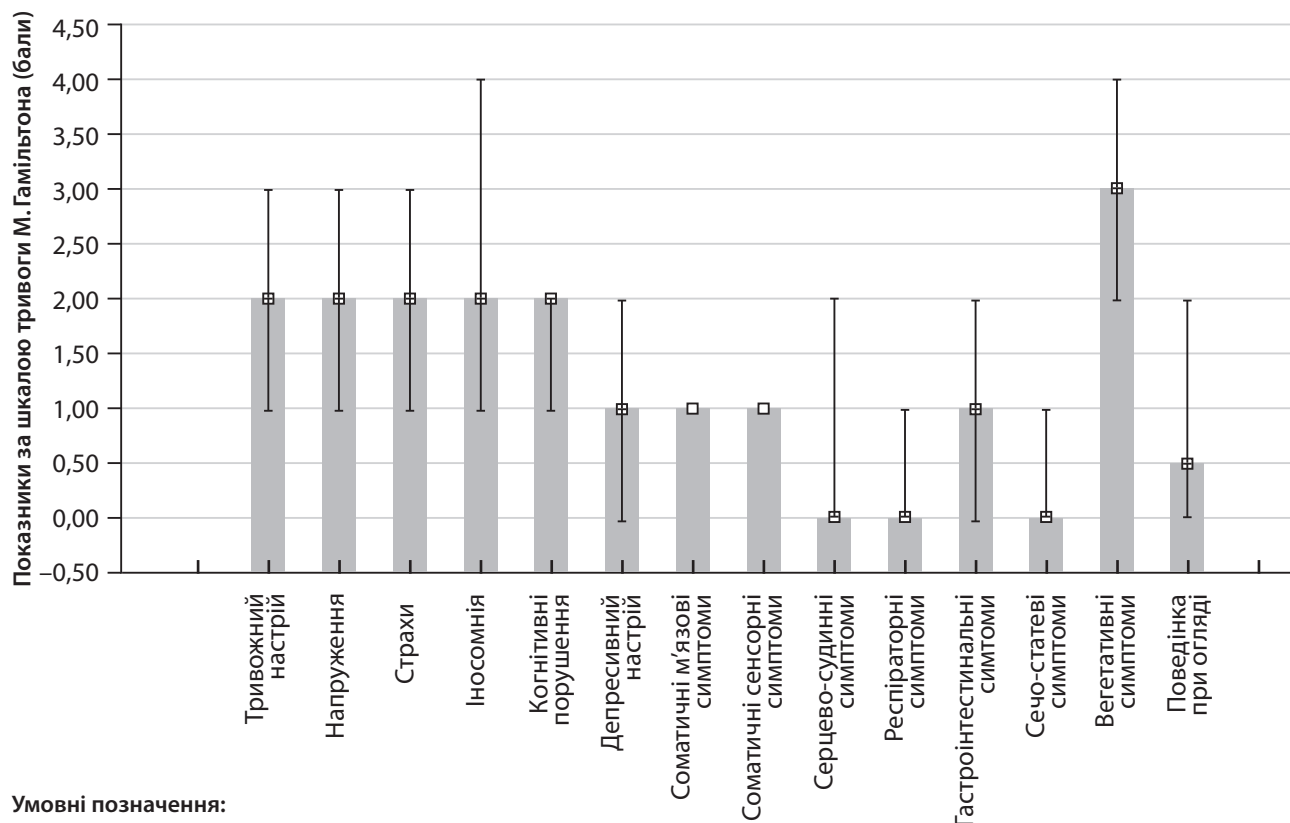
■ **Когнітивні порушення** (утруднення концентрації уваги, погіршення пам'яті) більше виражені у матерів хворих на шизофренію:  $1,98 \pm 1,24$  балів (помірний рівень, близький до підвищеного) проти  $1,58 \pm 1,01$  балів (помірний рівень) у дружин ( $p < 0,01$ ). У матерів також більшими є ознаки депресивного настрою (гіпотимія, ангедонія, пригніченість):  $2,40 \pm 0,90$  балів (підвищений рівень) проти  $1,47 \pm 1,08$  балів (помірний рівень) ( $p < 0,01$ ).

