

ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Пензеник Ольга Андріївна

На правах рукопису

УДК: 616.9-009:614.253.5

Магістерська робота

**РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ОЦІНЦІ СХИЛЬНОСТІ ДО
НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ПАЦІЄНТІВ СОМАТИЧНИХ
ВІДДІЛЕНЬ**

223 Медсестринство

Науковий керівник:
канд. мед. наук, доц. Рега Н.І.

Тернопіль -2021

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	7
1.1 Загальні закономірності формування невротичних розладів у соматичних пацієнтів	7
1.2 Особливості впливу різних чинників на виникнення та перебіг невротичних розладів у соматичних пацієнтів	11
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	14
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ	35
3.1. Загальна характеристика обстежених хворих	35
3.2. Соціально психологічні особливості психотравмуючих факторів у соматичних хворих	38
3.3. Вплив соціально – психологічних особливостей сім'ї на розвиток та перебіг невротичних розладів у соматичних пацієнтів	52
ВИСНОВКИ	56
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	58

ВСТУП

Актуальність проблеми. У нашому суспільстві психіка окремої людини зазнає все більших випробувань. Катастрофічно зростає кількість хворих невротичними розладами, причому більшість пацієнтів спостерігається в загально медичній мережі. Так, з початку теперішнього століття до нашого часу число таких хворих в 15-ти економічно найбільш розвинутих країнах світу виросло з 2,4 до 148,1 на 1000 населення(збільшилось в 61,7 разів) [1].

Причина цього зростання у поєднанні особливостей життя, характерних для країн розвиненого промислового та науково технічного рівня з високими показниками інформаційного потоку індивідуально значимої інформації, прискоренні темпу життя, порушенні біологічних добових ритмів, міграції населення, зниженні біологічної активності, насамперед рухової [1], а також у міжособових конфліктах (сімейних, вікових, побутових, службових), негативних емоціях, що виникли на базі незадоволених біологічних потреб, зіткненні емоційно значимих особистісних стосунків, в життєво значимій ситуації, якою нерідко буває хвороба, особливо хронічна [3 – 8, 44 - 46].

Неодмінною умовою сучасних знань про людину є постулат про єдність тіла і психіки. Сучасна психологія обов'язково враховує вплив стану тіла на психіку і дію психіки на соматичний стан.

У зв'язку з цим особливої актуальності набувають дослідження впливу різних факторів на формування невротичних розладів. Ряд авторів висловлюють думку, що існує недостатньо досліджень, направлених на вивчення сімейних конфліктів, як з точки зору їхніх зовнішніх проявів, так і глибоких внутрішніх протиріч, які визначають конфліктні відносини у сім'ї. Проблема сімейних взаємовідносин є надзвичайно актуальною у розробці теорії та практики психогігієни та психопрофілактики [13 - 16].

У патогенезі соматичних захворювань важливу роль відіграють психологічні фактори, знання типів реагування соматичних хворих на свій

стан, які можуть бути використанні, поряд із специфічним біологічним лікуванням, для психотерапевтичного впливу з метою усунення окремих симптомів недуги, а також ефективності лікування.

Головною характеристикою стратегії психотерапії та фармакотерапії при невротичних розладах у цілому є необхідність комплексної терапії, яка спрямована на усунення або послаблення спектру клінічних проявів (психоемоційних, вегетативних, астеничних і т.д.).

Чим більше вдається позбавити хворого від страху перед обстеженням, лікуванням і наслідками недуги, тим успішніше можна попередити дисимуляцію. Звичайно, велике значення мають і соціальні умови. Велику роль (нерідко основну) відіграють медичні сестри, які, на відмінно від лікаря, постійно спостерігають за хворим.

Усе наведене диктує необхідність комплексного вивчення клініко-психопатологічних та соціально - психологічних особливостей невротичних розладів для розробки нових підходів до діагностики і терапії даної патології та визначає актуальність проведеного дослідження.

Метою роботи стало:

- 1. Дослідження типів реагування на хворобу у соматичних пацієнтів з супутніми невротичними розладами
- 2. Виявлення особливостей впливу сучасних факторів на формування і перебіг невротичних захворювань.
- 3. На основі отриманих даних розробка рекомендацій щодо психокорекції та оптимізації якості життя соматичних пацієнтів із невротичними розладами.

Об'єкт дослідження:

Внутрішня картина хвороби та вид реагування на невротичні розлади.

Предмет дослідження:

Соціально – психологічні та патопсихологічні особливості та закономірності впливу різних чинників на типи реагування на хворобу.

Завдання:

- Вивчити етіопатогенетичне значення різних факторів у розвитку невротичних розладів.
- Виявити типи реагування на хворобу.
- Проаналізувати особливості сучасних психотравмуючих соціальних факторів, їх взаємодію та вплив на виникнення невротичних розладів у соматичних пацієнтів.
- Розробити рекомендації щодопсихокорекції, психотерапії та покращення якості соціального функціонування соматичних пацієнтів із невротичними розладами.

Методи дослідження:

- теоретичні – історико-порівняльний аналіз наукової літератури,
- загальнонаукові методи (аналіз, синтез, індукція, дедукція, абстрагування, систематизація, узагальнення, класифікація та ін.);
- емпіричні – анкетування, бесіда, тестування, самооцінювання;
- методи математичної статистики – якісний та кількісний аналіз результатів; їх математична, графічна обробка й інтерпретація.

Наукова новизна дослідження:

- Досліджено особливості сучасних психотравмуючих чинників.
- Вивчено психопатологічну структуру та особливості формування невротичного розладу під впливом різних факторів.
- Вивчено типи реагування на невротичні розлади.
- Розроблено обґрунтовані принципи психокорекції, та покращення якості життя пацієнтів з невротичними розладами.

Практичне значення:

- Визначено вплив різних чинників і проведена їх систематизація.
- Подані особливості сучасних психотравмуючих ситуацій.
- Проведено вивчення типів реагування на хворобу.
- Розроблено принципи психокорекції для пацієнтів з невротичними розладами.

Апробація результатів дослідження: результати роботи доповідалися на підсумкових науково-практичних конференціях ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України» та публікувалися у науково-практичному журналі «Медсестринство».

Структура та обсяг. Робота викладена на 51 сторінках, складається зі вступу, розділу власних досліджень, загальних висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел та містить рисунки і таблиці.

РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1. Загальні закономірності формування невротичних розладів у соматичних пацієнтів.

Будь-яка хвороба в тій чи іншій мірі змінює життєдіяльність організму, а отже впливає на фізичний і психічний стан людини. В свою чергу зміна функціонування психіки призводить до видозміни певних проявів захворювання. Тобто, ясно проявляються взаємовпливи хвороби та психіки. Простежимо основні з них стосовно кожної сфери психічної діяльності.

На сучасному етапі найбільш поширена та прийнята модель формування невротичних розладів включає обов'язковість, взаємодію та сукупність наступних факторів:

- преморбідні характерологічні особистісні особливості;
- різні діючі протягом життя шкідливі фактори, які можуть змінити реактивність організму, ослабити, сенсibiliзувати нервову систему, зробити її вразливішою.

Ведучою причиною невротичного розладу, на думку більшості авторів, являються фактори психологічні: психологічна криза, психоемоційний стрес, те, що називають психічними травмами (психогенії). Психічні травми, що ведуть до виникнення невротичних розладів, можуть бути найрізноманітнішими: переживання пов'язанні з психологічним кліматом, втратами, конфліктами, неприємностями в сім'ї, і т.д. це можуть бути будь-які екстремальні події, що викликають переляк: ситуації позбавлення, деривації (емоційна, сенсорна, соціальна), особливо поява серйозного захворювання [19 - 21].

Літературні дані про проблему етіології невротичних розладів на даний час є досить дискусійними. Обумовленість невротичних розладів різними чинниками визначається більшістю дослідників [22 - 30]. Ними визначається фактор психічної травматизації основним у розвитку невротичних розладів,

наслідувачі даної концепції надають важливого значення факторам біологічної та соціальної природи. Погіршення фізичного здоров'я розглядається як важливий фактор стресового впливу, звідси і виникають переживання загрози для особистого життя, страх перед настанням фізичної та психічної неспроможності та немочі. Таке становище пояснюється, з одного боку збільшенням у структурі населення питомої ваги людей немолодого і похилого віку, а з іншого – біологічними та психічними особливостями адаптації у цій віковій групі (критичний стан нейрогуморальної, нервово-психічної, серцево-судинної, мотиваційної, когнітивної та поведінкової сфер особистості), які роблять людину найбільше вразливою до негативного впливу біогенного, соціального та інформаційно-техногенного середовища[2, 38 - 40].

Більшість хворих з несприятливим затяжним перебігом невротичних розладів при обстеженні виявляли спадкову обтяженість щодо психічних (неврози, алкоголізм, психопатії, психози та ін..) або соматичними (БА, виразкова та гіпертонічна хвороби, ендокринопатії) захворювань [2, 43].

За останні роки в нашій країні встановилося краще розуміння різних патологічних станів (невротичних, тривожних, депресивних) у клініці внутрішніх захворювань у зв'язку з розвитком такого нового напрямку медицини як психосоматика та соматопсихологія. Ці терміни були запропоновані давно. Термін «психосоматика» запропонував у 1818 р. J. Heinroth. Він вважав багато соматичних хвороб як власне психогені, особливо в морально-етичному аспекті. Трохи пізніше М. Якобі запропонував термін «соматопсихічні хвороби» в протилежному значенні, який доповнив поняття «психосоматичної хвороби». До лікарської лексики терміни «психосоматичні хвороби» та «соматопсихіатричні хвороби» у 1922 р., запропонував F. Deutsch. Сьогодні значення цих термінів пов'язують з хворобами, у виникненні і прогресуванні яких важливу роль відіграють психологічні, фактори та особливі риси особистості. Психосоматичні розлади зараз включають не лише власне психосоматичні хвороби, але й багато інших порушень –патологічні психогенні реакції на різні соматичні захворювання, а також можуть бути психічні

