

М. В. Савіна

**РІВЕНЬ ДЕПРЕСИВНОГО РЕАГУВАННЯ У ПОДРУЖЖЯ З РІЗНИМ СТАНОМ
ЗДОРОВ'Я СІМ'І ТА ЗАЛЕЖНОЮ ПОВЕДІНКОЮ У ЖІНОК**

М. В. Савіна

**Уровень депрессивного реагирования у супругов с различным состоянием
здоровья семьи и зависимым поведением у женщин**

M. V. Savina

**Depressive response level of spouses with different state of family health
and dependent behavior in women**

Під час вивчення особливостей депресивного реагування у подружжя з різним станом здоров'я сім'ї та залежної поведінкою у жінок, для виявлення мішеней подальшої психокорекційної роботи, на ґрунті комплексного дослідження 321 подружніх пар (ПП) з порушенням сімейних стосунків й проявами аддиктивної поведінки (АП) різної вираженості у жінок, 50 ПП з порушенням здоров'я родини без проблем аддиктивного характеру (група порівняння 1) та 50 умовно гармонійних ПП (група порівняння 2), встановлено таке.

Найбільше ураження психічного стану з тенденцією до вираженого депресивного реагування з залученням і афективно-когнітивної, і соматичної сфер, спостерігалось у жінок з залежною поведінкою та порушенням здоров'я сім'ї. Тип превалюючої аддикції у цьому разі не мав особливого значення. Жінки з некомпроментованим аддиктивним статусом та проблемними родинними відносинами демонстрували наявність ознак афективно-когнітивного депресивного реагування, проте, значно меншої інтенсивності та клінічної різноманітності. Жінки зі здорових сімей відрізнялися нормативними показниками афективної сфери, демонструючи наявність у половини з них окремих донозологічних ознак депресії.

Психічний стан чоловіків з неблагополучних родин, дружини яких мали аддиктивні проблеми, характеризувалися наявністю різноманітних окремих ознак депресивного реагування (в основному, афективно-когнітивного), які не досягали клінічно значущої вираженості. Чоловіки з негармонійних родин з дружинами без проявів АП, в цілому, не проявляли ознак клінічно вираженого афективного реагування на дисгармонійну сімейну ситуацію (помірний рівень депресії діагностовано у 4 %). Чоловіки з гармонійних родин відрізнялися станом загального психологічного благополуччя, з окремими мозаїчними ознаками стурбованості або пригніченості.

Отримані дані були покладені нами в основу під час розроблення системи психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки здоров'я сім'ї за наявності АП у жінок.

Ключові слова: аддиктивна поведінка, жінки, порушення здоров'я сім'ї, депресивне реагування

При изучении особенностей депрессивного реагирования супругов с разным состоянием здоровья семьи и зависимым поведением у женщин, для выявления мишеней дальнейшей психокоррекционной работы, на основе комплексного исследования 321 супружеской пары (СП) с нарушением семейных отношений и проявлениями аддиктивного поведения (АП) разной выраженности у женщин, 50 СП с нарушением здоровья семьи без проблем аддиктивного характера у женщин (группа сравнения 1) и 50 условно гармоничных СП (группа сравнения 2), установлено следующее.

Большее поражение психического состояния с тенденцией к выраженному депрессивному реагированию с вовлечением и афективно-когнитивной, и соматической сфер, наблюдалось у женщин с зависимым поведением и нарушением здоровья семьи. Тип превалирующей аддикции в данном случае не имел особого значения. Женщины с некомпроментированным аддиктивным статусом и проблемными семейными отношениями демонстрировали наличие признаков афективно-когнитивного депрессивного реагирования, однако, значительно меньшей интенсивности и клинического разнообразия. Женщины из здоровых семей отличались нормативными показателями афективной сферы, демонстрируя наличие у половины из них отдельных донозологических признаков депрессии.

Психическое состояние мужчин из неблагополучных семей, жены которых имели аддиктивные проблемы, характеризовались наличием различных отдельных признаков депрессивного реагирования (в основном, афективно-когнитивного), которые не достигали клинически значимой выраженности. Мужчины из негармоничных семей с женами без проявлений АП, в целом, не проявляли признаков клинически выраженного афективного реагирования на дисгармоничную семейную ситуацию (умеренный уровень депрессии диагностирован у 4 %). Мужчины из гармоничных семей отличались состоянием общего психологического благополучия, с отдельными мозаичными признаками беспокойства или подавленности.

Полученные данные были положены нами в основу при разработке системы психологической коррекции и психопрофилактической поддержки здоровья семьи при наличии АП у женщин.

Ключевые слова: аддиктивное поведение, женщины, нарушение здоровья семьи, депрессивное реагирование

The aim is to study of the characteristics of depressive response of spouses with different state of family health of dependent behavior in women to detect targets further psycho-operation.

It based on a comprehensive study of 321 married couples with maladjustment of family relationships and addictive behavior (AB) in women, 50 families with maladjustment without AB in women (comparison group 1) and 50 conventionally harmonic married couples (comparison group 2), established the following.

Most lesions mental state with a tendency to express depressive reaction involving cognitive and affective and somatic areas observed in women with dependent behavior and impairments of family health. Type of addictive prevailing in this case had no special significance. Women with without addictive status with problematic family relations showed signs of cognitive-affective depressive reaction, however, is much less clinical intensity and diversity. Women with healthy families differ regulatory indicators affective sphere, showing the presence of half of them before-nosological some signs of depression.

The mental state of men from disadvantaged families, whose wife had addictive problems, characterized by the presence of various individual features depressive reaction (mainly affective and cognitive) are not achieved clinically significant severity. Men with inharmonious family with their wives without evidence of AB, in general, did not show signs of clinically significant affective response disharmonious family situation (moderate level of depression was diagnosed in 4 %). Men from harmonious families differed as general psychological well-being, with some mosaic signs of concern or depression.

The data were assigned us a basis for developing the psychological treatment and support of family health with AB in women.

Keywords: addictive behavior, women, family health disorders, depressive reaction

Сім'я і проблеми її життєдіяльності є об'єктом дослідження ще з глибокої стародавності. Ще античні мислителі Платон, Аристотель та Овідій у своїх працях критикували типи родини, що існували за їх часів, і висували проекти її перетворення.