■ **Виразність соматичних м'язових симптомів** (біль у м'язах, підвищений тонус м'язів, скреготіння зубами, посмикування у м'язах, судоми) дещо більше виражені

Таблиця 2

**Показники за шкалою тривоги М. Гамільтона у дружин та матерів хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання (у балах)**

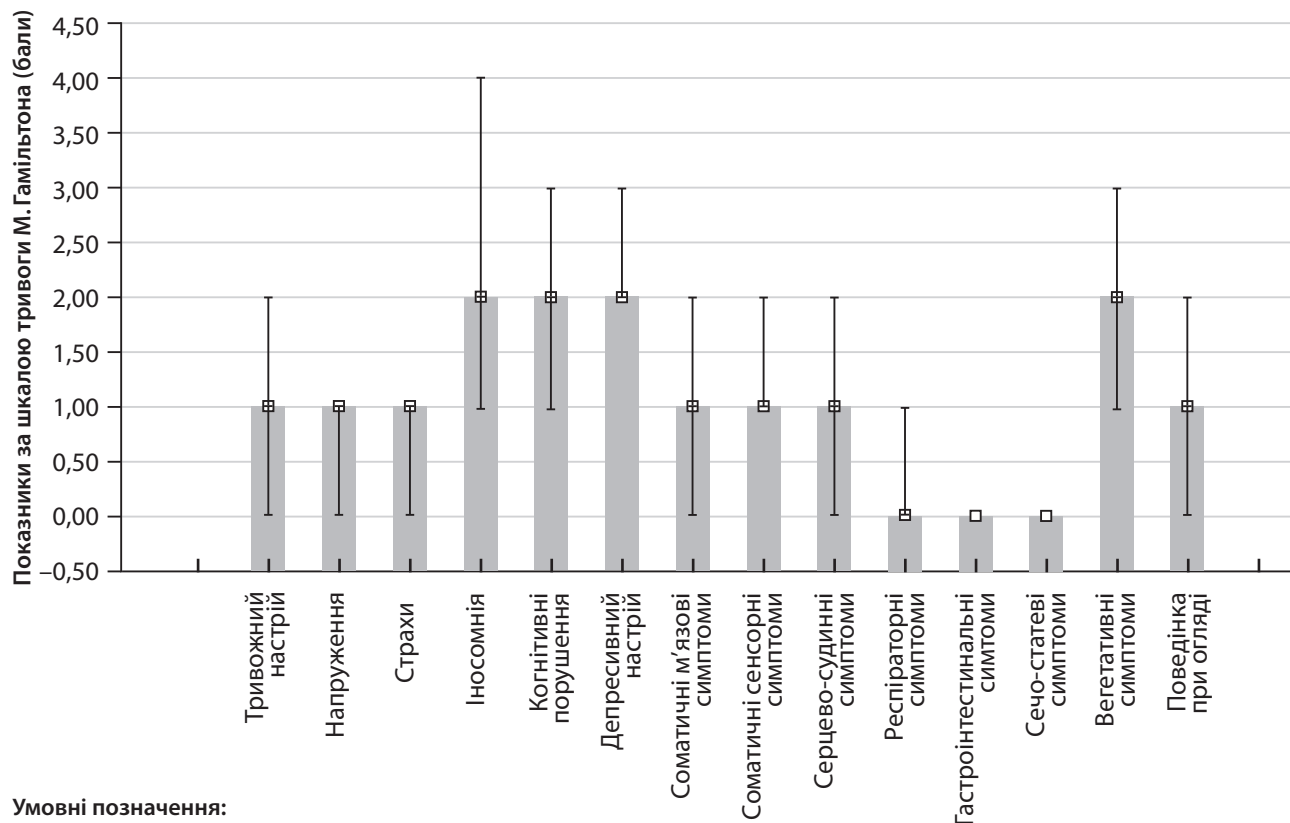
Назва симптому (шкали)	Показник за шкалами, $M \pm m$ (бали)		P
	дружини	матері	
Тривожний настрій	$1,72 \pm 1,08$	$1,20 \pm 1,04$	$< 0,01$
Напруження	$1,90 \pm 1,01$	$0,89 \pm 0,88$	$< 0,01$
Страх	$1,84 \pm 1,05$	$0,79 \pm 0,89$	$< 0,01$
Інсомнія	$2,30 \pm 1,40$	$2,13 \pm 1,48$	$> 0,05$
Когнітивні порушення	$1,58 \pm 1,01$	$1,98 \pm 1,24$	$< 0,01$
Депресивний настрій	$1,47 \pm 1,08$	$2,40 \pm 0,90$	$< 0,01$
Соматичні м'язові симптоми	$0,98 \pm 0,73$	$1,14 \pm 0,93$	$> 0,05$
Соматичні сенсорні симптоми	$1,02 \pm 0,73$	$1,22 \pm 0,89$	$< 0,05$
Серцево-судинні симптоми	$0,75 \pm 0,92$	$1,10 \pm 0,92$	$< 0,01$
Респіраторні симптоми	$0,42 \pm 0,66$	$0,50 \pm 0,75$	$> 0,05$
Гастроінтестинальні симптоми	$1,11 \pm 0,91$	$0,31 \pm 0,71$	$< 0,01$
Сечостатеві симптоми	$0,60 \pm 0,69$	$0,36 \pm 0,30$	$< 0,05$
Вегетативні симптоми	$2,64 \pm 1,29$	$1,94 \pm 1,32$	$< 0,01$
Поведінка при огляді	$0,88 \pm 1,00$	$0,83 \pm 0,92$	$> 0,05$
Загальний показник за шкалою М. Гамільтона	$19,22 \pm 6,99$	$16,50 \pm 7,05$	$< 0,05$
Психічна тривога	$10,81 \pm 5,49$	$9,40 \pm 4,58$	$< 0,05$
Соматична тривога	$8,41 \pm 3,55$	$7,10 \pm 3,64$	$< 0,05$