розлади, які ускладнюються соматичною патологією. Історія сучасної психосоматичної медицини починається з психоаналітичної концепції З. Фрейда, який вказував, що психічна травма може проявлятися соматичними ознаками. Він також довів, в, що при цьому має місце так звана «соматична готовність» – чинник, який визначає «вибір органа». Ф. Александер, як послідовник З. Фрейда, створив теорію емоційних конфліктів, які виражено впливають на стан внутрішніх органів. Спочатку сильне емоційне напруження дає супутні вегетативні зміни, і далі можуть виникати органічні зміни органів та тканин і, як результат, розвиток незворотного соматичного органічного захворювання. З іншого боку розуміння значення виникнення розладів психоемоційної сфери у відповідь на гостре чи хронічне захворювання внутрішніх органів, набуває великого значення на сучасному етапі у зв'язку із зростанням частоти межових нервово-психічних розладів у всіх країнах світу. Ця ситуація пов'язана з цілою низкою чинників: урбанізацією, прискоренням темпу життя людей, зміною способу їх життя, зростанням соціального напруження, частими воєнними конфліктами тощо. Зрозуміло, що це торкається і України, яка переживає соціальну кризу вже тривалий час. Ця криза призводить до зниження рівня життя людей, вимушеної трудової міграції (заробітчанства), цілковитого безробіття або зміни роботи із втратою професійного статусу. Слід відмітити, що особливо від цього страждають хворі на хронічні соматичні захворювання внутрішніх органів, які потребують тривалого кваліфікованого амбулаторного та стаціонарного лікування та тривалої і дорогою вартісної медикаментозної терапії. Терапевтам поліклінік, сімейним лікарям амбулаторії та спеціалістам стаціонарів часто доводиться мати справу з пацієнтами, які мають супутні психічні розлади. Як показує практика, у хронічних терапевтичних хворих часто спостерігаються такі симптоми, які важко пояснити проявом тільки основного соматичного захворювання. Такі пацієнти часто відвідують різних лікарів, тривалий час детально обстежуються в поліклінічних та стаціонарних умовах, часто викликаючи роздратування у багатьох лікарів. Тому правильна діагностика та

лікування цих пацієнтів може покращити їх стан та зменшити навантаження на сімейних лікарів та фахівців стаціонарів, а також скоротити час госпіталізації. Власне для лікаря-терапевта є дуже важливі питання своєчасного діагностування психічних розладів у соматичних терапевтичних пацієнтів. Знання пускових факторів, основних механізмів розвитку цих розладів та особливостей їх клінічних проявів в осіб із різноманітною патологією внутрішніх органів звичайно допоможе лікарю-терапевту глибше зрозуміти страждання пацієнта, покращити прогноз основного соматичного захворювання, забезпечити адекватну соціальну адаптацію хворого та в цілому підвищити якість життя та пацієнта. Діагностика психічного розладу у соматичного хворого має бути такою ж повною, як і діагностика основного терапевтичного захворювання, тобто лікар повинен визначити основні психопатологічні симптоми і синдроми, їх тип та вираженість, оцінити ступінь їх патологічного впливу на перебіг та наслідки основного терапевтичного захворювання та провести відповідне комплексне лікування пацієнта з включенням психофармакологічних засобів. У практиці лікарів-терапевтів зустрічаються різні соматопсихічні синдроми, але найчастіше у соматичних хворих зустрічаються 4 клінічні синдроми: вегетативний, невротичний, тривожний та депресивний. Практично 70-90% пацієнтів із соматичними захворюваннями відчувають почуття тривоги. Слід відзначити, що тривога є нормальною реакцією на будь який стресовий чинник та переживається кожною людиною неодноразово протягом життя. Однак у хворого часто виникають патологічні тривожні розлади, при яких ступінь вираженості психоемоційної відповіді спричиняє дискомфорт як для хворого, так і для людей, що його оточують, заважає жити та працювати повноцінно [30 - 31]. . В цілому взаємодію психопатологічного синдрому з основним терапевтичним соматичним захворюванням можна навести у вигляді таких взаємовідносин:

1. Соматична хвороба є безпосередньою причиною розвитку психопатологічного синдрому.

2. Соматична хвороба пришвидшує появу психопатологічних синдромів у осіб, які мають схильність до них.

3. Психічний розлад виникає як реактивний стан на важку хронічну соматичну хворобу.

4. Соматична хвороба і психічний розлад не пов'язані між собою.

У першому та другому випадку основна терапевтична лікувальна тактика має бути спрямована на лікування соматичного захворювання. В третьому варіанті слід поряд із лікуванням основної соматичної хвороби проводити психотерапевтичну корекцію [51].

1.2. Особливості впливу різних чинників на виникнення та перебіг невротичних розладів у соматичних пацієнтів

На думку багатьох авторів [9 - 12]. , постійні стресові дії відчувають усі люди, незалежно від достатку. У добре забезпечених свої проблеми, яких теж немало – ризиковані фінансові операції, непорядність ділових партнерів, постійне банкрутство банків, незаконні справи і багато іншого. Переосмислення життєвої мети і розпад встановлених ідеалів і авторитетів, нерідко приводить до втрати «змісту життя». Зубожіння, що торкається основних шарів населення, недовіра до обіцянок керівництва, відсутність реальних надій на покращення ситуації також сприяють розвитку кризи ідентичності особистості.

Соціальні катаклізми, особливо, війни завжди виявляють вплив на появу хвилі невротичних проявів та невротичних розладів особи у солдат та населення, що знаходяться у зоні конфлікту або задіяних навіть на емоційному рівні у цій катастрофі. Типовими важкими стресорами є також природні та транспортні катастрофи, нещасні випадки, присутність при насильницькій смерті інших, розбійний напад, тортури, звалтування, пожежа [3, 4].

Крім негативних особистісних хвилювань, які доводиться переносити кожній людині, негативний вплив на психіку має і постійний, швидкий

зростаючий потік інформації, пов'язаний з науково – технічним прогресом. Багато спеціалістів прирівнюють ЗМІ (засоби масової інформації) до зброї масового ураження, здатної змінити поведінку цілих народів. Негативна інформація діє на психіку поступово, розгальмовуючи глибинні інстинкти і потяги. Так формуються стереотипи: «все дозволено», «єдиний шлях вирішення конфліктів – це сила». Зникає гострота протесту проти насильства, вбивства.

Нестабільність суспільства в цілому породжує нестабільність сім'ї, як окремої суспільної одиниці. Це відображається на усіх рівнях сімейного існування: економічному, комунікативному, побутовому, духовному. Фінансова незахищеність сім'ї руйнує відчуття впевненості один в одному, що тягне за собою розпад сімейних відносин. У теперішній час сім'я стала нуклеарною, тобто: діти і батьки. З одного боку життя в такій сім'ї стало простішим, демократичнішим, вільнішим від старших поколінь і мобільнішим. З іншого боку на передній план виходять міжособистісні відносини. Для дитини прикладом стає життєва стратегія двох головних дорослих людей у його житті - матері та батька. Якщо обоє батьків мають проблеми у взаємовідносинах, це створює у сім'ї напруження. Першою це відчуває і реагує на це, дитина [35 - 37].

Отже, діяльність органів і систем безпосередньо пов'язана з діяльністю психіки людини. Тому патологічний процес, викликаючи зміну функціонування внутрішніх органів, обов'язково призводить до зміни психічної діяльності і навпаки [17 - 18].

Медичний працівник завжди повинен пам'ятати, що лікувати треба не хворобу, а хворого. Картина хвороби є по своїй сутності суб'єктивним сприйманням її хворим. Вона має 4 основні сторони:

- 1) сенсорну (локальні болі і розлади),
- 2) емоційну (страх, тривога, депресія, надія, тобто емоційні переживання),
- 3) вольову (зусилля хворого справитись з хворобою, потурбуватись про обстеження і лікування і довести їх до кінця),
- 4) раціональну і інформативну (знання про хворобу і її оцінка).

Психічні процеси всіх цих сторін переплітаються в різних комбінаціях.

Аналізуючи літературні дані, ми можемо відмітити, що більшість авторів все частіше починають звертатися до особливостей впливу різних чинників в етіопатогенезі невротичних розладів. У житті пацієнта в останні роки зростає роль сім'ї, друзів, товаришів, мікроколективу на роботі та інших значимих людей в житті пацієнта [22 - 28].

Відмічається велике значення соціальних чинників для патогенетичних механізмів невротичних розладів [29 - 34].

У патогенезі соматичних захворювань важливу роль відіграють психологічний фактор, знання типів реагування соматичних хворих на свій стан, які можуть бути використанні, поряд із специфічним біологічним лікуванням, для психотерапевтичного впливу з метою зміни ставлення тільки усуненню окремих симптомів недуги, а й ефективності лікування.

Головною характеристикою стратегії психотерапії та фармакотерапії при невротичних розладах у соматичних пацієнтів є необхідність комплексної терапії, яка спрямована на усунення або послаблення спектру клінічних проявів (психоемоційних, вегетативних, астеничних і т.д.) [47 - 50].

Чим більше вдається позбавити хворого від страху перед обстеженням, лікуванням і наслідками недуги, тим успішніше можна попередити дисимуляцію. Звичайно, велике значення мають і соціальні умови. У виявленні агравації, симуляції і дисимуляції велику роль (нерідко основну) відіграють медичні сестри, які, на відмінно від лікаря, постійно спостерігають за хворим.

Усе відзначене диктує необхідність комплексного вивчення клініко-психопатологічних та соціально - психологічних особливостей невротичних, а особливо невротичних розладів в умовах сучасного патоморфозу для розробки нових підходів до діагностики і терапії даної патології та визначає актуальність проведеного дослідження.

РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Загальна характеристика методів дослідження.

У роботі було використано комплекс методів, який включав клініко-психопатологічний та соціально-психологічний методи.

Клініко-психопатологічне дослідження включало вивчення скарг хворого, анамнезу життя і хвороби та сомато-неврологічного стану. Анамнестичне дослідження включало детальний аналіз життя і хвороби. Основна увага зосереджувалась на головних елементах життя хворого (дитинство, школа, робота, сім'я), його особистісні особливості, їхні зміни на вказаних етапах, види реагування, участь у суспільному житті, ступінь соціальної інтроверсії. Зверталась увага на період статевого розвитку, створення сім'ї, незадовільних сімейних відносин.

Відомо, що для хворих на невротичні розлади характерним є наявність мікросоціальних конфліктів. Останні незалежно від характеру психотравми спостерігалися у різних сферах діяльності пацієнтів. Це конфлікти у вигляді незадоволеності від ставлення до них близьких, друзів, співробітників, неслухняністю дітей, схильністю до негативної оцінки поведінки людей, з якими вони спілкуються, побутових чи життєвих умов.

Бралися до уваги особиста схильність пацієнтів до виникнення невротичних розладів, преморбідні особливості особистості, визначалися домінуючі риси характеру людини, ступінь активності, ініціативність, тип нервової системи, ступінь інтра-екстравертності, ініціативності.

