

цювали (60,6 %), переважно на робочих спеціальностях (32,4 %), ніколи не перебували у шлюбі (38,0 %). Звертає увагу високий відсоток пацієнтів (43,7 %), в яких рівень освіти і професійної підготовки не відповідає їхньому соціальному стану.

Більшість пацієнтів (58 осіб — 81,7 %) перенесли протягом життя (після 18 років) важкі психоемоційні стреси, пов'язані з професійно-економічними факторами (52,1 %), неблагополуччям сімейного життя (21,1 %), зі смертю близьких людей (8,5 %).

Аналіз психопатологічної симптоматики у хворих на гострий панкреатит виявив низку особливостей кількісної та якісної структури емоційних розладів. За анамнестичними даними, захворювання підшлункової залози маніфестувало у більшості хворих (93,0 % — 66 пацієнтів) після емоційно значимої для особистості гострої або хронічної психотравмуючої ситуації, яка часто мала нерозв'язний характер. Вона відрізнялася поліморфністю, масивністю та залученням різних сфер діяльності пацієнта.

За результатами проведених досліджень, у 35 (49,3 %) хворих на гострий панкреатит виявлено клінічні ознаки психогенних тривожно-депресивних розладів. В 36 випадках (50,7 %) суттєвих відхилень у психічному здоров'ї не спостерігалось.

В усіх пацієнтів психотравмуюча ситуація, яка була ґрунтом для розвитку хвороби, мала гострий характер. Перебіг захворювання був хвилеподібний. Загострення гастроентерологічної симптоматики супроводжувалося значними вегетативними проявами, такими як підвищення швидкості евакуації їжі по травному каналу, серцебиття, підвищена пітливість тощо. Тривога виникала спонтанно, на короткий час, була пов'язана з будь-яким стресом. При подальшому розвитку хвороби навіть необхідність прийняття конкретного рішення або виконання повсякденних, але неприємних обов'язків, могли спровокувати виникнення короткочасної тривоги та загострення гастроентерологічної симптоматики. Застосування звичайних лікарських засобів, що нормалізують діяльність підшлункової залози, хоча і мало деякий позитивний вплив на основні соматичні скарги хворого, але ніяк не впливало на тривогу, яка потребувала додаткового призначення анксиолітиків.

Таким чином, під час дослідження були виявлені специфічні особливості психопатологічної структури, що лежать в основі психогенних тривожно-депресивних розладів у хворих на панкреатит, визначена їхня роль у патогенезі даної патології. Подальше вивчення даної проблеми доцільно проводити шляхом глибокого аналізу зв'язку психогенних факторів, психопатологічних синдромів, соматичних проявів, перебігом та прогнозом захворювання.

УДК 616.015.6:616.45-001.1/3-008.47

В. В. Ярій^{1,2} М. В. Маркова²

¹Київська міська наркологічна клінічна лікарня «Соціотерапія», м. Київ;

²Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Співзалежність як порушення здоров'я, пов'язане зі стресом: варіативність прояву психопатологічних феноменів

Наявність наркологічного захворювання у одного з членів сім'ї неминуче порушує внутрішньосімейні взаємини і призводить сім'ю до дисфункціонального стану. Доведено, що прояви співзалежності є факторами

ризиком рецидиву залежності від психоактивних речовин у наркологічних хворих, а для самих членів родини через стан хронічного дистресу становить небезпеку щодо розвитку в них захворювань психічної сфери як психіатричного (насамперед, невротичного), так і наркологічного спектра.

Співзалежність — це стан, який є результатом адаптації індивіда до сімейної дисфункції. Змістовно — це закріплена реакція на стрес, яка з плином часу стає засвоєним способом життя, аніж ситуаційним засобом виживання (чим вона була на початку). Показово, що за умови припинення впливу стресового навантаження, співзалежна людина продовжує використовувати набуті патологічні поведінкові паттерни, незважаючи на відсутність чинника психотравматизації.

За визначенням Sh. Wegscheider-Cruse, «співзалежність — це специфічний стан, що характеризується сильною зануреністю і стурбованістю, а також вираженою емоційною, соціальною, а іноді і фізичною залежністю від людини або предмета, яка стає патологічним станом, що впливає на усі рівні життєдіяльності та стосунків суб'єкта. Для стану співзалежності характерні: а) омана, заперечення, самообман; б) компульсивні дії (неусвідомлена ірраціональна поведінка, про яку людина може жалкувати, але все ж діє, якби рухомо невидимою внутрішньою силою); в) «заморожені» почуття; г) низька самооцінка; д) порушення здоров'я, пов'язані зі стресом».