Умовні позначення:

□ – медіана; I – інтерквартильний діапазон

Рис. 2. Показники за шкалою тривоги М.Гамільтона у дружин хворих на шизофренію з тривалими термінами захворювання



Умовні позначення:

□ – медіана; I – інтерквартильний діапазон

Рис. 3. Показники за шкалою тривоги М.Гамільтона у матерів хворих на шизофренію з тривалими термінами захворювання

у матерів хворих:  $1,14 \pm 0,93$  балів (помірний рівень) проти  $0,98 \pm 0,73$  балів (близький до помірною рівня) у дружин, однак, розбіжності є статистично не значущими ( $p > 0,05$ ). Більш виразними є розбіжності у проявах соматичних сенсорних симптомів (відчуття припливів жару чи холоду, слабкості, поколювання у різних частинах тіла, дзвону у вухах, нечіткості зору): у матерів хворих на шизофренію показник склав  $1,22 \pm 0,89$  балів, у дружин –  $1,02 \pm 0,73$  балів ( $p < 0,05$ ) (в обох групах рівень показника помірний). Відрізняються також і показники серцево-судинної симптоматики (тахікардія, серцебиття, біль у грудях, пульсація у судинах): у матерів –  $1,10 \pm 0,92$  балів (помірний рівень), у дружин –  $0,75 \pm 0,92$  балів (низький рівень) ( $p < 0,01$ ).