Нинішня ситуація в світі, і особливо в посттоталітарних країнах, які переживають процес не тільки економічної та політичної кризи, а й духовно-морального розвалу, спричиняє глибокі зміни в сім'ї, її соціальних функціях і ролях. В усьому світі змінюються принципи внутрішньо-сімейної взаємодії і внутрішньосімейних стосунків. На зміну тисячорічному принципу — «людина для сім'ї» приходить діаметрально протилежне — «сім'я для людини». Поряд з споконвічними функціями сім'ї — продовженням роду, організацією побуту, веденням домашнього господарства, формуванням і задоволенням духовних потреб, з'являються і стверджують себе нові функції сім'ї, серед яких сьогодні визнана всіма функція психологічного приюту, моральної підтримки і стабільності [1, 2]. Важливість реалізації саме цих функцій збільшується багаторазово у разі наркологічного захворювання одного з членів родини — в таких випадках сім'я з адаптованого ресурсу може стати непатогенним джерелом дезадаптації, провокуючі виникнення наркопатології, або запобігаючи її стабілізації та ремісії [3].

Враховуючи вищезазначене, робота, спрямована на вивчення взаємозв'язків між механізмами формування й проявів аддиктивної поведінки (АП) у жінок та феноменом здоров'я сім'ї, є важливою проблемою медичної психології.

Метою цієї роботи було вивчення особливостей депресивного реагування подружжя з різним станом здоров'я сім'ї та залежної поведінкою у жінок, для виявлення мішеней подальшої психокорекційної роботи.

Для досягнення поставленої мети за інформованої згоди, з дотриманням принципів біоетики і деонтології обстежено 321 подружжю пару (ПП), які звернулися за допомогою з приводу порушення сімейних стосунків та АП

у жінок (досліджувана група, ДГ). Додатковими критеріями включення в дослідження були відсутність в анамнезі психічних і поведінкових розладів, а також тяжких соматичних захворювань, наявність дитини.

Як групи порівняння також обстежено 50 ПП з порушенням здоров'я родини, в яких у жінок не було проблем аддиктивного характеру (група порівняння 1, ГП1), та 50 умовно гармонійних ПП (група порівняння 2, ГП2).

Спираючись на попередні результати вивчення аддиктивного статусу обстежених [4], отримані з використанням батареї AUDIT-подібних тестів, розроблених колективом авторів під керівництвом І. В. Лінського [5], жінки ДГ були поділені нами в залежності від типу АП:

— ДГ1 — жінки з хімічною аддикцією (вживання алкоголю, тютюну, психостимуляторів, каннабіноїдів, седативно-снودійних препаратів) — 33,3 % (107 ПП);

— ДГ2 — жінки з поведінковою аддикцією (надмірне захоплення роботою, шопінгом, переглядом телебачення, Інтернетом, читанням, комп'ютерними або азартними іграми) — 34,6 % (111 ПП);

— ДГ3 — жінки з фізіологічною аддикцією (надмірне захоплення їжею, сексом, чаєм/кавою або фітнесом) — 32,1 % (103 ПП).

Дослідження афективного статусу проходило через реалізацію клініко-психологічного та психодіагностичного методів (як інструмент кількісної оцінки стану афективної сфери застосовували шкалу депресії Бека). Цей психодіагностичний інструмент дозволив виявити найбільш релевантні та значущі симптоми депресії, а також найчастіші скарги, які виказувалися обстеженими та відповідали специфічним проявам/симптомам депресії. Чутливість цієї шкали до зміни ступеня депресивних розладів також надала змогу застосувати її у нашому дослідженні з метою оцінення ефективності допомоги на наступних етапах роботи.

Результати розподілу діагностованих симптомів у досліджених групах за шкалою депресії Бека у жінок відображено у табл. 1, у чоловіків — у табл. 2.

Таблиця 1. Розподіл діагностованих клінічних проявів депресії (за окремими симптомами) у обстежених жінок (шкала Бека)

Симптоми	ДГ1		ДГ2		ДГ3		ГП1		ГП2	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<i>Когнітивна афективна субшкала</i>										
1. Настрій	101	5,2	104	5,2	98	5,3	35	5,1	25	5,7
2. Песимізм	99	5,1	103	5,1	95	5,1	38	5,5	23	5,2
3. Відчуття неспроможності	100	5,2	103	5,1	97	5,2	35	5,1	22	5,0
4. Незадоволеність	101	5,2	105	5,2	97	5,2	33	4,8	22	5,0
5. Почуття провини	95	4,9	98	4,9	92	5,0	37	5,4	24	5,4
6. Відчуття, що буду покараний	96	5,0	100	5,0	92	5,0	26	3,8	19	4,3
7. Відраза до самого себе	97	5,0	100	5,0	94	5,1	37	5,4	22	5,0
8. Ідеї самозвинувачення	92	4,8	96	4,8	88	4,7	37	5,4	22	5,0
9. Суїцидальні думки	61	0,6	64	0,6	58	0,6	12	0,1	21	0,2
10. Слізливість	100	5,2	104	5,2	97	5,2	18	2,6	23	5,2
11. Роздратованість	101	5,2	105	5,2	97	5,2	35	5,1	24	5,4
12. Порушення соціальних зв'язків	102	5,3	105	5,2	99	5,3	38	5,5	22	5,0
13. Нерішучість	100	5,2	104	5,2	96	5,2	34	4,9	19	4,3
<i>Субшкала соматизації</i>										
14. Образ тіла	101	5,2	104	5,2	98	5,3	33	4,8	21	4,8
15. Втрата працездатності	102	5,3	106	5,3	98	5,3	33	4,8	19	4,3
16. Порушення сну	100	5,2	103	5,1	96	5,2	35	5,1	21	4,8
17. Стормлюваність	102	5,3	106	5,3	98	5,3	33	4,8	20	4,5
18. Втрата апетиту	54	2,8	57	2,8	50	2,7	35	5,1	19	4,3
19. Втрата маси тіла	51	2,6	54	2,7	48	2,6	32	4,6	17	3,9
20. Захопленість почуттям власного тіла	101	5,2	105	5,2	98	5,3	39	5,6	19	4,3
21. Втрата лібідо	73	3,8	76	3,8	69	3,7	36	5,2	17	3,9