З огляду на наведене, для розуміння можливих мішеней комплексної терапевтично-реабілітаційної роботи з даним контингентом, з метою визначення особливостей клінічних проявів співзалежності як моделі порушення здоров'я, пов'язаного зі стресом, на базі Київської міської наркологічної клінічної лікарні «Соціотерапія» протягом 2012—2015 рр. було обстежено 160 чоловіків, хворих на алкогольну залежність (АЗ), та членів їх сімей.

Обстеження включало комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне дослідження, з використанням шкал тривоги і депресії М. Гамільтона HDRS і HARS, шкали оцінки рівня психосоціального стресу Л. Рідера та методики визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге.

В залежності від типу АЗ у хворих, діагностованих за класифікацією Т. Ф. Вабора, пацієнти та їхні родичі були поділені на дві групи: групу А (в яку увійшли 80 хворих на АЗ, зумовлену соціально-середовищними чинниками, тип А за Т. Ф. Вабора, та 80 членів їхніх родин) і групу Б (яку склали 80 осіб з АЗ типу В за Т. Ф. Вабора, тобто обумовленою впливом індивідуально-генетичних чинників, та 80 їхніх родичів). За так званим «рівнем вживання» групи дослідження були поділені на підгрупи: РА1 (родичі А1) — жінки хворих на АЗ типу «А» чоловіків (горизонтальне вживання), РА2 (родичі А2) — матері хворих на АЗ типу «А» чоловіків (вертикальне вживання). Відповідно, РБ1 (родичі Б1) — жінки хворих на АЗ типу «Б» чоловіків (горизонтальне вживання), РА2 (родичі А2) — матері хворих на АЗ типу «Б» чоловіків (вертикальне вживання).

Як групу порівняння (ГП) обстежено також членів родин медичного персоналу, в яких не було наркологічних проблем (50 осіб).

В результаті дослідження встановлено таке.

Психопатологічні симптоми, які за вираженістю не досягали клінічно окресленої депресії, виявлено у РА1 — 40,0 %, РА2 — 17,5 %, РБ1 — 32,5 %, РБ2 — 12,5,0 %, ГП — 90,0 % ($p \leq 0,001$). Малий депресивний епізод діагностовано у РА1 — 50,0 %, РА2 — 62,5 %, РБ1 — 52,5 %, РБ2 — 65,5 %, ГП — 10,0 % ($p \leq 0,001$). Тяжкий депресивний

епізод діагностовано у PA1 — 10,0 %, PA2 — 20,0 %, PB1 — 15,0 %, PB2 — 22,5 % ($p \leq 0,001$). У ГП випадків тяжкого депресивного епізоду не виявлено ($p \leq 0,001$).

Середній бал за шкалою HDRS у PA1 склав: відсутність депресії — 3,0 бали, малий депресивний епізод — 9,0 балів, тяжкий депресивний епізод — 21,0 бали; у PA2 — відповідно: 5,0 балів, 13,0 балів, 30,0 балів; у PB1 — відповідно: 4,0 бали, 11,0 балів, 25,0 балів; у PB2 — відповідно: 6,0 балів, 15,0 балів, 35,0 балів; у ГП — відповідно: відсутність депресії — 2,0 бали, малий депресивний епізод — 7,0 балів.

Серед досліджених PA1, PA2, PB1, PB2 діагностовано увесь спектр розладів депресивного кола. Виявлено, що досліджені PA2 та PB2 переважали над дослідженими PA1 та PB1 як у баловому, так й у відсотковому вираженні. У свою чергу, досліджені PA2 переважали над дослідженими PA1, а досліджені PB2 переважали над PB1 у баловому так й у відсотковому вираженні.