■ **Респіраторна симптоматика** (відчуття тиску і стискання у грудях, задишка, часті зітхання) відповідає низькому рівню: у дружин хворих –  $0,42 \pm 0,66$  балів, у матерів –  $0,50 \pm 0,75$  балів, розбіжності статистично не значущі ( $p > 0,05$ ).

■ **Гастроінтестинальні симптоми** (утруднене ковтання, метеоризм, біль у животі, печія, відчуття переповненого шлунку, нудота, блювота, урчання в животі, діарея, закрепи, зниження маси тіла) суттєво більше виражені у дружин хворих на параноїдну шизофренію:  $1,11 \pm 0,91$  балів (помірний рівень) проти  $0,31 \pm 0,71$  балів (низький рівень) у матерів ( $p < 0,01$ ). Аналогічні закономірності виявлені для сечостатевої симптоматики (часте сечовиділення, сильні позиви на сечовиділення, аменорея, менорагія, ригідність, втрата або зменшення лібідо): у дружин показник склав  $0,60 \pm 0,69$  балів, у матерів –  $0,36 \pm 0,30$  балів ( $p < 0,05$ ) (в обох групах рівень показника низький).

■ **Вегетативна симптоматика** (сухість у роті, почервоніння або блідість шкіри, пітливість, головні болі з відчуттям напруги) більшою мірою виражена у дружин хворих:  $2,64 \pm 1,29$  балів (підвищений рівень) проти  $1,94 \pm 1,32$  балів (помірний, близький до підвищеного рівень) у матерів хворих; розбіжності статистично значущі ( $p < 0,01$ ).

● **Показник за шкалою оцінки поведінки під час бесіди** (непосидючість, неспокійна жестикуляція чи хода, тремор, нахмурювання обличчя, напружений вираз обличчя, зітхання чи прискорене дихання, часте ковтання слини, блідість обличчя, розширення зіниць, екзофтальм, зригування, пожвавлені