Примітка. Тут і далі: абс. — абсолютна кількість осіб, що мали цей симптом помірного, вираженого або тяжкого ступеня вираженості; % — відсоток від усієї сукупності симптомів, діагностованих в цій групі; достовірність різниць показників шкал у групах $p \leq 0,001$

З наведених даних виходить, що симптоми, які характеризують когнітивно-афективні та соматичні прояви депресії, у досліджуваних групах різнилися (див. табл. 1). Так, у жінок ДГ1, ДГ2, ДГ3 серед діагностованих симптомів когнітивного та афективного компонентів у більш вираженому ступені прояву переважали: розлади настрою, роздратованість, відчуття неспроможності, порушення соціальних зв'язків, нерішучість, незадоволеність ($p \leq 0,001$). У досліджених жінок ГП1, відповідно: песимізм, відраза від самої себе, ідеї самозвинувачення, слізливність, порушення соціальних зв'язків, нерішучість ($p \leq 0,001$). У жінок ДГ1, ДГ2, ДГ3 ураження когнітивно-афективної сфери відбувалось внаслідок симптомів, які характеризували особистісне реагування жінки на складні життєві ситуації та «неможливість їх вирішення». У ГП1, звісно, усі симптоми характеризували відреагування особистості на «травму» — порушення родинного функціонування, проте, їх наявність у жінок відображала боротьбу «прий-

няття/неприйняття» такої ситуації, пошук себе в «іншому статусі» «зміни звичної життєдіяльності».

За аналізом розподілу діагностованих симптомів депресії за субшкалою соматизації виявлено, що у жінок ДГ1, ДГ2, ДГ3 переважали симптоми втрати образу тіла, втрати працездатності, порушення сну, захопленість почуттям власного тіла ($p \leq 0,001$). У жінок ГП1, відповідно — симптоми втрати образу тіла та захопленість почуттям власного тіла ($p \leq 0,001$). Таким чином, у жінок ДГ1, ДГ2, ДГ3, ГП1 соматизація симптомів концентрувалася у межах власного тіла. Але треба зазначити, що у жінок ДГ1, ДГ2, ДГ3 за рахунок «хворобливе-залежного відреагування» симптомів когнітивно-афективної сфери у структурі субшкали соматизації з'являлася астенична симптоматика у вигляді втрати мودусу працездатності та порушення сну.

У жінок ГП2 когнітивно-афективних та соматичних особливостей не виявлено.

Таблиця 2. Розподіл діагностованих клінічних проявів депресії (за окремими симптомами) у обстежених чоловіків (шкала Бека)

Симптоми	ДГ1		ДГ2		ДГ3		ГП1		ГП2	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<i>Когнітивна афективна субшкала</i>										
1. Настрій	59	4,9	61	4,8	53	4,7	15	5,1	9	5,8
2. Песимізм	56	4,7	60	4,7	53	4,7	13	4,4	8	5,2
3. Відчуття неспроможності	57	4,8	62	4,9	55	4,9	11	3,8	8	5,2
4. Незадоволеність	57	4,8	59	4,6	55	4,9	15	5,1	7	4,5
5. Почуття провини	55	4,6	62	4,9	54	4,8	14	4,8	6	3,9
6. Відчуття, що буду покараний	54	4,5	60	4,7	53	4,7	16	5,5	9	5,8
7. Відраза до самого себе	56	4,7	61	4,8	52	4,7	15	5,1	7	4,5
8. Ідеї самозвинувачення	58	4,9	59	4,6	51	4,6	14	4,8	8	5,2
9. Суїцидальні думки	59	0,6	61	0,6	50	0,5	13	0,1	9	0,1
10. Слізливність	60	5,0	59	4,6	52	4,7	14	4,8	8	5,2
11. Роздратованість	61	5,1	58	4,5	53	4,7	16	5,5	7	4,5
12. Порушення соціальних зв'язків	56	4,7	60	4,7	55	4,9	15	5,1	9	5,8
13. Нерішучість	55	4,6	62	4,9	54	4,8	12	4,1	5	3,2
<i>Субшкала соматизації</i>										
14. Образ тіла	54	4,5	63	4,9	55	4,9	13	4,4	7	4,5
15. Втрата працездатності	55	4,6	60	4,7	54	4,8	15	5,1	4	2,6
16. Порушення сну	56	4,7	59	4,6	52	4,7	14	4,8	7	4,5
17. Стомлюваність	57	4,8	58	4,5	52	4,7	13	4,4	7	4,5
18. Втрата апетиту	57	4,8	62	4,9	55	4,9	15	5,1	8	5,2
19. Втрата маси тіла	58	4,9	62	4,9	55	4,9	14	4,8	8	5,2
20. Захопленість почуттям власного тіла	59	4,9	63	4,9	52	4,7	13	4,4	7	4,5
21. Втрата лібідо	56	4,7	64	5,0	51	4,6	13	4,4	7	4,5

З наведених у табл. 2 даних видно, що у чоловіків виявлено багато симптомів, які характеризують депресію. Проте, ці симптоми за ступенем вираженості значно відрізнялися від депресивних ознак, виявлених у жінок (результати аналізу розподілу діагностованих симптомів депресії за вираженістю у жінок досліджуваних груп відображено у табл. 3, у жінок груп порівняння — у табл. 4, у чоловіків досліджуваних груп — у табл. 5, у чоловіків груп порівняння — у табл. 6).

В цілому, за допомогою статистичного аналізу встановлено достовірний ($p \leq 0,001$) взаємозв'язок між збільшенням ступеня вираженості симптому депресії та його руйнівної дією на психологічний комфорт й появу незадоволеності у взаємовідносинах у родинах жінок та чоловіків усіх груп.

З наведених даних видно, що за ступенем вираженості виявлені симптоми депресії у жінок розподілилися таким чином (див. табл. 3, 4).