Преморбід особистості - якою була особистість перед захворюванням. При цьому мають значення, головним чином, наступні фактори:

Вік: в дитячому віці на перше місце виходить емоційна, безпосередньо інстинктивна (першосигнальна) сторона хвороби і ситуація навколо неї: біль, боязнь болю і всього невідомого, розлука з батьками, обмеження свободи пересування. В старості велике значення має боязнь самотності в хворобі, страх смерті. Старша людина часто ототожнює себе з своїми однолітками, друзями

або родичами, котрі поступово умирають, порівнюють їх захворювання з своїми хворобами, задумуються чи не підійшла їх черга. Побоювання і невпевненість нерідко посилюються поведінкою лікаря, який обстежив хворого, але не проявив до нього належного розуміння і інтересу. В середньому віці відходять на задній план явища, що супроводжують хворобу-біль, стан невизначеної тривоги тощо, а найбільше значення набувають побоювання наслідків хвороби. Ці наслідки можуть бути безпосередніми, наприклад, звільнення з роботи, зниження заробітної платні, з ускладненням відносин у сім'ї, що впливають з цього, або довготривалими, наприклад, переведення на іншу роботу, проблеми подальшого життя, часткова або повна втрата працездатності, зміна членів сім'ї по відношенню до хворого у сім'ї.

Ступінь загальної чутливості до неприємних факторів, наприклад, до болю, шуму, незвичних лікарняних запахів. Тут мають значення вроджені якості, виховання, тренування і досвід. В цьому плані є некоректним говорити про розпещеність, низьку опірність організму і недостатнє загартовування. Потрібно сприймати як реальність, що хворі з підвищеною чутливістю реагують на неприємні подразники більш виражено, ніж інші. Але підвищена чутливість не є протипоказом для детального обстеження пацієнта. Хворі з підвищеною опірністю, навпаки, недооцінюють свої відчуття, зневажливо відносяться до своєчасного обстеження і лікування. Ось чому необхідно пояснити таким хворим можливість неприємних наслідків зневажливого відношення до себе.

Темперамент хворого. Емоційні хворі більш схильні до страху, жалю, в більшій мірі коливаються між безнадійністю і оптимізмом. Більш стримані натури відносяться до своєї хвороби розсудливіше. Необхідно особливо підкреслити, що зовнішні прояви і особливо демонстрація впевненого виразу не завжди відповідає внутрішньому емоційному стану хворого.

Соціальне становище хворого. Для більшості хворих недуга означає соціальні невігоди і економічні втрати, тому вони намагаються якомога швидше одужати. Але інколи, хвороба, а точніше тимчасова непрацездатність,

може бути джерелом певних вигод (використання листка непрацездатності для особистих справ). Завжди була проблема так званих «дуже важливих персон». Раніше в нашій країні для них функціонували спеціальні лікувальні заклади. Зараз крім осіб, що займають високе становище в суспільстві, з'явилися нові категорії людей, які претендують на це становище. Це новоявлені збагачені громадяни, які претендують на особливе відношення до них. Вони вимагають застосування найбільш сучасних методів обстеження, інколи самі оплачують їх. За ходом їхнього лікування повинні (на їх переконання) слідкувати «медичні світила», їх лікарняна палата «повинна» бути максимально комфортабельною, тощо.

У зв'язку з вищеописаним, детально аналізувалися взаємовідносини на роботі, наявність друзів, характер відпочинку, особливості поведінки протягом різних етапів життя, стійкість до психотравмуючих ситуацій, особливості реагування на останні.

Історія хвороби вивчалася та аналізувалася за загальноприйнятою схемою. При цьому враховувався психосоматичний фон, на якому виникали невротичні розлади. Надавалося важливе значення характеру психотравми, темпу, ритміці та змісту психотравмуючої ситуації, відношенню пацієнтів до виниклої патології, методам боротьби, які застосовували досліджувані пацієнти.

При клінічному обстеженні детально досліджувалися та оцінювалися соматичні, неврологічні та психічні функції організму хворих, вивчалися також консультації вузьких спеціалістів. Соматичний статус хворого досліджувався за загальноприйнятою методикою. При цьому особлива увага зверталася на органи та системи, які виділялися в патопсихологічній інтерпретації хворих. Психічний статус досліджувався нами за загальноприйнятою схемою. При цьому виділялися наступні моменти:

- ступінь контакту з хворим,
- його жести (амплітуда, швидкість, темп),
- емоційна насиченість його мови, міміки, рухів.

Слід зауважити, що особлива увага зверталася на емоційну сферу
тип настрою,
стійкість емоційного фону,
швидкість повернення в попередній емоційний стан,
вплив зовнішніх факторів на емоційну сферу,
подразливість,
запальність, в тому числі на штучно створені подразники, моделювання
стресової або емоційно негативної ситуації.

Неврологічний статус досліджувався за загальноприйнятою методикою.

Додатково аналізувалися також лабораторні дослідження, які
проводилися за загальноприйнятою схемою обстеження хворих стаціонарів.

Експериментально – психологічне та соціально – психологічне
дослідження включало ряд тестових методик, які використовувалися як для
пацієнтів, так і для їх родичів: шкала самооцінки Ч.Д.Спілберга та Ю.Д.Ханіна
(ШРОТ), колірний тест Люшера, та тест визначення рівня психопатизації та
невротизації (РПН), Н.Б.Ласко. Окрім того, використовувалися створені на
кафедрі психіатрії ТНМУ опитувальники, а саме: «Соціальні фактори, що
впливали на розвиток невротичних розладів», «Вивчення сімейної ситуації у
зв'язку з проблемою здоров'я.

Експериментально-психологічне вивчення хворих було спрямоване в
основному на визначення особистісних особливостей, ступеня тривожності
пацієнтів. Як реакція людини, тривога виникає на різноманітні стреси, частіше,
психогенного, соціально-психологічного характеру і характеризується різною
інтенсивністю, зміною у часі, наявністю усвідомлених неприємних хвилювань,
неспокоєм, вираженою активацією діяльності вегетативної нервової системи.
Особистісна тривожність – це відносно постійна властивість людини бачити
загрозу своєму благополуччю в найрізноманітніших ситуаціях. Особистісна
тривожність полегшує виникнення реакції тривоги. Шкала Спілберга приховує
диференціацію факторів особистісної та реактивної тривоги, тому, ми вважали
доцільним використати шкалу самооцінки особистісної та реактивної

тривожності Ч.Д.Спілберга та Ю.Д.Ханіна, яка розрізняє поняття тривоги, як стану і тривожності, як риси особистості; враховує диференціацію факторів особистісної та реактивної тривоги, що є необхідним для вивчення пацієнтів з невротичними розладами. Цей опитувальник складається з двох під шкал. Підшкала особистісної тривожності включає 20 тверджень, які обстежуваний має оцінити по 4-бальній шкалі: «майже ніколи», «іноді», «часто», «майже завжди». Приклади тверджень по цій підшкалі: я занадто турбуюсь через дрібниці, я намагаюся уникати критичних ситуацій та труднощів. Підшкала реактивної тривоги також складається з 20 тверджень. З них 10 – стверджують, а 10 – заперечують наявність тривоги. Оцінка тверджень: «ні», «скоріше всього, ні», «скоріше всього так», «так». Приклади тверджень по шкалі реактивної тривоги: я не знаходжу собі місця, мені ніщо не загрожує. Шкала Спілберга-Ханіна досить проста у використанні. Її відносять до експрес-методик і її застосування не потребує багато часу. Шкала містить орієнтовні нормативи: низький рівень тривоги – 20-34 бали, середній рівень тривоги – 35-44 бали, високий рівень – 46 балів і вище.

Текст методики ШРОТ

Інструкція: Залежно від самопочуття в даний МОМЕНТ, вкажіть найбільш підходячу для Вас цифру: «1» - ні, це зовсім не так; «2» - мабуть так; «3» - вірно; «4» - абсолютно вірно:

№пп	Судження СТ	Ні, це зовсім не так	Мабуть так	Вірно	Абсолютно вірно
1	Ви спокійні	1	2	3	4
2	Вам ніщо не загрожує	1	2	3	4
3	Ви знаходитесь в напрузі	1	2	3	4
4	Ви відчуваєте співчуття	1	2	3	4
5	Ви відчуваєте себе вільно	1	2	3	4
6	Ви засмучені	1	2	3	4

7	Вас хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Ви відчуваєте себе відпочившою людиною	1	2	3	4
9	Ви стривожені	1	2	3	4
10	Ви відчуваєте почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11	Ви впевнені в собі	1	2	3	4
12	Ви нервуєте	1	2	3	4
13	Ви не знаходите собі місця	1	2	3	4
14	Ви напружені	1	2	3	4
15	Ви не відчуваєте скутості і напруги	1	2	3	4
16	Ви задоволені	1	2	3	4
17	Ви стурбовані	1	2	3	4
18	Ви дуже збуджені і Вам не по собі	1	2	3	4
19	Вам радісно	1	2	3	4
20	Вам приємно	1	2	3	4

Інструкція до другої групи суджень про самопочуття: Прочитайте (прослухайте) уважно кожне з наведених нижче пропозицій і закресліть (запишіть) підходячу для Вас цифру справа залежно від того, як Ви себе почуваєте ЗВИЧАЙНО: цифри справа означають «1» - майже ніколи; «2»- іноді; «3»- часто; «4»- майже завжди.

№пп	Судження ОТ	Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
1	Ви відчуваєте задоволення	1	2	3	4
2	Ви швидко втомлюєтеся	1	2	3	4
3	Ви легко можете заплакати	1	2	3	4
4	Ви хотіли б бути такою ж щасливою людиною, як і інші	1	2	3	4

5	Буває, що Ви програєте через те, що недостатньо швидко приймаєте рішення	1	2	3	4
6	Ви відчуваєте себе бадьорим чоловіком	1	2	3	4
7	Ви спокійні, холонокровні і зібрані	1	2	3	4
8	Очікування труднощів дуже турбує Вас	1	2	3	4
9	Ви занадто переживаєте через дрібниці	1	2	3	4
10	Ви буваєте цілком щасливі	1	2	3	4
11	Ви приймаєте все занадто близько до серця	1	2	3	4
12	Вам не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
13	Ви відчуваєте себе в безпеці	1	2	3	4
14	Ви намагаєтеся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
15	У Вас буває нудьга, туга	1	2	3	4
16	Ви буваєте задоволені	1	2	3	4
17	Будь-які дрібниці відволікають і хвилюють Вас	1	2	3	4
18	Ви так сильно переживаєте своє розчарування, що потім довго не можете про них забути	1	2	3	4
19	Ви врівноважена людина	1	2	3	4
20	Вас охоплює сильне занепокоєння, коли Ви думаєте про свої справи і турботи	1	2	3	4

Ситуативна тривожність (СТ) визначається по ключу:

$$СТ = (3,4,6,7,9,12,13,14,17,18) - (1,2,5,8,10,11,15,16,19,20) + 50 =$$

ОТ - Особистісна тривожність визначається по ключу:

$$ОТ = (2,3,4,5,8,9,11,12,14,15,17,18,20) - (1,6,7,10,13,16, 19) + 35 =$$

Поняття ситуативної (актуальною), - тобто реактивної тривожності і поняття особистісної, - тобто активної тривожності мають не тільки спеціальний, описаний вище, але й більш загальний психологічний сенс. З нашого досвіду, діагностика реактивної та активної тривожності дозволяє

досить точно судити про прояв основних особливостей поведінки особистості в плані її ставлення до діяльності [53].