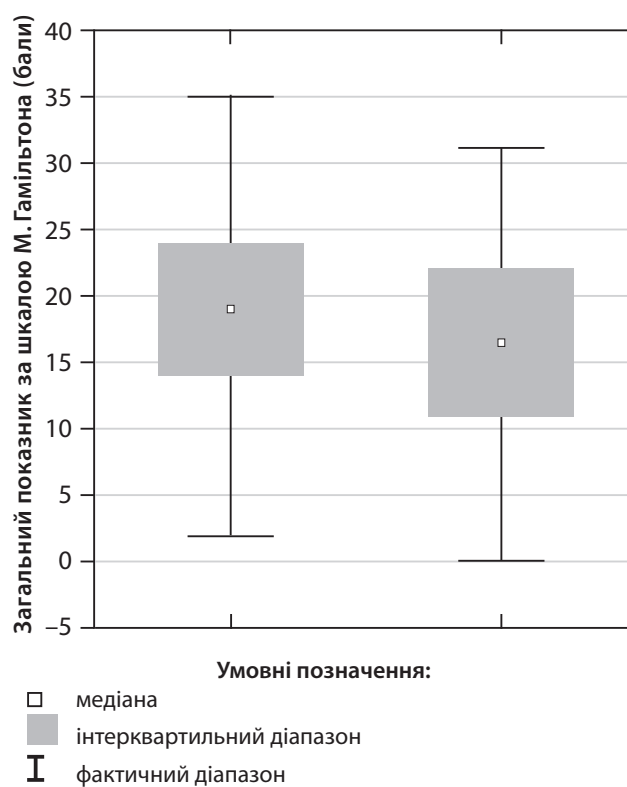
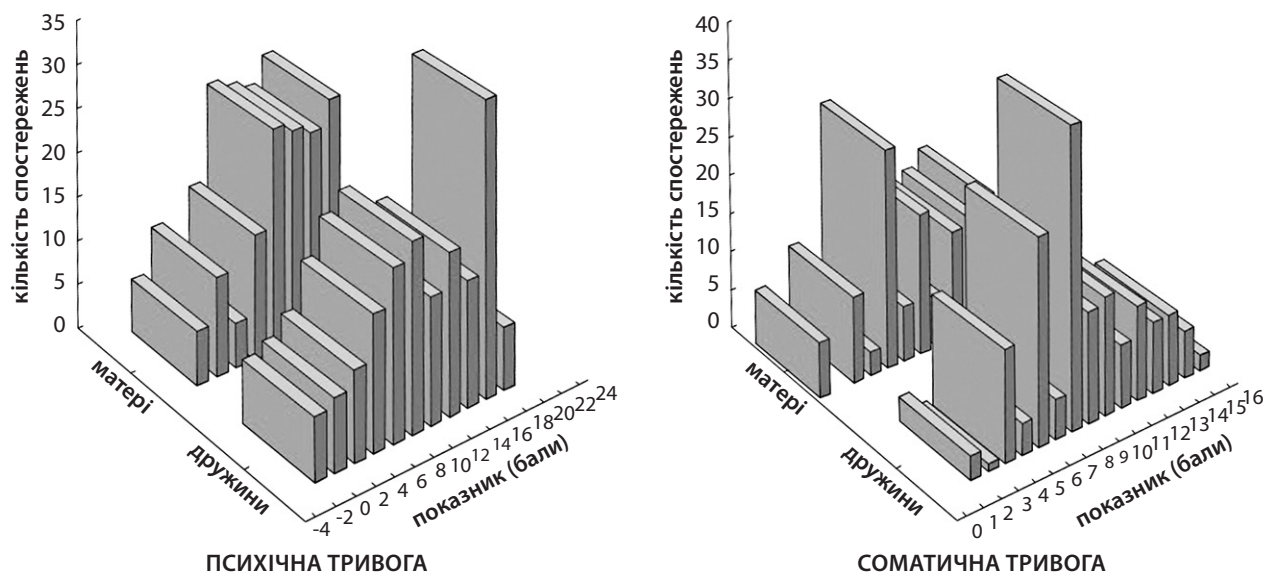


Рис. 4. Кількісні показники за інтегральною шкалою тривоги М. Гамільтона у дружин і матерів хворих на шизофренію з тривалими термінами захворювання

сухожилльні рефлекс) у досліджених групах виражені не значно: у матерів хворих показник склав  $0,88 \pm 1,00$  балів, у дружин –  $0,83 \pm 0,92$  балів ( $p > 0,05$ ).

Інтегральний показник тривоги за шкалою М. Гамільтона у дружин хворих на параноїдну шизофренію склав  $19,22 \pm 6,99$  балів (медіана значення 19,0 балів, інтерквартильний діапазон – 14,00–24,00 балів), що значно більше, ніж у матерів хворих: інтегральний показник у них склав  $16,50 \pm 7,05$  балів (медіана 17,00 бали, інтерквартильний діапазон – 11,00–22,00 балів). Розбіжності між групами статистично значущі ( $p < 0,05$ ) (рис. 4). У дружин хворих рівень виразності тривоги відповідає помірному, у матерів – низькому, наближеному до помірною.

У дружин хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання значно більшими є показники психічної тривоги: середнє значення показника у цій групі склало  $10,81 \pm 5,49$  балів (медіана значення 11,00 балів, інтерквартильний діапазон – 7,00–16,00 балів) проти  $9,40 \pm 4,58$  балів (медіана значення 10,00 балів, інтерквартильний діапазон – 6,00–13,0 балів) у дружин хворих; розбіжності статистично значущі ( $p < 0,05$ ) (рис. 5).



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

Інтегральний показник виразності соматичної тривоги у дружин хворих на шизофренію виявився також вищим, ніж у матерів:  $8,41 \pm 3,55$  балів (медіана значення 8,00 балів, інтерквартильний діапазон – 6,00–14,00 балів) проти  $7,10 \pm 3,64$  балів (медіана значення 7,00 балів, інтерквартильний діапазон – 4,00–10,00 балів) ( $p < 0,05$ ).