Тяжка депресія: у жінок ДГ1, ДГ2, ДГ3 серед афективних проявів виявлено, відповідно: зниження настрою — 31,8 %, 31,5 %, 33,3 %, відчуття неспроможності — 31,8 %, 32,4 %, 33,0 %, незадоволеність — 29,9 %, 28,8 %, 30,1 %, роздратованість — 35,5 %, 34,2 %, 35,9 %, порушення соціальних зв'язків — 39,3 %, 40,5 %, 40,8 %, нерішучість — 32,7 %, 31,5 %, 33,0 %, образ тіла — 40,2 %, 41,4 %, 41,7 %. У жінок ГП1, відповідно: зниження настрою — 12,0 %, відчуття неспроможності — 18,0 %, незадоволеність — 16,0 %, відчуття, що буду покараний — 14,0 %, відраза до самого себе — 16,0 %, ідеї самозвинувачення — 16,0 %, роздратованість — 12,0 %, порушення соціальних зв'язків — 20,0 %, нерішучість — 18,0 %, образ тіла — 14,0 %, втрата працездатності — 20,0 %, порушення сну — 22,0 %, стомлюваність — 14,0 %, втрата апетиту — 20,0 %, втрата маси тіла — 18,0 %, захопленість почуттям власного тіла — 26,0 %, втрата лібідо — 24,0 % ($p \leq 0,001$). У жінок ГП2 симптомів тяжкої депресії не виявлено ($p \leq 0,001$).

Таблиця 3. Розподіл діагностованих симптомів депресії за вираженістю у жінок груп дослідження (шкала Бека), %

Симптоми	Ступінь вираженості симптомів														
	0 (0—9 балів)			1 (10—15 балів)			2 (16—19 балів)			3 (20—29 балів)			4 (30—63 бали)		
	ДГ1	ДГ2	ДГ3	ДГ1	ДГ2	ДГ3	ДГ1	ДГ2	ДГ3	ДГ1	ДГ2	ДГ3	ДГ1	ДГ2	ДГ3
<i>Когнітивна афективна субшкала</i>															
1. Настрій	5,6	6,3	4,9	10,3	9,9	9,7	17,8	18,0	16,5	34,6	34,2	35,9	31,8	31,5	33,0
2. Песимізм	7,5	7,2	7,8	11,2	10,8	11,7	16,8	16,2	16,5	31,8	32,4	31,1	32,7	33,3	33,0
3. Відчуття неспроможності	6,5	7,2	5,8	14,0	14,4	13,6	17,8	17,1	16,5	29,9	28,8	31,1	31,8	32,4	33,0
4. Незадоволеність	5,6	5,4	5,8	13,1	14,4	12,6	18,7	18,0	18,4	32,7	33,3	33,0	29,9	28,8	30,1
5. Почуття провини	11,2	11,7	10,7	12,1	11,7	10,7	19,6	18,9	19,4	29,0	28,8	30,1	28,0	28,8	29,1
6. Відчуття, що буду покараний	10,3	9,9	10,7	13,1	14,4	13,6	20,6	19,8	20,4	32,7	31,5	33,0	23,4	24,3	22,3
7. Відраза до самого себе	9,3	9,9	8,7	14,0	14,4	13,6	16,8	16,2	16,5	35,5	36,0	36,9	24,3	23,4	24,3
8. Ідеї самозвинувачення	14,0	13,5	14,6	14,0	15,3	14,6	17,8	17,1	16,5	29,9	28,8	30,1	24,3	25,2	24,3
9. Суїцидальні думки	43,0	42,3	43,7	35,5	36,0	35,9	10,3	9,9	9,7	6,5	7,2	5,8	4,7	4,5	4,9
10. Слізливість	6,5	6,3	5,8	18,7	19,8	18,4	10,3	9,9	9,7	34,6	34,2	35,0	29,9	29,7	31,1
11. Роздратованість	5,6	5,4	5,8	19,6	20,7	19,4	11,2	10,8	10,7	28,0	28,8	28,2	35,5	34,2	35,9
12. Порухення соціальних зв'язків	4,7	5,4	3,9	17,8	18,9	15,5	12,1	11,7	12,6	26,2	23,4	27,2	39,3	40,5	40,8
13. Нерішучість	6,5	6,3	6,8	15,9	16,2	15,5	15,0	14,4	14,6	29,9	31,5	30,1	32,7	31,5	33,0
<i>Субшкала соматизації</i>															
14. Образ тіла	5,6	6,3	4,9	16,8	16,2	16,5	14,0	13,5	13,6	23,4	22,5	23,3	40,2	41,4	41,7
15. Втрата працездатності	4,7	4,5	4,9	14,0	13,5	14,6	18,7	18,0	19,4	19,6	22,5	17,5	43,0	41,4	43,7
16. Порухення сну	6,5	7,2	6,8	12,1	11,7	12,6	12,1	11,7	12,6	29,0	27,9	28,2	40,2	41,4	39,8
17. Стомлюваність	4,7	4,5	4,9	18,7	19,8	18,4	14,0	13,5	13,6	26,2	27,0	26,2	36,4	35,1	36,9
18. Втрата апетиту	49,5	48,6	51,5	18,7	18,0	18,4	13,1	13,5	12,6	14,0	13,5	13,6	4,7	6,3	3,9
19. Втрата маси тіла	52,3	51,4	53,4	19,6	18,9	19,4	8,4	10,8	7,8	10,3	9,9	10,7	9,3	9,0	8,7
20. Захопленість почуттям власного тіла	5,6	5,4	4,9	7,5	6,3	6,8	12,1	12,6	11,7	31,8	32,4	32,0	43,0	43,2	44,7
21. Втрата лібідо	31,8	31,5	33,0	15,9	15,3	15,5	18,7	18,0	19,4	15,0	14,4	13,6	18,7	20,7	18,4

Таблиця 4. Розподіл діагностованих симптомів депресії за вираженістю у жінок груп порівняння (шкала Бека), %