Наступним експериментально-психологічним обстеженням, яким ми користувалися у роботі був кольоровий тест Люшера. Його було використано для того, щоб оцінити актуальний емоційний стан пацієнта або досліджуваного, прослідкувати взаємозв'язок тих чи інших емоційних станів з продуктивністю його зовнішньої та внутрішньої діяльності і динамікою ряду особистісних проявів самооцінки, міжособистісного сприймання, здатністю до емпатії і т.д. Кольоровий тест Люшера – це невербальний компактний діагностичний метод, який відображає як свідомі, так і підсвідомі рівні відношення людини, має успішний досвід використання в діагностиці невротичних розладів, у практиці дослідження внутрішньо-сімейних стосунків, у психології спорту [33].

Сама процедура тестування полягає в упорядкуванні кольорів за ступенем їх суб'єктивної приємності. Інструкція передбачає прохання відволіктися від асоціацій, пов'язаних з модою, традиціями, загальноприйнятими смаків і постаратися вибирати кольори, тільки виходячи зі свого особистого ставлення (рис. 2.1). Методика Люшера містить навантаження восьми основними кольорами. При захворюванні або перевтомі потреба в даному кольорі збільшується.

Синій (№ 1) – колір спокою, розслаблення, заглиблення в медитацію. Вибір цього кольору найчастіше здійснюють люди, які мають потребу у фізичному та психологічному спокої. Для того, щоб підвищити основне значення синього кольору, у тесті використовується темно-синій колір. Відмова від темно-синього кольору означає, що людина уникає спокою.

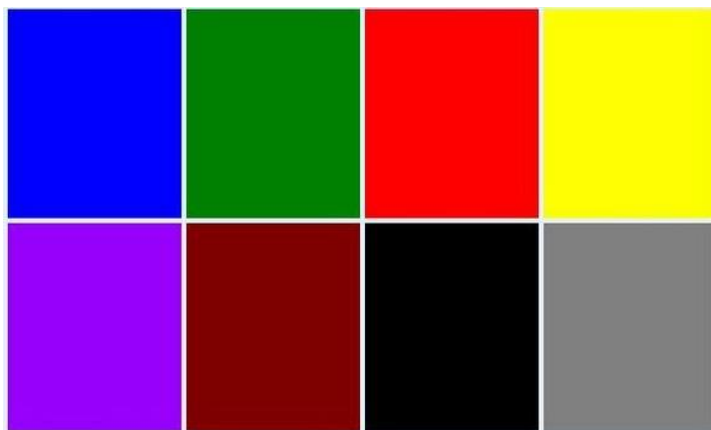


Рисунок 2.1. Кольоровий тест Люшера

Зелений (№ 2) містить у собі скриту потенційну енергію, відображає ступінь вольового напруження. Люди, які надають перевагу зеленому кольору прагнуть до самовпевненості і впевненості взагалі. Люди екстравагантні і ексцентричні, які досягають поставлених задач не цілеспрямованою вольовою активністю, а неочікуваними емоційними «викидами», відкидають цей колір як несимпатичний. Поряд з ними відмовляються від зеленого кольору люди, що знаходяться на межі фізичного або психічного виснаження.

Червоний (№ 3) – колір крові, символізує збудження, енергетизм, дуже живий, повний натхнення, неспокою. Цей колір також являється символом еротизму. Відраза, ігнорування червоного відображає органічну слабкість, фізичне або психічне виснаження. Найчастіше йому віддають перевагу підлітки.

Жовтий (№ 4) отримують від змішування червоного і зеленого. Це оптичне об'єднання відповідає і психологічному началу жовтого кольору. Червоний – як збудження і зелений – як напруження утворюють напружене збудження, що потребує розрядки, результат якої може бути і сприятливий, і трагічний. Можливість вирішення напруги у бік небуття символізує поєднання жовтого з чорним. Часто перевагу жовтому надають вагітні жінки, а також люди схильні до переміни місць. Жовтий також є кольором енергетизму.

Фіолетовий (№ 5) утворений змішуванням червоного і заспокійливого синього. В Америці та Європі фіолетовий колір відкидається як неприємний,

особливо інтелектуально-розвиненими людьми і людьми мистецтва. Йому ж надають перевагу діти до настання статевого дозрівання. Напевне, фіолетовий колір символізує присутню людині інфантильність та навіюваність, потребу у підтримці. У цьому змісті вибір чи відкидання його виступає своєрідним індикатором психічної і статевої зрілості.

Коричневий (№ 6) отримують від оранжевого, до якого примішують чорний. Коричневий втрачає експансивний імпульс та життєву ударну силу червоного. У коричневого залишається лише життєвий стан. Ця життєвість у коричневому, втрачаючи активність, стає пасивною. Надання переваги коричневому відображає потяг до простих інстинктивних переживань, примітивних чуттєвих радощів. Є дані про надання переваги коричневого кольору курильниками опіуму. Вибір його в якості найпривабливішого говорить про фізичне виснаження. У нормі, поряд з чорним, коричневий відкидається найчастіше.

Чорний (№ 7). Якщо вибір хроматичних кольорів відображає відношення суб'єкта до різних емоційних сфер, то перевага ахроматичних кольорів (білого, сірого, чорного) показує швидше вегетативний тонус і загальний психоенергетичний рівень, на якому знаходиться людина. Вибір чорного свідчить про наявність деякого кризового стану і характеризує агресивне сприймання світу або себе. У нормі чорний колір відкидається.

Сірий (№ 8) – вільний від будь-яких психологічних тенденцій, нейтралітет, кордон, відмежування людини від хвилювань. Часто сірому кольору надають перевагу при сильній перевтомі, як бар'єру, що відмежовує від подразників зовнішнього світу або в ситуації тестування – як засобу захисту від проникнення іншого у його (досліджуваного) внутрішній світ.

Нами також використано тест визначення рівня невротизації-психопатизації (РНП), який призначений для виявлення та орієнтованого синдромологічного визначення невротичних розладів, який використовується для попередньої, долікарської діагностики невротичних розладів. РНП - стандартизований психологічний метод, який має високу диференціально-

діагностичну чутливість і є адекватним для вивчення невротичних розладів. Порівняно з іншими психологічними методиками РНП має ряд переваг. Він займає мало часу, простий при обробці. Досліджуваний дає відповіді на 90 запитань: «згодний» та «не згодний». У кожній клітинці, яка відповідає цій відповіді міститься стандартний діагностичний коефіцієнт, і дослідник підбиває суму цифр. Результат обстеження не визначається установкою досліджуваного, оскільки при оцінці отриманих даних враховується не зміст тверджень, а лише їхнє дискримінаційне значення. Висока об'єктивність досягається також тим, що тут усувається, здавалось би, неминучий вплив самого дослідника, тому що усі відповіді досліджуваного оцінюються стандартними діагностичними коефіцієнтами. Діагностичні коефіцієнти при цьому відрізняються за кожним твердженням. Вищесказане підтверджує адекватність застосування описаної методики, як в клініці невротичних станів, так і з метою профвідбору і профогляду для виявлення так званої «групи ризику» серед осіб, які працюють в екстремальних умовах.

Тест визначення рівня невротизації-психопатизації (РНП).

1. У різних частинах свого тіла я часто відчуваю печіння, поколювання, повзання мурашок, оніміння.
2. Все своє життя я суворо дотримуюся принципам, заснованим на почутті обов'язку.
3. Я рідко задихаюся і у мене не буває сильного серцебиття.
4. Мені часто хотілося б бути жінкою (якщо ви жінка: я задоволена тим, що я жінка, а не чоловік).
5. Раз на тиждень або частіше я буваю дуже збудженим і схвильованим.
6. Страх перед мишами у мене відсутня.
7. Голова у мене болить часто.
8. Бували випадки, коли мені було важко втриматися від того, щоб що-небудь не поцупити у кого-небудь, наприклад, в магазині.

9. Часом мені хочеться вилятися
10. Дехто радий би мені нашкодити.
11. Два-три рази на тиждень по ночах мене мучать кошмари.
12. Бувало, що в школі мене викликали до директора за пустоці.
13. Зараз я себе відчуваю краще, ніж будь-коли.
14. Я намагаюся запам'ятати всякі цікаві історії, щоб потім розповідати їх іншим.
15. Майже кожен день трапляється що-небудь, що лякає мене.
16. Про любов я читаю із задоволенням.
17. У мене бували періоди, коли через хвилювання я втрачав сон.
18. Іноді я кажу неправду.
19. Зазвичай робота коштує мені великої напруги.
20. Я дотримуюся принципів моральності і моралі більш строго, ніж більшість інших людей.
21. Іноді я буваю так збуджений, що це навіть заважає мені заснути.
22. Я хотів би бути автогонщиком.
23. Велику частину часу я цілком задоволений життям.
24. Я зловживав спиртними напоями.
25. У мене набагато менше всяких побоювань і страхів, ніж у моїх знайомих.
26. Я мало лякаюсь, коли бачу змій.
27. Буває, що я відповідаю на листи із запізненням.
28. Я завжди був байдужий до гри в ляльки.
29. Мені б хотілося зустрічатися часто поза роботою зі своїми знайомими і друзями:
30. Мені часто здається, що у мене клубок у горлі.