Цікаво, що інтегральний показник виразності соматичної тривоги за шкалою тривоги М. Гамільтона виявився більшим у дружин, ніж у матерів, тоді як за окремою субшкалою соматичної тривоги шкали депресії, яка виявляє соматизовані еквіваленти афективних реакцій, спостерігалася зворотна картина. Це свідчить про складний неоднозначний характер змін у психоемоційній сфері дружин і матерів хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання і зумовлює необхідність ґрунтовного дослідження психопатологічних та патоперсоналогічних трансформацій цієї категорії осіб.

### Висновки

1. В результаті дослідження встановлено, що **дружинам і матерям хворих на параноїдну шизофренію притаманні високі рівні невротизації**, що свідчить про значну глибину патоперсоналогічних трансформацій і вимагає диференційованого підходу до корекцій цих змін.

2. Під час дослідження проявів тривоги з використанням шкали тривоги М.Гамільтона у матерів хворих на параноїдну шизоф-

**ренію порівняно з дружинами** було виявлено більшу виразність таких ознак:

- когнітивних порушень (показник у дружин склав  $1,58 \pm 1,01$  балів, у матерів –  $1,98 \pm 1,24$  балів,  $p < 0,01$ );
- депресивного настрою (відповідно  $1,47 \pm 1,08$  балів та  $2,40 \pm 0,90$  балів,  $p < 0,01$ );
- соматичних м'язових симптомів (відповідно  $0,98 \pm 0,73$  балів та  $1,14 \pm 0,93$  балів,  $p > 0,05$ );
- соматичних сенсорних симптомів (відповідно  $1,02 \pm 0,73$  балів та  $1,22 \pm 0,89$  балів,  $p < 0,05$ );
- серцево-судинної симптоматики (відповідно  $0,75 \pm 0,92$  балів та  $1,10 \pm 0,92$  балів,  $p < 0,01$ );
- респіраторної симптоматики (відповідно  $0,42 \pm 0,66$  балів та  $0,50 \pm 0,75$  балів,  $p > 0,05$ ).

**У дружин хворих на параноїдну шизофренію** більш вираженими виявилися ознаки:

- тривожного настрою (відповідно  $1,72 \pm 1,08$  балів та  $1,20 \pm 1,04$  балів,  $p < 0,01$ );
- напруження (відповідно  $1,90 \pm 1,01$  балів та  $0,89 \pm 0,88$  балів,  $p < 0,01$ );
- страху (відповідно  $1,84 \pm 1,05$  балів та  $0,79 \pm 0,89$  балів,  $p < 0,01$ );
- інсомнії (відповідно  $2,30 \pm 1,40$  балів та  $2,13 \pm 1,48$  балів,  $p > 0,05$ );
- гастроінтестинальної симптоматики (відповідно  $1,11 \pm 0,91$  балів та  $0,31 \pm 0,71$  балів,  $p < 0,01$ );
- сечостатевої симптоматики (відповідно  $0,60 \pm 0,69$  балів та  $0,36 \pm 0,30$  балів,  $p < 0,05$ );



– вегетативної симптоматики (2,64±1,29 балів та 1,94±1,32 балів,  $p < 0,01$ ).

3. Загальний показник тривоги за шкалою М. Гамільтона виявився значно вищим у дружин хворих: 19,22±6,99 балів проти 16,50±7,05 балів ( $p < 0,05$ ). У цій же групі були вищими показники психічної тривоги: 10,81±5,49 балів проти 9,40±4,58 балів

у матерів ( $p < 0,05$ ) та соматичної тривоги: 8,41±3,55 балів проти 7,10±3,64 балів ( $p < 0,05$ ).