Симптоми	Ступінь вираженості симптомів									
	0 (0—9 балів)		1 (10—15 балів)		2 (16—19 балів)		3 (20—29 балів)		4 (30—63 бали)	
	ГП1	ГП2	ГП1	ГП2	ГП1	ГП2	ГП1	ГП2	ГП1	ГП2
<i>Когнітивна афективна субшкала</i>										
1. Настрій	30,0	50,0	28,0	30,0	18,0	20,0	12,0	—	12,0	—
2. Песимізм	24,0	54,0	44,0	24,0	16,0	22,0	10,0	—	6,0	—
3. Відчуття неспроможності	30,0	56,0	22,0	24,0	18,0	20,0	12,0	—	18,0	—
4. Незадоволеність	34,0	56,0	18,0	26,0	18,0	18,0	14,0	—	16,0	—
5. Почуття провини	26,0	52,0	48,0	28,0	14,0	20,0	6,0	—	6,0	—
6. Відчуття, що буду покараний	48,0	62,0	14,0	20,0	12,0	18,0	12,0	—	14,0	—
7. Відраза до самого себе	26,0	56,0	30,0	28,0	20,0	16,0	8,0	—	16,0	—
8. Ідеї самозвинувачення	26,0	56,0	32,0	26,0	20,0	18,0	6,0	—	16,0	—
9. Суїцидальні думки	76,0	58,0	14,0	22,0	6,0	20,0	4,0	—	0,0	—
10. Слізливість	64,0	54,0	20,0	26,0	14,0	20,0	2,0	—	0,0	—
11. Роздратованість	30,0	52,0	26,0	26,0	18,0	22,0	14,0	—	12,0	—
12. Порухення соціальних зв'язків	24,0	56,0	22,0	24,0	16,0	20,0	18,0	—	20,0	—
13. Нерішучість	32,0	62,0	20,0	20,0	18,0	18,0	12,0	—	18,0	—
<i>Субшкала соматизації</i>										
14. Образ тіла	34,0	58,0	24,0	24,0	12,0	18,0	16,0	—	14,0	0,0
15. Втрата працездатності	34,0	62,0	18,0	20,0	14,0	18,0	14,0	—	20,0	—
16. Порухення сну	30,0	58,0	18,0	22,0	14,0	20,0	16,0	—	22,0	—
17. Стомлюваність	34,0	60,0	22,0	22,0	16,0	18,0	14,0	—	14,0	—
18. Втрата апетиту	30,0	62,0	18,0	22,0	18,0	16,0	14,0	—	20,0	—
19. Втрата маси тіла	36,0	66,0	16,0	16,0	16,0	18,0	14,0	—	18,0	—
20. Захопленість почуттям власного тіла	22,0	62,0	22,0	24,0	14,0	14,0	16,0	—	26,0	—
21. Втрата лібідо	28,0	66,0	14,0	20,0	12,0	14,0	22,0	—	24,0	—

Примітка. Тут і далі: достовірність різниць показників шкал у групах $p \leq 0,001$

Виражена депресія: у жінок ДГ1, ДГ2, ДГ3 серед афективних проявів виявлено відповідно: зниження настрою — 34,6 %, 34,2 %, 35,9 %, відчуття неспроможності — 29,9 %, 28,8 %, 31,1 %, незадоволеність — 32,7 %, 33,3 %, 33,0 %, роздратованість — 28,0 %, 28,8 %, 28,2 %, порушення соціальних зв'язків — 26,2 %, 23,4 %, 27,2 %, нерішучість — 29,9 %, 31,5 %, 30,1 %, образ тіла — 23,4 %,

22,5 %, 23,3 %. У жінок ГП1, відповідно: зниження настрою — 12,0 %, відчуття неспроможності — 10,0 %, незадоволеність — 12,6 %, відчуття, що буду покараний — 14,0 %, відраза до самого себе — 12,0 %, роздратованість — 14,0 %, порушення соціальних зв'язків — 18,0 %, нерішучість — 12,0 %, образ тіла — 16,0 %, втрата працездатності — 14,0 %, порушення сну — 16,0 %,

стомлюваність — 14,0 %, втрата апетиту — 14,0 %, втрата маси тіла — 14,0 %, захопленість почуттям власного тіла — 16,0 %, втрата лібідо — 22,0 % ($p \leq 0,001$). У жінок ГП2 симптомів вираженої депресії не виявлено ($p \leq 0,001$).

Розподіл депресивних симптомів помірного та легко-го ступеня також мав особливості в усіх обстежених жінок ($p \leq 0,001$). Аналізуючи виявлені симптоми за ступенем

вираженості, можна стверджувати, що при достатньо багатій палітрі психопатологічних проявів, за кількістю діагностованих симптомів у жінок в ГП1 та ГП2 за ступенем вираженості вони не досягали клінічного рівня депресії, були у більшості ситуаційними та не відповідали клінічним ознакам депресивних розладів відповідно до МКХ-10.

Таблиця 5. Розподіл діагностованих симптомів депресії за вираженістю у чоловіків груп дослідження (шкала Бека), %