31. Життя для мене майже завжди пов'язане з напругою.
32. Я люблю читати науково-популярні журнали з техніки.
33. Мені важко зосередитися на будь-якій задачі або роботі.
34. Поганий настрій у мене швидко проходить, тому що завжди знаходиться що-небудь цікаве, що мене відволікає. ;
35. Я мало втомлюються
36. Буває, що я серджуся.
37. Я вірю в майбутнє.
38. Потрібно дуже багато доказів, щоб переконати людей в якійсь істині.
39. Я часто віддаюся сумним роздумам.
40. У школі я часто прогулював уроки.
41. Часом мені здається, що моя голова працює повільніше, ніж зазвичай.
42. Я вважаю, що дітей слід було б ознайомити з усіма питаннями статевого життя.
43. Найважча боротьба для мене - це боротьба з самим собою.
44. Полювання мені подобається.
45. Буває, що я відкладаю на завтра те, що потрібно зробити сьогодні.
46. Як правило, оцінки за поведінку в школі у мене були поганими.
47. Я майже завжди про щось або про когось тривожуся.
48. Часом я буваю сповнений енергії.
49. У мене мало впевненості в собі.
50. Часом я був змушений обходитися різко з людьми, які вели себе грубо або настирливо.
51. Я цілком упевнений в собі.
52. Я обурююся щоразу, коли дізнаюся, що злочинець з яких-небудь причин залишається без покарання.

53. Кілька разів на тиждень мене турбують неприємні відчуття у верхній частині живота (під ложечкою).
54. В гостях я тримаюся за столом краще, ніж удома.
55. Іноді у мене буває таке відчуття, що переді мною нагромадилось стільки труднощів, що здолати їх просто неможливо.
56. Упевнений, що за моєю спиною про мене говорять.
57. Раз на тиждень або частіше я без видимої причини раптово відчуваю жар у всьому тілі.
58. Пригодницькі розповіді мені подобаються більше, ніж розповіді про кохання.
59. Часом я вимотую себе тим, що занадто багато на себе беру.
60. Я побоююся користуватися ножом або іншими гострими, або колючими предметами.
61. Я дуже уважно ставлюся до того, як я одягаюся.
62. Часом я відчуваю дивні запахи.
63. Якщо мені не загрожує штраф і машин поблизу немає, я можу перейти вулицю там, де мені хочеться, а не там, де належить.
64. Я люблю збирати квіти і вирощувати кімнатні рослини.
65. Мій зір залишився таким же, як і був в останній час.
66. Я часто вважаю себе зобов'язаним відстоювати те, що вважаю справедливим.
67. Я вірю в кінцеве торжество справедливості.
68. Мене страшенно зачіпає, коли мене сварять або критикують.
69. У мене бувають періоди такого сильного занепокоєння, що я навіть не можу всидіти на місці.
70. У деяких членів моєї сім'ї є звички, які мене дратують.

71. Я люблю ходити на танці.
72. Серед моїх знайомих є люди, які мені не подобаються,
73. По можливості я намагаюся уникати великого скупчення людей.
74. Буває, що я відчуваю ненависть до членів моєї сім'ї, яких я зазвичай люблю.
75. Мій шлунок сильно турбує мене.
76. Думаю, що багато перебільшують свої нещастя, щоб їм поспівчували і допомогли.
77. Повинен зізнатися, що часом я хвилююся через дрібниці.
78. Руки у мене такі ж спритні і моторні, як раніше.
79. Часто я і сам засмучуюсь, що я такий дратівливий і буркотливий.
80. Я відмовляюся грати в деякі ігри, тому що у мене це погано виходить.
81. Буває, що я з ким-небудь трохи попліткую.
82. Майже всі мої родичі відносяться до мене доброзичливо.
83. Декілька разів на тиждень у мене буває таке відчуття, що має щось статися страшно.
84. Найчастіше мої вчинки неправильно тлумачаться.
85. Якби мені дали таку можливість, я міг би успішно керувати людьми.
86. Я думаю, що мені сподобалося б полювати на хижих звірів.
87. Болі в серці або грудях у мене бувають рідко (або не бувають зовсім).
88. Іноді у мене буває таке відчуття, що я просто повинен нанести ушкодження самому собі або кому-небудь іншому.
89. В гостях я частіше сиджу десь в стороні або розмовляю з ким-небудь одним, аніж беру участь в загальних розвагах.
90. Буває, що непристойний жарт викликає у мене сміх.

Ключ до тесту

Ключ до шкали невротизації (для чоловіків)

№ зп.	Так	Ні	№ зп.	Так	Ні	№ зп.	Так	Ні
1	-5	2	31	-1	2	61	1	-1
2			32			62		
3	3	-4	33	-4	3	63		Л
4			34			64		
5	2	2	35	8	-2	65	1	-3
6			36			66		
7	-4	1	37	1	-4	67	1	-3
8			38			68		
9		Л	39	-3	3	69	-1	2
10			40			70		
11	-5	1	41	-2	3	71	3	-1
12			42			72		
13	9	-1	43	-1	3	73	-3	3
14			44			74		
15	-12	1	45		Л	75	-8	1
16			46			76		
17	-3	6	47	-3	2	77	-3	2
18			48			78		
19	1	1	49	-2	2	79	2	2
20			50			80		
21	-1	4	51	5	0	81		Л
22			52			82		
23	6	-2	53	-5	2	83	-4	1
24			54			84		
25	6	-2	55	-3	2	85	4	-1
26			56			86		
27		Л	57	-4	0	87	1	-1
28			58			88		
29	1	-3	59	-1	2	89	-2	2
30			60			90		

Ключ до шкали невротизації (для жінок)

№ зп.	Так	Ні	№ зп.	Так	Ні	№ зп.	Так	Ні
1			31			61		
2	-4	3	32	-2	3	62	2	-3
3			33			63		
4	3	-3	34	-2	2	84		Л
5			35			65		
6	-2	4	36	3	-1	66	2	-2
7			37			67		
8	-4	2	38	1	-4	68	1	-3
9			39			69		
10		Л	40	-1	3	70	-2	3
11			41			71		
12	-4	2	42	-1	4	72	3	-2
13			43			73		
14	7	-1	44	-1	4	74	-1	1
15			45			75		
16	-4	1	46		Л	76	-3	1
17			47			77		
18	-1	3	48	-2	2	78	-1	2
19			49			79		
20	-3	4	50	-2	3	80	-1	2
21			51			81		
22	-1	4	52	2	0	82		Л
23			53			83		
24	-7	4	54	-2	1	84	-3	1
t5			55			85		
26	2	-1	56	-2	2	86	5	-1
27			57			87		
28		Л	58	-4	1	88	-1	0
29			59			89		
30	2	-4	60	-1	4	90	-2	4

Ключ до шкали психопатизації (для чоловіків)

№ зп.	Так	Ні	№ зп.	Так	Ні	№ зп.	Так	Ні
1			31			61		
2	2	4	32	0	-1	62	3	-1
3			33			63		
4	10	0	34	1	-3	64	1	0
5			35			65		
6	-1	3	36		Л	66	-1	2
7			37			67		
8	9	0	38	1	4	68	1	-1
9			39			69		
10	2	2	40	-2	1	70	1	-1
11			41			71		
12	-2	1	42	2	2	72		Л
13			43			73		
14	1	4	44	-1	1	74	0	1
15			45			75		
16	0	-1	46	2	1	76	2	-2
17			47			77		
18		Л	48	1	-4	78	1	0
19			49			79		
20	2	-1	50	0	-3	80	0	0
21			51			81		
22	-1	1	52	1	-2	82	1	-2
23			53			83		
24	-3	1	54		Л	84	-2	1
25			55			85		
26	0	0	56	1	-2	86	-1	1
27			57			87		
28	0	0	58	0	1	88	-5	1
29			59			89		
30	-2	0	60	-5	1	90		Л

Ключ до шкали психопатизації (для жінок)

№ зп.	Так	Ні	№ зп.	Так	Ні	№ зп.	Так	Ні
1	1	-4	31	-2	1	61	1	0
2			32			62		
3	1	0	33	2	-3	63	1	-1
4			34			64		
5	-2	1	35		Л	65	1	-4
6			36			66		
7	10	0	37	0	-2	67	1	-2
8			38			68		
9	2	-2	39	-3	0	69	1	-2
10			40			70		
11	-4	1	41	1	0	71		Л
12			42			72		
13	2	-4	43	10	0	73	-1	1
14			44			74		
15	0	-5	45	4	1	75	2	-2
16			46			76		
17		Л	47	1	-2	77	1	-3
18			48			78		
19	1	-2	49	1	-5	79	2	-5
20			50			80		
21	-2	1	51	1	-3	81	1	-1
22			52			82		
23	0	0	53		Л	83	-2	2
24			54			84		
25	-3	1	55	1	-2	85	1	0
26			56			86		
27	-1	0	57	1	-1	87	-1	0
28			58			88		
29	-3	1	59	0	0	89		Л
30			60			90		

Вплив мікросоціальних та мікросоціальних факторів на виникнення та розвиток невротичних розладів досліджувався за допомогою створених на

кафедрі психіатрії ТНМУ опитувальників «Соціальні фактори, що впливали на розвиток невротичних розладів», «Вивчення сімейної ситуації у зв'язку з проблемою здоров'я».

Серед тверджень щодо макросоціального впливу були: безробіття, загроза безробіття, відсутність перспективи, соціальні катаклізми, негативний вплив засобів масової інформації, політичні події, які створюють ситуацію тривоги в індивідуума, стихійне лихо, кримінальні події, вимушена міграція, міжособистісні конфлікти у виробничому колективі.

Серед тверджень мікросоціального впливу були: сімейні конфлікти, розлучення, погіршення матеріально-побутових умов, матеріальна скрута, конфлікти з друзями, службові конфлікти, погіршення відносин з дітьми, погіршення відносин з батьками, вимушені зміни в сімейному статусі (поїздки за кордон, тимчасові розлучення, релігійний фактор (міжконфесійні чвари, релігійні суперечки в сім'ї), хвороби близьких, алкогольна та наркотична залежність близьких людей, порушення сексуальних стосунків, конфлікти в навчанні, вимушена зміна професії, власні захворювання (хронічні хвороби), смерть рідних чи близьких.

Для ретельнішого вивчення впливу мікросоціального оточення використовувалася анкета «Вивчення сімейної ситуації», до якої були включені наступні твердження: проблема здоров'я створила матеріальні труднощі, погіршила відносини з друзями, погіршила сексуальне життя, створила «нервову ситуацію вдома, призвела до розлучення з чоловіком (дружиною), зменшила кількість спілкування за межами дому (прогулянки), погіршила відносини на роботі з керівництвом, погіршила відносини на роботі з колегами, призвела до безробіття, внаслідок неможливості виконання обов'язків призвела до зміни роботи на менш кваліфіковану, погіршила відносини з людьми в цілому, звузила коло інтересів.