4. Отримані дані були покладені нами в основу при розробці комплексу заходів психологічної корекції розладів психоемоційної сфери дружин і матерів хворих на ПШ з тривалими термінами захворювання.

### Література

1. Косенко К. А. Психосоціальна реабілітація жінок, хворих на параноїдну шизофренію, при різних моделях родинної взаємодії: автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук: 14.01.16 / К. А. Косенко; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». – Х., 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. – Х., 2011. – 25 с.

3. Плевачук О. Ю. Взаємозв'язок перебігу шизофренії з психологічними особливостями мікросередовища пацієнта: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: 14.01.16 / О. Ю. Плевачук; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» – Х., 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.

7. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика: методики и тесты / Д. Я. Райгородский. – Самара: Бахрах-М, 1998. – С. 73–82.

8. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating / M. Hamilton // British Journal of Medical Psychology. – 1959. – № 32. – P. 50–55.

9. Подкорытов В. С. Депрессии. Современная терапия / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. – Х.: Торнадо, 2003. – 349 с.

### References

1. Kosenko K. A. Psychosocial rehabilitation of women suffering from paranoid schizophrenia, with different models of family interaction. Abstract dis. for a degree candidate medical sciences 14.01.16 [Psychosocial rehabilitation of women suffering from paranoid schizophrenia, with different models of family interaction. Abstract dis. for a degree candidate medical sciences 14.01.16]. Instytut nevrologii, psyhiatrii ta narkologii' NAMN Ukraïny [Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology NAMS of Ukraine]. Kharkiv, 2015, 24 p. (In Ukr.)

2. Maruta N. A., Kozhina A. M., Korostiy V. I., Gaychuk L. M. Zhizn' s shizofreniey. Chto delat'?: kratkoe rukovodstvo dlya patsientov, stradayushchikh shizofreniey i ikh rodstvennikov [Living with schizophrenia. What to do?: quick guide for patients with schizophrenia and their relatives]. Kharkiv, 2011, 25 p. (In Russ.)

3. Plevachuk O. Ju. Vzajemov'jazok perebigu shizofrenii' z psihologichnyy osoblyvostjamy mikroseredovishha pacijenta. Avtoref. dys. na zdobuttja naukovogo stupenja kand. med. n.: 14.01.16 [Relationship with the schizophrenia patient's psychological characteristics microenvironment: Abstract dis. for the degree of candidate of medical sciences: 14.01.16]. Instytut nevrologii, psyhiatrii ta narkologii' NAMN Ukraïny [Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology NAMS of Ukraine], Kharkiv, 2011, 18 p. (In Ukr.)

4. Markova M. V., Dihtjar V. O. Osoblyvosti simejnoi' vzajemodii' ta adaptacii' v rodyni u pacijentiv, hvoryh na shizofreniju, z tochky zoru psyhoterapevtychnogo potencialu sim'i' [Features family interaction and family

adjustment in patients with schizophrenia in terms of potential psychotherapeutic family]. Ukraïns'kyj visnyk psyhonevrologii' [Ukrainian Journal psychoneurology], 2010, vol. 13, issue 3(64), pp. 133-134. (In Ukr.)

5. Markova M. V., Gorshkova K. A. Simejna psyhoterapija jak bazovyj psyhoterapevtychnyj resurs v kompleksnomu likuvanni hvoryh na paranoi'dnu shizofreniju [Family psychotherapy as a basic resource in the psychotherapeutic treatment of patients with paranoid schizophrenia]. Psyhichne zdorov'ja [Mental health], 2012, no. 2(35), pp. 63-69. (In Ukr.)

6. Markova M. V., Kosenko K. A. Psyhoterapija v kompleksnomu likuvanni zhinok, hvoryh na paranoi'dnu shizofreniju, pry riznyh modeljah rodynnoi' vzajemodii': obgruntuvannja, zagal'ni pidhody, specyfichni osoblyvosti [Psychotherapy in the treatment of women suffering from paranoid schizophrenia, with different models of family interaction: studies, general approaches, specific features]. Ukraïns'kyj visnyk psyhonevrologii' [Ukrainian Journal psychoneurology], 2014, vol. 22, issue 3(80), pp. 69-73. (In Ukr.)