Психопатологічні симптоми, які за вираженістю досягли клінічно окресленої субклінічної тривоги, виявлено у PA1 — 10,0 %, PA2 — 35,0 %, PB1 — 12,5 %, PB2 — 42,5 %, ГП — 96,0 % ($p \leq 0,001$). Тривожний стан діагностовано у PA1 — 70,0 %, PA2 — 60,0 %, PB1 — 72,5 %, PB2 — 55,0 %, ГП — 4,0 % ($p \leq 0,001$). Тривожний розлад діагностовано у PA1 — 20,0 %, PA2 — 5,0 %, PB1 — 15,0 %, PB2 — 2,5 % ($p \leq 0,001$). У ГП випадків тривожного розладу не виявлено ($p \leq 0,001$).

Середній бал за шкалою HARS склав у PA1: субклінічна тривога — 7,0 балів, тривожний стан — 16,0 балів, тривожний розлад — 45,0 балів; PA2 відповідно — 5,0 балів, 12,0 балів та 34 бали; PB1 відповідно — 7,0 балів, 15,0 балів та 43 бали; PB2 відповідно — 4,0 бали, 14,0 балів та 30,0 балів. У ГП відповідно: субклінічна тривога — 4,0 бали, тривожний стан — 9,0 балів, тривожний розлад — не виявлено.

Виявлено, що у більшості досліджених PA1, PA2, PB1, PB2 тривожний стан відповідав середньому ступеню вираженості симптомів ($p < 0,05$), тривожний розлад відповідав тяжкому ступеню вираженості симптомів ($p < 0,05$). Встановлено, що обстежені PA1 та PB1 переважали над дослідженими PA2 та PB2, як у баловому так й у відсотковому вираженні. Значущих розбіжностей у баловому

й у відсотковому вираженні між групами PA та PB не виявлено ($p < 0,05$).

Визначено, що близько 50,0 % досліджуваних PA1, PA2, PB1, PB2 мали схильність до «приховування» симптомів тривоги, що виявляється при проведенні об'єктивної оцінки ($p < 0,05$). У досліджених PA1, PA2, PB1, PB2 діагностованій увесь спектр розладів тривожного кола ($p < 0,05$). Серед симптомів за ступенем вираженості значно переважали симптоми «психічного» радикала над симптомами «соматичного» радикала ($p < 0,05$).

У досліджених PA1, PA2, PB1, PB2 рівень психосоціального стресу як високий виявився у PA1 — 65,0 % (2,80 бали), PA2 — 62,5 % (2,90 бали), PB1 — 67,5 % (2,78 бали), PB2 — 53,3 % (2,79 бали); як середній — відповідно: у PA1 — 30,0 % (2,00 бали), PA2 — 32,5 % (2,15 бали), PB1 — 25,0 % (2,16 бали), PB2 — 40,0 % (2,17 бали); як низький — відповідно: у PA1 — 5,0 % (1,00 бали), PA2 — 5,0 % (1,15 бали), PB1 — 7,5 % (1,05 бали), PB2 — 6,7,0 % (1,10 бали), ГП — 100,0 % (1,00 бали) ($p \leq 0,001$). Даний розподіл підкреслює загальність та емоційну значущість проблем, що виникають, для членів родини хворих, які страждають на АЗ ($p < 0,05$). За структурою відповідей більшість досліджених родичів відповідали «Згоден». У ГП відповіді розподілилися між «Скоріше не згоден» та «Не згоден» ($p \leq 0,001$).

Імовірність розвитку психосоматичного захворювання внаслідок високого стресового навантаження та низької стресостійкості склала: у PA1 — 12,5 % (135 балів), PA2 — 12,5 % (148 балів), PB1 — 7,5 % (155 балів), PB2 — 5,0 % (163 бали), ГП — 100,0 % (155 балів) ($p \leq 0,001$). Групу із пограничним рівнем стресостійкості склали: PA1 — 20,0 % (105 балів), PA2 — 22,5 % (205 балів), PB1 — 15,0 % (245 балів), PB2 — 15,0 % (275 балів) ($p \leq 0,001$).

Низький рівень стресостійкості із загрозою психосоматичного захворювання виявлено у: PA1 — 67,5 % (310 балів), PA2 — 65,5 % (320 балів), PB1 — 77,5 % (330 балів), PB2 — 80,0 % (355 балів) ($p \leq 0,001$).

Отже, наявні дані, що свідчать про єдині механізми родинного переживання стресової ситуації ($p < 0,05$), були покладені нами в основу при розробці заходів комплексного лікування та психотерапевтичного супроводу співзалежних членів родин хворих на АЗ.