Також для виявлення скритої депресії у тих самих людей було проведено опитування за критеріями депресії за DSM-IV (Diagnostic and Statistical Mental Disorders, Fourth Edition).

У пацієнта треба було виявити 5 або більше симптомів, одним з яких обов'язково повинен бути пригнічений настрій або ангедонія тривалістю принаймні протягом 2 тижнів

Запитання:

1. Пригнічений настрій
2. Втрата задоволення від звичайної діяльності (ангедонія)
3. Відчуття беззмістовності існування або недоречної провини
4. Неспроможність зосередитися
5. Втома або втрата енергійності
6. Безсоння або сонливість
7. Психомоторне збудження або пригнічення
8. Суттєве зменшення або збільшення ваги тіла
9. Нав'язливі думки про смерть або суїцид.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили з використанням програм Microsoft Word та Excel 2013.

Таким чином, методи дослідження, які використовувалися у роботі дозволили не лише всебічно вивчити роль мікросоціальних та мікросоціальних факторів на невротичні розлади, але й проаналізувати клініко-психологічні, соціально-психологічні і конституційно-біологічні закономірності їх формування, становлення та зміни. Вищевикладене дозволяє вважати використані методи дослідження адекватними меті та задачам дослідження.

РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

3.1. Загальна характеристика обстежених хворих.

Нами обстежено 36 хворих, які знаходились на лікуванні в КНП «Іршавська міська лікарня» Іршавської міської ради з приводу різних соматичних захворювань за період з 2019 по 2020 рр.

Серед усіх обстежених розподіл за статтю виявився наступним: чоловіків – 18, жінок – 18. Вік обстежених нами хворих коливався від 20 до 75 років. Найбільша кількість пацієнтів була віком від 30 до 50 років. Дані про розподіл пацієнтів за віком та статтю подані в таблиці 3.1.1.

Таблиця 3.1.1.

Розподіл хворих за віком та статтю.

Вік, роки	Кількість пацієнтів			
	Жінки		Чоловіки	
	Абс.	%	Абс.	%
20-29	2	5,5	3	8,33
30-39	5	13,8	5	13,8
40-49	5	13,8	4	8,33
50-59	4	8,33	3	8,33
Більше 60	2	5,5	3	8,33

Як видно із таблиці статеві різниця серед пацієнтів не була суттєвою. Найбільша кількість хворих спостерігалася у середній віковій групі (30-50 років) і становила 49,73%. Серед досліджуваних пацієнтів з вищою освітою було 19 осіб, що складало 49,73%. Пацієнтів з середньою спеціальною освітою було 10 осіб (30,49%), а пацієнтів з середньою освітою було 7 осіб (16,96%). Таким чином, найбільша кількість осіб була з вищою освітою.

Серед опитаних пацієнтів були хворі із серцево-судинною патологією, гастроентерологічними захворюваннями, бронхолегеневими хворобами та захворюваннями опорно рухового апарату.

Розподіл опитаних пацієнтів із соматичною патологією за захворюваннями наведений в таблиці 3.1.2. та проілюстровано на рис. 3.1.1.

Таблиця 3.1.2.

Розподіл хворих за захворюваннями.

№ з/п	Діагноз	Кількість хворих	
		Абс.	%
1	ІХС	8	22,2
2	Гіпертонічна хвороба	10	27,8
3	Бронхіальна астма	2	5,6
4	ХОЗЛ	2	5,6
5	Виразкова хвороба	4	11,1
6	Цироз печінки	2	5,6
7	Захворювання біліарного тракту	2	5,6
8	Хронічний панкреатит	2	5,6
9	Ревматоїдний артрит	2	5,6
10	Поліостеоартроз	2	5,6

Як видно із наведених даних, серед пацієнтів переважали захворювання серцево-судинної системи (50 %).

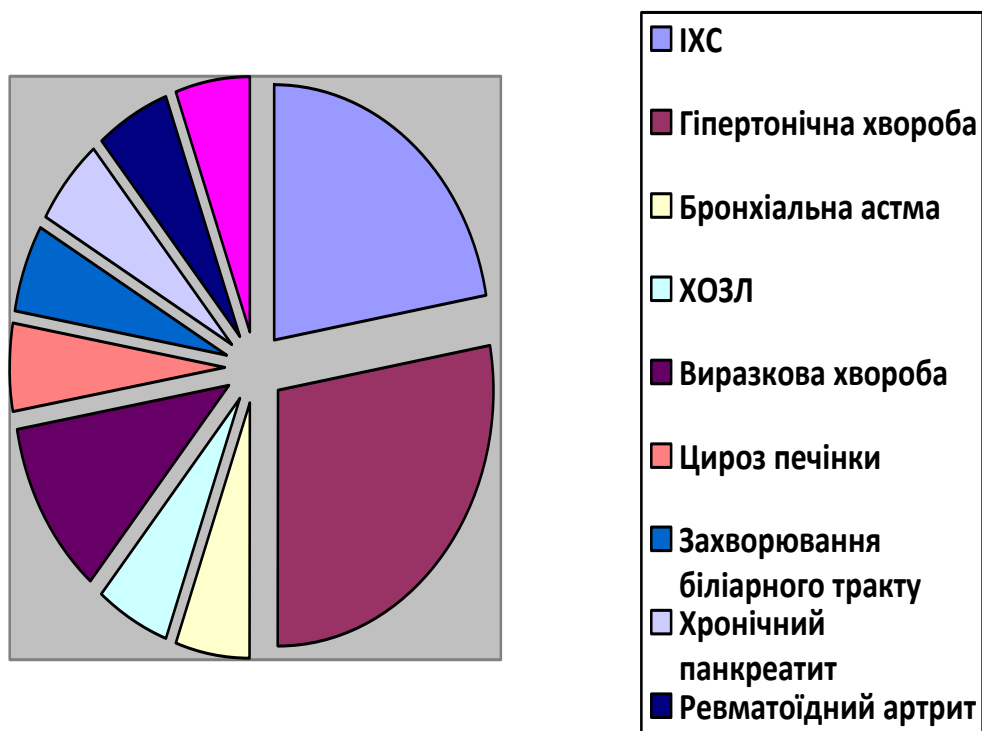


Рисунок 3.1.1. Розподіл хворих за захворюваннями

Ми досліджували розподіл обстежених пацієнтів за типом конституції (жінок – 23 особи, чоловіків – 27 осіб). Згідно результатів обстеження виявлено наступні типи конституції, які подали в таблиці 3.1.3.

Таблиця 3.1.3.

Розподіл пацієнтів з невротичними розладами в залежності від типів конституції

Тип конституції	Кількість хворих	
	Абс.	%
Нормостенічний	27	75%
Астенічний	7	19,44%
Інфантильно-грацільний	1	2,77%
Диспластично-атлетоїдний	1	2,77%
Всього	36	100%

Дані таблиці свідчать, що у пацієнтів переважав нормостенічний та астенічний типи конституції.

1.2. Соціально психологічні особливості психотравмуючих факторів у соматичних хворих.

Нами проведено опитування 36 хворих, які знаходились на лікуванні в КНП «Іршавська міська лікарня» Іршавської міської ради з приводу різних соматичних захворювань за період з 2019 по 2020 рр.

Спочатку ми вивчали вплив психотравмуючих соціальних факторів, які сприяли захворюванню (згідно анкети «Вивчення макросоціальних факторів, які призвели до погіршення здоров'я»).

Далі представлена таблиця 3.2.1 психотравмуючих соціальних факторів, які сприяли захворюванню (згідно анкети «Вивчення мікросоціальних факторів, які призвели до погіршення здоров'я»).

Таблиця 3.2.1.

Психотравмуючі соціальні фактори, які призвели до погіршення здоров'я пацієнтів

Вид психотравми, направлений в макросоціум:	Абс.	(n=36), %
Безробіття	3	8,3
Загроза безробіття	1	2,8
Відсутність перспективи	1	2,8
Соціальні катаклізми	1	2,8
Негативний вплив засобів масової інформації	2	5,6
Політичні події, які створюють ситуацію тривоги в індивідуума	1	2,8
Стихійне лихо	1	2,8
Кримінальні події (пограбування, напад, згвалтування)	1	2,8

Сімейні конфлікти	1	2,8
Розлучення	1	2,8
Матеріальна скрута	1	2,8
Конфлікти з друзями	1	2,8
Погіршення відносин з дітьми	1	2,8
Погіршення відносин з батьками	1	2,8
Вимушені зміни в сімейному статусі (поїздки за кордон, тимчасові розлучення)	1	2,8
Релігійний фактор (міжконфесійні чвари, вимушена релігійна ситуація одного з членів сім'ї)	1	2,8
Хвороби близьких	2	5,6
Алкоголізм близьких людей (сім'я, товариші, наркоманія)	2	5,6
Порушення сексуальних стосунків	2	5,6
Конфлікти в навчанні	1	2,8
Вимушена зміна професії	1	2,8
Особисті захворювання (хронічні хвороби)	36	100
Смерть рідних та близьких	7	19,4
Ятрогенії	1	2,8

Серед макросоціальних чинників провідним було безробіття (8,3 %). Невпевненість у теперішніх соціально-економічних умовах, виживання без постійної роботи, відсутність перспективи (2,8%) створювали атмосферу постійної тривоги за майбутнє. 2,8% осіб вказували на негативний вплив засобів масової інформації, які додатково нагнітала тривожність, підсилювала негативний емоційний фон, викликала страх, що супроводжувався неприємними соматичними проявами. 2,8% відмітили, що кримінальні події

створюють ситуацію тривоги у індивідуума, також семеро занепокоєні глобальним чи локальним стихійним лихом або його загрозою. Бурхливі політичні події останніх років створювали умови для розвитку захворювання у 2,8% осіб.

Розглядаючи мікросоціальні фактори ми побачили, що смерть рідних та близьких переважала серед всіх інших чинників (19,4%).

Власні захворювання, на які вказували пацієнти з невротичними розладами (тобто тривога про власний стан здоров'я), становили 100,0%. Далі названі такі фактори, як хвороби близьких (5,6%), алкоголізм близьких та сімейні конфлікти (5,6%). А також створювали негативний вплив порушення сексуальних стосунків – 2 особи (5%), матеріальна скрута (1 особа – 2,8%), конфлікти з друзями та службові назвали 1 чоловік (2,8%).