7. Raygorodskiy D. Ya. Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metodiki i testy [Practical psychodiagnostics. Procedures and tests]. Samara, Bakhrah-M Publ., 1998, pp. 73-82. (In Russ.)

8. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. British Journal of Medical Psychology, 1959, no. 32, pp. 50-55.

9. Podkorytov V. S., Chayka Yu. Yu. Depressii. Sovremennaya terapiya [Depression. Modern therapy]. Kharkiv, Tornado Publ., 2003, 349 p. (In Russ.)



**НЕВРОТИЗАЦІЯ І ПАТОЛОГІЧЕСЬКА ТРЕВОГА  
КАК ПРОЯВЛЕННЯ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ЖЕН І МАТЕРЕЙ  
БОЛЬНИХ ПАРАНОЙДНОЇ ШИЗОФРЕНІЄЙ  
С ДЛИТЕЛЬНИМ СРОКОМ ЗАБОЛЕВАННЯ**

К. В. Шкода

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

**Аннотация.** Уровень невротизации и патологической тревоги принадлежат к ведущим характеристикам психоэмоционального состояния жен и матерей больных параноидной шизофренией (ПШ) с длительными сроками заболевания. Изучение этого показателя способствует установлению их патогномических особенностей и дальнейшей разработке мишеней психокоррекции. С этой целью клинико-психопатологическим и психодиагностическим методами было обследовано 320 мужчин, больных ПШ, и их матерей или жен. Установлены высокие уровни невротизации, что свидетельствует о значительной глубине патоперсоналогических трансформаций и требует дифференцированного подхода к коррекции отмеченных изменений. На основе полученных данных разработан комплекс мероприятий психологической коррекции таких расстройств выбранной группы обследованных. Во время исследования у них также выявлен сложный неоднозначный характер изменений в психоэмоциональной сфере, что предопределяет необходимость основательного исследования психопатологических и патоперсоналогических трансформаций этой категории пациентов.

**Ключевые слова:** мать больного параноидной шизофренией, жена больного параноидной шизофренией, тревога, невротизация.

**NEUROTICISM AND PATHOLOGICAL ANXIETY  
AS MANIFESTATION OF MALADJUSTMENT  
OF WIVES AND MOTHERS OF PATIENTS  
WITH LONG COURSE OF PARANOID SCHIZOPHRENIA**

K. V. Shkoda

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

**Summary.** The level of neuroticism and pathological anxiety are the leading characteristics of the emotional state of wives and mothers of patients suffering from paranoid schizophrenia (PS) with a long term of illness. The study of these parameters facilitates finding their pathognomonic features and further development of the target correction. To this aim, psychopathological and psychodiagnostic methods of 320 men with PS, and their mothers and wives were examined. High rates of neuroticism were found that indicated a considerable depth of pathopersonologic transformation and requires a differentiated approach to the correction of these changes. Based on the data complex of psychological measures for correction in defined group of respondents was developed. During the study, also an ambiguous nature of changes in the psychoemotional sphere was found, which necessitates a thorough investigation of psychopathological and pathopersonological transformation in this category of persons.

**Key words:** a mother of a patient with paranoid schizophrenia, a wife of a patient with paranoid schizophrenia, anxiety, neuroticism.

---

**Шкода Костянтин Володимирович** – здобувач, Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна; e-mail: doctorshkoda@rambler.ru.

**Шкода Константин Владимирович** – соискатель, Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина; e-mail: doctorshkoda@rambler.ru.

**Konstantin Shkoda** – postgraduate student, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine; e-mail: doctorshkoda@rambler.ru.