Симптоми	Ступінь вираженості симптомів														
	0 (0—9 балів)			1 (10—15 балів)			2 (16—19 балів)			3 (20—29 балів)			4 (30—63 бали)		
	ДГ1	ДГ2	ДГ3	ДГ1	ДГ2	ДГ3	ДГ1	ДГ2	ДГ3	ДГ1	ДГ2	ДГ3	ДГ1	ДГ2	ДГ3
<i>Когнітивна афективна субшкала</i>															
1. Настрій	44,9	45,0	48,5	43,9	46,8	49,5	11,2	8,1	1,9	—	—	—	—	—	—
2. Песимізм	47,7	45,9	48,5	47,7	45,9	50,5	4,7	8,1	1,0	—	—	—	—	—	—
3. Відчуття неспроможності	46,7	44,1	46,6	45,8	45,9	50,5	7,5	9,9	2,9	—	—	—	—	—	—
4. Незадоволеність	46,7	46,8	46,6	44,9	45,0	49,5	8,4	8,1	3,9	—	—	—	—	—	—
5. Почуття провини	48,6	44,1	47,6	45,8	46,8	46,6	5,6	9,0	5,8	—	—	—	—	—	—
6. Відчуття, що буду покараний	49,5	45,9	48,5	47,7	47,7	47,6	2,8	6,3	3,9	—	—	—	—	—	—
7. Відраза до самого себе	47,7	45,0	49,5	46,7	45,9	46,6	5,6	9,0	3,9	—	—	—	—	—	—
8. Ідеї самозвинувачення	45,8	46,8	50,5	48,6	44,1	47,6	5,6	9,0	1,9	—	—	—	—	—	—
9. Суїцидальні думки	44,9	45,0	51,5	46,7	43,2	46,6	8,4	11,7	1,9	—	—	—	—	—	—
10. Слізливість	43,9	46,8	49,5	48,6	42,3	47,6	7,5	10,8	2,9	—	—	—	—	—	—
11. Роздратованість	43,0	47,7	48,5	49,5	41,4	49,5	7,5	10,8	1,9	—	—	—	—	—	—
12. Порушення соціальних зв'язків	47,7	45,9	46,6	47,7	45,9	50,5	4,7	8,1	2,9	—	—	—	—	—	—
13. Нерішучість	48,6	44,1	47,6	45,8	46,8	51,5	5,6	9,0	1,0	—	—	—	—	—	—
<i>Субшкала соматизації</i>															
14. Образ тіла	49,5	43,2	46,6	44,9	47,7	49,5	5,6	9,0	3,9	—	—	—	—	—	—
15. Втрата працездатності	48,6	45,9	47,6	47,7	46,8	50,5	3,7	7,2	1,9	—	—	—	—	—	—
16. Порушення сну	47,7	46,8	49,5	48,6	45,9	46,6	3,7	7,2	3,9	—	—	—	—	—	—
17. Стомлюваність	46,7	47,7	49,5	49,5	45,0	48,5	3,7	7,2	1,9	—	—	—	—	—	—
18. Втрата апетиту	46,7	44,1	46,6	45,8	45,0	49,5	7,5	10,8	3,9	—	—	—	—	—	—
19. Втрата маси тіла	45,8	44,1	46,6	45,8	44,1	50,5	8,4	11,7	2,9	—	—	—	—	—	—
20. Захопленість почуттям власного тіла	44,9	43,2	49,5	44,9	45,0	45,6	10,3	11,7	4,9	—	—	—	—	—	—
21. Втрата лібідо	47,7	42,3	50,5	43,9	45,9	47,6	8,4	11,7	1,9	—	—	—	—	—	—

Таблиця 6. Розподіл діагностованих симптомів депресії за вираженістю у чоловіків груп порівняння (шкала Бека), %

Симптоми	Ступінь вираженості симптомів									
	0 (0—9 балів)		1 (10—15 балів)		2 (16—19 балів)		3 (20—29 балів)		4 (30—63 бали)	
	ГП1	ГП2	ГП1	ГП2	ГП1	ГП2	ГП1	ГП2	ГП1	ГП2
<i>Когнітивна афективна субшкала</i>										
1. Настрій	70,0	82,0	30,0	18,0	—	—	—	—	—	—
2. Песимізм	74,0	84,0	26,0	16,0	—	—	—	—	—	—
3. Відчуття неспроможності	78,0	84,0	22,0	16,0	—	—	—	—	—	—
4. Незадоволеність	70,0	86,0	30,0	14,0	—	—	—	—	—	—
5. Почуття провини	72,0	88,0	28,0	12,0	—	—	—	—	—	—
6. Відчуття, що буду покараний	68,0	82,0	32,0	18,0	—	—	—	—	—	—
7. Відраза до самого себе	70,0	86,0	30,0	14,0	—	—	—	—	—	—
8. Ідеї самозвинувачення	72,0	84,0	28,0	16,0	—	—	—	—	—	—
9. Суїцидальні думки	74,0	82,0	26,0	18,0	—	—	—	—	—	—
10. Слізливість	72,0	84,0	28,0	16,0	—	—	—	—	—	—
11. Роздратованість	68,0	86,0	32,0	14,0	—	—	—	—	—	—
12. Порушення соціальних зв'язків	70,0	82,0	30,0	18,0	—	—	—	—	—	—
13. Нерішучість	76,0	90,0	24,0	10,0	—	—	—	—	—	—
<i>Субшкала соматизації</i>										
14. Образ тіла	74,0	86,0	26,0	14,0	—	—	—	—	—	—
15. Втрата працездатності	70,0	92,0	30,0	8,0	—	—	—	—	—	—
16. Порушення сну	72,0	86,0	28,0	14,0	—	—	—	—	—	—
17. Стомлюваність	74,0	86,0	26,0	14,0	—	—	—	—	—	—
18. Втрата апетиту	70,0	84,0	30,0	16,0	—	—	—	—	—	—
19. Втрата маси тіла	72,0	84,0	28,0	16,0	—	—	—	—	—	—
20. Захопленість почуттям власного тіла	74,0	86,0	26,0	14,0	—	—	—	—	—	—
21. Втрата лібідо	74,0	86,0	26,0	14,0	—	—	—	—	—	—

З наведених у табл. 5 даних видно, що за ступенем вираженості симптоми депресії у більшості чоловіків ДГ1, ДГ2, ДГ3 не досягали вираженого клінічного рівня та були інтерпретовані як «відсутність» або «легка» депресія. Лише від 3,0 до 11,0 % симптомів класифіковано як «помірний» ступінь вираженості ($p \leq 0,05$). У свою чергу, у чоловіків ГП1 та ГП2 (див. табл. 6) виявлені симптоми також не досягали вираженого клінічного рівня та були діагностовані як «відсутність» або «легка» депресія ($p \leq 0,05$).

З урахуванням виявленого розподілу досліджуваних за ступенем вираженості окремих депресивних проявів, відповідно до рекомендацій авторів методики, нами встановлено, власне, рівень депресії. Результати розподілу вираженості депресії за шкалою Бека у досліджуваних групах жінок відображено на рис. 1.

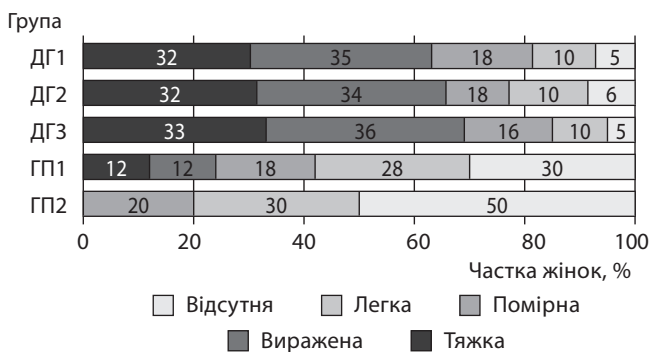


Рис. 1. Розподіл вираженості депресії у групах обстежених жінок (шкала Бека)

Дані рис. 1 в цілому відповідають результатам аналізу діагностованих симптомів депресії за частотою їх зустрічальності (див. табл. 1, 3, 4).