Таким чином, найчастіше зустрічалися такі фактори: смерть рідних та близьких – 7 осіб (19,4%); вказівки на власні захворювання – 100,0%; хвороби близьких – 2 особи (5,8%); алкоголізм близьких та сімейні конфлікти – 3 особи (8,3%); порушення сексуальних стосунків та безробіття – 5 осіб (13,8%); відсутність перспективи (2,8%); негативний вплив засобів масової інформації – 2 (5,6%); матеріальна скрута, кримінальні події та стихійне лихо – 3 особи (8,3%); конфлікти з друзями та службові, а також політичні події, що не обійшли стороною і наших пацієнтів – 1 особа (2,8%). Виявлено, що пацієнти виділяли такі нові фактори, як політичні події, які створили ситуацію тривоги в індивідуума, негативний вплив засобів масової інформації.

Наступною була анкета «Соціальна ситуація у зв'язку з проблемою здоров'я», що відображає психогенні фактори мікросоціального оточення, які виникли після захворювання на невротичні розлади. Результати анкетування наведені в табл. 3.2.2.

Таблиця 3.2.2.

Соціальна ситуація у зв'язку з проблемою здоров'я

Соціальні чинники та фактори	Абс. кількість	N=36, %
Проблема створила матеріальні труднощі	1	2,8
Погіршила дружні відносини	1	2,8
Погіршила взаєморозуміння	1	2,8
Погіршила сексуальне життя	3	8,3
Створила «нервову» обстановку вдома	1	2,8
Проблема викликає співчуття, жалість, розуміння: чоловік/жінка, діти, батьки, друзі (підкреслити, хто саме)	1	2,8
Скоротила сумісне проведення часу	1	2,8
Збільшила навантаження по господарству, квартирі: чоловік/жінка, діти, батьки, друзі (підкреслити, хто саме)	1	2,8
Погіршила дозвілля	1	2,8
Зменшила кількість спілкування за межами дому (церква, виходи в місто, до друзів, в кінотеатр)	1	2,8
Обмежила час перегляду телепрограм	1	2,8
Створила загрозу майбутньому	1	2,8
Погіршила умови проживання	1	2,8
Погіршила якість харчування	1	2,8
Вплинула на здоров'я членів сім'ї: чоловік/жінка, діти, батьки (підкреслити, хто саме)	4	11,1
Погіршила відносини на роботі з керівництвом	0	0
Погіршила відносини на роботі з товаришами	0	0

Погіршила відносини з сусідами	0	0
Покращила відносини з сусідами	0	0
«Зменшила» кількість друзів	3	
Те, що робиться в суспільстві вплинуло на здоров'я	0	0
Вплинули засоби масової інформації	5	13,9
Вплинули політичні події	1	2,8
Вплинули події в іншій державі	0	0
Вплинули відносини між людьми в цілому	3	
Вплинуло ставлення та відносини в організаціях, комунальних закладах	0	0
Вплинули поїздки на заробітки	0	0
Вплинуло на здоров'я вживання алкоголю: чоловік/жінка, діти, батьки, друзі (підкреслити, хто саме)	3	8,3
Вплинуло на здоров'я загроза безробіття: чоловік/жінка, діти, батьки, друзі (підкреслити, хто саме)	1	2,8
«Ваші» соціальні фактори чи інші проблеми, які вплинули на здоров'я (не згадані вище)	0	0

З таблиці видно, що пацієнти оцінюють свою хворобу, як серйозну перешкоду, що впливає на всі сфери їхнього життя і не дозволяє повноцінно жити. Найбільш негативними наслідками є те, що проблема створила загрозу майбутньому – 1 особа (2,8%). Погіршення сексуального життя відмічено у 2 випадках (5,6%), стільки ж чоловік зменшило перегляд телепрограм, але останній факт важко оцінити однозначно як негативний – 2 (5,6%) і 3 (8,3%) особи відповідно наголосили на погіршенні взаєморозуміння та створенні «нервової» обстановки вдома. Звісно, всі ці сторони життя взаємопов'язані,

тому погіршилось дозвілля та «зменшилась» кількість друзів – 1 (2,8%), і хоча проблема викликала співчуття, жалість, розуміння, але й негативно вплинула на здоров'я членів сім'ї – 7 пацієнтів (19,4%), а також створила матеріальні труднощі – 1 (2,8%). Інші фактори у наших пацієнтів не зустрічалися.

Переважно зустрічалися поєднані психотравми. На перший план ставилася найзначиміша психотравма, а далі чинники, які на думку пацієнтів, впливали на розвиток захворювання. Нами отримані наступні дані про поєднання психотравмуючих чинників.

1 група: смерть рідних та близьких – власні захворювання – безробіття – погіршення матеріально-побутових умов.

2 група: власні захворювання – безробіття – хвороби близьких – матеріальна скрута.

3 група: смерть рідних та близьких – кримінальні події – власні захворювання – безробіття – погіршення матеріально-побутових умов.

4 група: безробіття – політичні події, які створили ситуацію тривоги в індивідуума – власні захворювання – відсутність перспективи.

5 група: кримінальні події – негативний вплив засобів масової інформації – хвороби близьких – власні захворювання – загроза безробіття.

Процентне співвідношення груп факторів представлені на рис. 3.2.1.

1 група зустрічалась у 19,4 % випадків; 2 група – у 16,7 %; 3 група – 14 ±5,5; 4 група – 13,9 %; 5 група – 13,9 %.

Аналізуючи вищенаведені групи ми побачили, що кожній з них присутня проблема безробіття, велике значення мали смерть рідних та близьких, хвороби рідних та близьких, власні захворювання. У трьох групах зустрічалася вказівка на погіршення матеріально-побутових умов. Виявлено, що пацієнти виділяли такі нові фактори, як політичні події, які створили ситуацію тривоги в індивідуума, негативний вплив засобів масової інформації.

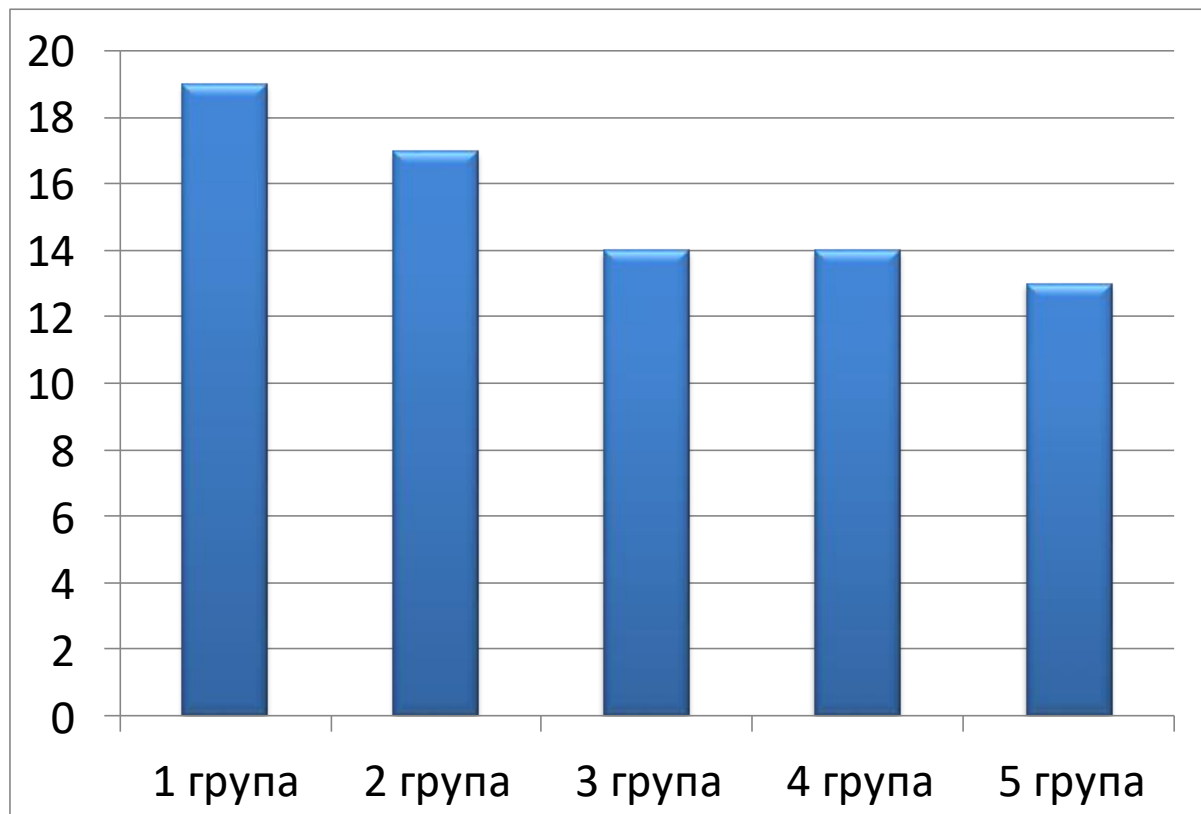


Рисунок 3.2.1. Процентне співвідношення груп факторів

При дослідженні 36 пацієнтів на наявність невротичних розладів нами виявлено, що початок захворювання корелювався з чітко визначеними психотравмуючими факторами. Невротичні розлади викликалися визначеними ситуаціями або об'єктами (зовнішніми по відношенню до суб'єкта). За інтенсивністю фобічна тривога суб'єктивно, фізіологічно та поведінково не відрізнялась від інших типів тривоги і відрізнялася по інтенсивності від легкого дискомфорту до жаху, станів паніки.

Проналізувавши клінічні прояви пацієнтів, які характеризують невротичні розлади, нами виявлено наступні провідні синдроми (рис. 3.2.2):

- тривожний – 8 (22,3%),
- фобічний синдром у 17 пацієнтів (47,2%),
- тривожно-депресивний синдром у 5 осіб (13,8%)
- тривожно-фобічний у 6 пацієнтів (16,7%).

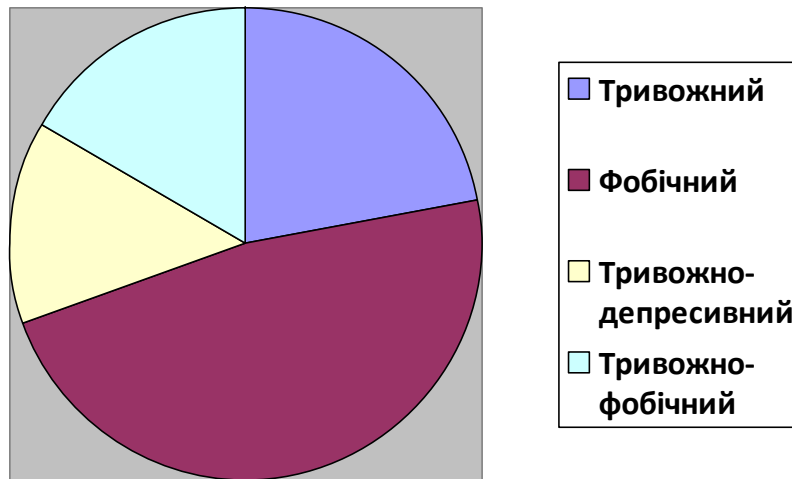


Рисунок 3.2.2. Розподіл провідних синдромів невротичних розладів.