Так, у досліджених жінок ДГ1, ДГ2, ДГ3 легку депресію діагностували, відповідно, у 10,0 % випадків, у ГП1 — у 28,0 % та ГП2 — у 30,0 % ($p \leq 0,05$).

Помірну депресію діагностували, відповідно, у жінок ДГ1, ДГ2, ДГ3 — у 18,0 %, 18,0 %, 16,0 % випадків, у жінок ГП1 — у 18,0 % та ГП2 — у 20,0 % ($p \leq 0,05$).

Виражену депресію діагностували, відповідно, у 35,0 %, 34,0 %, 36,0 % жінок ДГ1, ДГ2, ДГ3, у жінок ГП1 — у 12,0 %, у ГП2 — не виявлено ($p \leq 0,05$).

Тяжку депресію діагностували, відповідно, серед жінок ДГ1, ДГ2, ДГ3 у 32,0 %, 32,0 %, 33,0 % випадків, у жінок ГП1 — у 12,0 %, у ГП2 — не виявлено ($p \leq 0,05$).

Відсутність депресії виявлено у 5,0 %, 6,0 %, 5,0 % жінок ДГ1, ДГ2, ДГ3, у жінок ГП1 — у 30,0 % у ГП2 — у 50,0 % ($p \leq 0,05$).

Результати розподілу депресії за шкалою Бека у досліджуваних групах чоловіків (рис. 2) також збігаються з отриманими раніше даними щодо діагностованих симптомів депресії за частотою їх зустрічальності (див. табл. 2, 5, 6).

Відсутність депресії виявлено у 50,0 %, 49,0 %, 52,0 % чоловіків ДГ1, ДГ2, ДГ3, відповідно, у 67,0 % чоловіків ГП1 та 78,0 % — ГП2 ($p \leq 0,05$).

Легку депресію діагностували у 45,0 %, 45,0 %, та 42,0 % чоловіків ДГ1, ДГ2, ДГ3, відповідно, у 29,0 % чоловіків ГП1 та 20,0 % — ГП2 ($p \leq 0,05$).

Помірну депресію встановлено у 5,0 %, 6,0 %, 6,0 % чоловіків ДГ1, ДГ2, ДГ3, відповідно, у 4,0 % чоловіків ГП1 та у 2,0 % — ГП2 ($p \leq 0,05$).

Виражену та тяжку депресію в обстежених чоловіків не зафіксовано ($p \leq 0,05$).

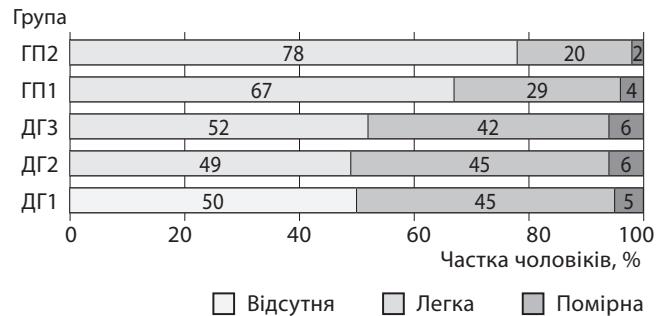


Рис. 2. Розподіл вираженості депресії у групах обстежених чоловіків (шкала Бека)

Таким чином, у жінок з АП та порушенням сімейного здоров'я (ДГ1, ДГ2 та ДГ3) спостерігається динаміка щодо збільшення відносного рівня депресії з посиленням її ступеня вираженості з піком на рівні «вираженого ступеня». У інших обстежених, у жінок ГП1 та ГП2 та чоловіків усіх груп спостерігається зниження відносного показника рівня депресії при наростанні її ступеня вираженості.

Підсумовуючі проведену роботу, можна констатувати про встановлені нами тенденції щодо стану афективної сфери у подружжя з різним станом здоров'я сім'ї та залежною поведінкою у жінок.

Найбільше ураження психічного стану з тенденцією до вираженого депресивного реагування з залученням і афективно-когнітивної, і соматичної сфер, спостерігалось у жінок з залежною поведінкою та порушенням здоров'я сім'ї. Тип превалюючої аддикції у цьому разі не мав особливого значення.

Жінки з некомпроментованим аддиктивним статусом та проблемними родинними відносинами демонстрували наявність ознак афективно-когнітивного депресивного реагування, проте, значно меншої інтенсивності та клінічної різноманітності.

Жінки зі здорових сімей відрізнялися нормативними показниками афективної сфери, демонструючи наявність у половини з них окремих донозологічних ознак депресії.

Психічний стан чоловіків з неблагополучних родин, дружини яких мали аддиктивні проблеми, характеризувався наявністю різноманітних окремих ознак депресивного реагування (в основному, афективно-когнітивного), які не досягали клінічно значущої вираженості.

Чоловіки з негармонійних родин з дружинами без проявів АП, в цілому, не проявляли ознак клінічно вираженого афективного реагування на дисгармонійну сімейну ситуацію (помірний рівень депресії діагностовано у 4 %).

Чоловіки з гармонійних родин відрізнялися станом загального психологічного благополуччя, з окремими мозаїчними ознаками стурбованості або пригніченості.

Отримані дані були покладені нами в основу під час розроблення системи психологічної корекції та психо-профілактичної підтримки здоров'я сім'ї за наявності АП у жінок.

Список літератури

1. Кришталь В. В. Любовь и секс как лечебный фактор / В. В. Кришталь // Медицинская психология — 2006. — № 2. — С. 14—19.
2. Кришталь В. В. Системная семейная психотерапия нарушенной здоровья семьи / В. В. Кришталь // Там же. — 2007. — Т. 1. — № 2. — С. 3—8.
3. Markova M. Behavioral addiction as a codependence's manifestation of wife men with alcohol dependence / M. Markova,

V. Yarus // WPA Congress "Psychiatric epidemiology meets genetics: the public health consequences", 29.03—01.04.2016, Munich : Book of Abstracts. — P. 54—55.

4. Савіна М. В. Структурні й феноменологічні особливості аддиктивної поведінки у жінок з порушенням сімейної взаємодії / М. В. Савіна // Український вісник психоневрології. — 2016. — Т. 24, вип. 1 (86). — С. 111—115.

5. Аддиктивный статус и метод его комплексной оценки при помощи системы AUDIT-подобных тестов / [Линский И. В., Минко А. И., Артемчук А. Ф. и др.] // Психическое здоровье. — 2010. — № 6(49). — С. 33—45.

Надійшла до редакції 30.03.2016 р.

САВІНА Майя Василівна, кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна Міністерства освіти України, м. Харків

SAVINA Maiia, MD, PhD, Associate Professor, Lecturer of Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology of the V. N. Karazin's Kharkiv National University of Ministry of Education of Ukraine, Kharkiv

УДК 616-036.62:[616.895.87-06:616.89-008.441.13-085.214-036.66]

А. М. Скрипніков, П. В. Кидонь

АНАЛІЗ МОТИВІВ ВІДМОВИ ВІД ПІДТРИМУЮЧОЇ АНТИПСИХОТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ, ПОЄДНАНУ З ВЖИВАННЯМ КАННАБІНОЇДІВ, У ПЕРІОД ПЕРШОЇ РЕМІСІЇ

А. Н. Скрипніков, П. В. Кидонь

Анализ мотивов отказа от поддерживающей антипсихотической терапии у больных параноидной шизофренией, сочетанной с употреблением каннабиноидов, в период первой ремиссии

А. М. Skrypnikov, P. V. Kydon

The analysis of motives of refusal from maintenance antipsychotic therapy among the patients with paranoid schizophrenia, combined with the cannabinoids, using during the first remission

Метою даної роботи було визначення мотивів відмови від прийому підтримуючої антипсихотичної терапії у хворих на параноїдну форму шизофренії, поєднану з вживанням каннабіноїдів, в період першої ремісії шизофренічного процесу. Було обстежено 173 хворих на параноїдну шизофренію, поділених в процесі дослідження на дві клінічні групи. Дослідження включало клініко-психопатологічне обстеження, організоване у формі напівструктурованого клінічного інтерв'ю. Виявлено, що у пацієнтів, які страждають на параноїдну форму шизофренії з супутнім вживанням каннабіноїдів, і хворих без наркологічної патології мотиви відмови від підтримуючої антипсихотичної терапії відрізняються, що може бути використано при розробленні профілактичних та реабілітаційних заходів під час першої ремісії у даної групи хворих.

Ключові слова: мотиви, антипсихотична терапія, параноїдна шизофренія, каннабіноїди

Целью данной работы было определение мотивов отказа от приема поддерживающей антипсихотической терапии у больных параноидной формой шизофрении, сочетанной с употреблением каннабиноидов, в период первой ремиссии шизофренического процесса. Было обследовано 173 больных параноидной шизофренией, разделенных в процессе исследования на две клинические группы. Исследование включало клинико-психопатологическое обследование, организованное в форме полуструктурированного клинического интервью. Выявлено, что у пациентов, страдающих параноидной формой шизофрении с сопутствующим употреблением каннабиноидов, и больных без наркологической патологии мотивы отказа от поддерживающей антипсихотической терапии отличаются, что может быть использовано при разработке профилактических и реабилитационных мероприятий во время первой ремиссии у данной группы больных.

Ключевые слова: мотивы, антипсихотическая терапия, параноидная шизофрения, каннабиноиды

The aim of this study was to determine the motives of the refusal from maintenance antipsychotic therapy in patients with paranoid schizophrenia, combined with the cannabinoids using during first remission of schizophrenic process. There were examined 173 patients with paranoid schizophrenia, which were divided into two clinical groups. The study included clinical-psychopathological examination, organized in the semi-structured clinical interview form. It was revealed that motives of refusing from maintenance antipsychotic therapy in patients with paranoid form of schizophrenia with concomitant using of cannabinoids and patients without addictive pathology are different, which may be used in the development of preventive and rehabilitation measures during the first remission in such patients.

Key words: motives, antipsychotic therapy, paranoid schizophrenia, cannabinoids

Згідно з сучасними науковими дослідженнями, майже 50 % пацієнтів, хворих на шизофренію, мають супутній розлад, спричинений вживанням психоактивних речовин. Найчастіше спостерігаються поєднання шизофренії та алкогольної та/або каннабіноїдної залежності (приблизно в три рази частіше, ніж у загальній популяції) [1]. Як свідчать результати катамнестичного дослідження когорти призовників, у осіб, які «інтенсивно вживали каннабіс» до 18 років, шизофренію діагностували в 6,7 рази частіше, ніж у тих, які його не вживали [2]. Підраховано, що близько 8 % випадків шизофренії можна запобігти шляхом виключення вживання каннабісу в популяції. За іншими даними, 53 % пацієнтів з першим епізодом шизофренічного психозу раніше вживали каннабіс [3]. Вищезазначене зумовило актуальність даного дослідження.

© Скрипніков А. М., Кидонь П. В., 2016

Метою роботи було вивчення мотивів відмови від прийому підтримуючої антипсихотичної терапії у хворих на параноїдну форму шизофренії, поєднану з вживанням каннабіноїдів, в період першої ремісії шизофренічного процесу.

У нашому дослідженні ми визначили ремісію як стан низького чи помірного рівня вираженості симптомів шизофренії, що не впливають на поведінку хворого. При цьому їхня вираженість мала бути нижчою того рівня, який необхідний для встановлення початкового діагнозу шизофренії. Цей період перебігу виникає після закінчення психотичного епізоду і характеризується, в першу чергу, ослабленням, зниженням, редукацією проявів хвороби [4]. Для повного оцінення якості ремісії ми враховували не тільки клінічні прояви, а й аспекти соціального та трудового функціонування хворих. Нами було обстежено 173 хворих на параноїдну