Переважаючим виявився фобічний синдром (47,2%). Слід сказати, що незважаючи на те, що в описаних пацієнтів переважав той чи інший синдром (тривожний, фобічний, тривожно-депресивний), перші ознаки невротичного розладу у них спостерігалися приблизно однакові, це відчуття тривоги або страху. Частіше всього воно виникало гостро (у 7 випадках, що становить 19,4%), рідше – повільно, поступово підсилювалося (в 11 пацієнтів, що становить 30,6%). Ці відчуття, які виникали, не залишали пацієнта протягом дня і утримувалися нерідко тижнями і місяцями. Інтенсивність коливалася від легкого відчуття тривоги до вираженого страху, що змінювався нападами жаху.

Аналізуючи результати дослідження за тестом Спілберга-Ханіна у пацієнтів з невротичними розладами виявлено, що низький рівень реактивної тривожності спостерігався у 3 (8,3%) пацієнтів та низький рівень особистісної тривожності у 1 (2,8%) осіб. Дані наведені на рис.3.2.3.

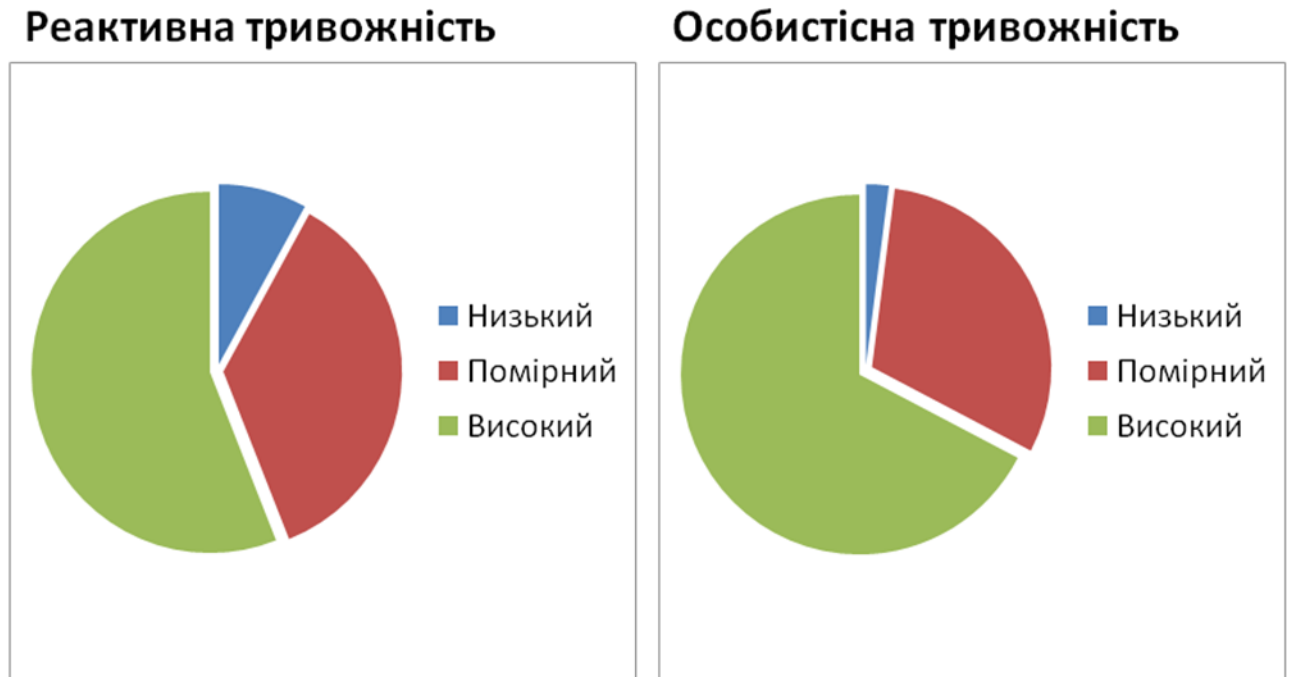


Рисунок 3.2.3. Особливості розподілу рівня реактивної та особистісної тривожності у пацієнтів з невротичними розладами

Як ілюструє рисунок, помірна реактивна тривожність характерна для 13 (36,1%), а висока – для 20 (55,6%) пацієнтів. Що стосується особистісної тривожності, то у 11 (30,6%) осіб вона є на рівні помірної, а у 24 (66,7%) пацієнтів спостерігається висока. Це свідчить про постійну властивість людини бачити загрозу своєму благополуччю в різноманітних ситуаціях.

Наступним етапом нашої роботи було дослідження пацієнтів з невротичними розладами за допомогою тесту для визначення рівня невротизації та психопатизації.

При обстеженні пацієнтів були отримані наступні дані, які наведені на рис. 3.2.4.

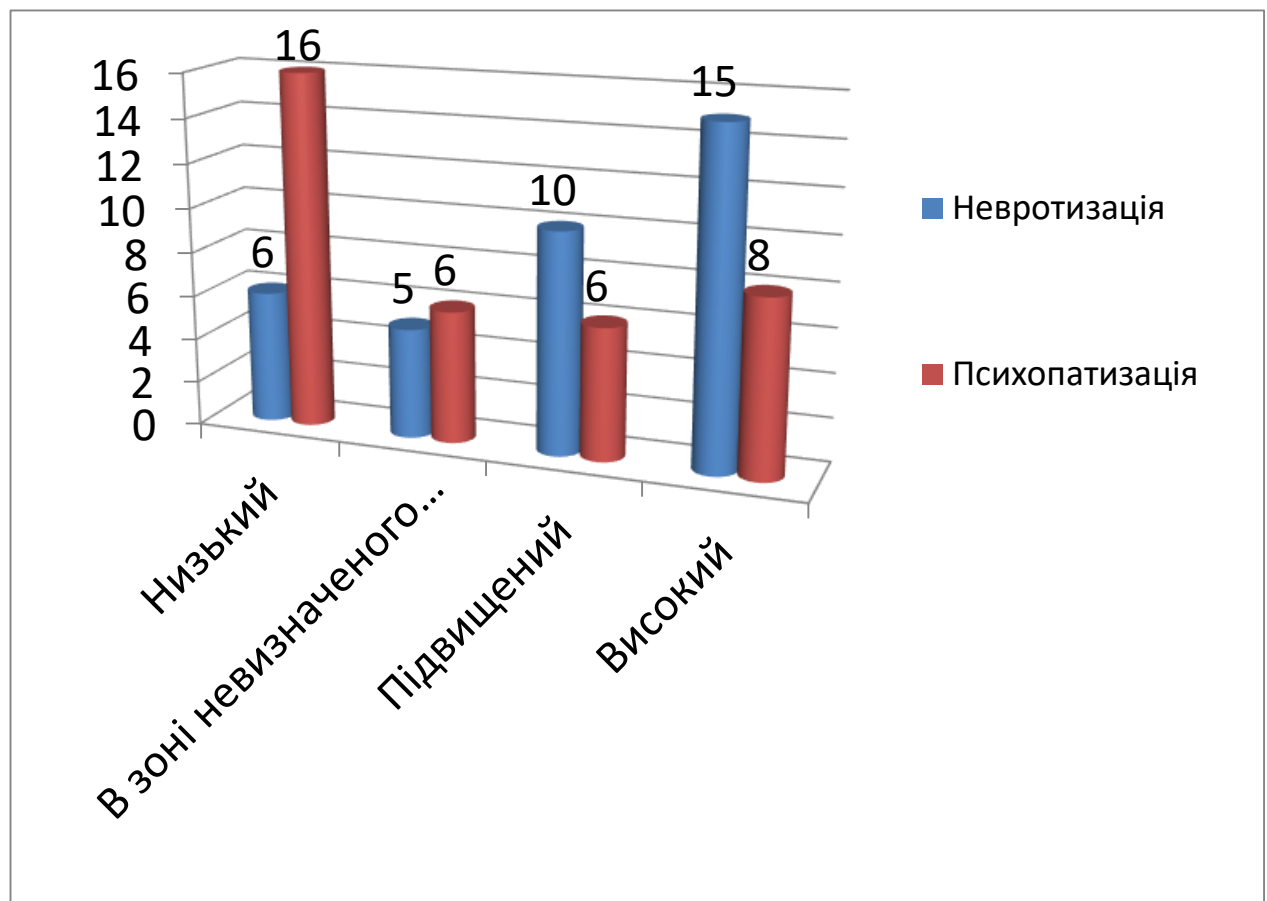


Рисунок 3.2.4. Рівень невротизації та психопатизації пацієнтів.

У пацієнтів з невротичними розладами високий рівень невротизації був 41,7% випадків та підвищений рівень невротизації у 27,8% пацієнтів. Високий рівень психопатизації спостерігався у 22,2% осіб. За наведеними результатами можна робити висновок, що у даних пацієнтів виражена емоційна збудливість, тривожність, подразливість, схильність до фіксації на неприємних відчуттях та переживаннях, що формує почуття власної неповноцінності, забруднення у спілкуванні, соціальну несміливість та залежність.

За тестом Люшера: виділялась емоційна нестійкість, затруднення адаптації в міжособових відносинах, надчутливість до критики, настороженість, образливість, потреба у визнанні.

У 100% випадків були прояви тривоги (наявність одного чи двох основних кольорів на 6, 7 чи 8 позиціях.)

Метою нашої роботи було також вивчення психологічних типів хворих. Серед обстежених нами пацієнтів виділено такі основні типи хворих (табл. : 3.2.3, рис. 3.2.5).

Таблиця 3.2.3.

Розподіл психологічних типів хворих

Типи хворих	Кількість пацієнтів			
	жінки	%	чоловіки	%
Підозріливі	1	2,8	2	5,6
Боягузливі	2	5,6	1	2,8
Істеричні	6	16,7	3	8,3
Ліниві	2	5,6	6	16,7
Іпохондричні	2	5,6	2	5,6
Вередливі	2	5,6	3	8,3
Активні	3	8,3	1	2,8

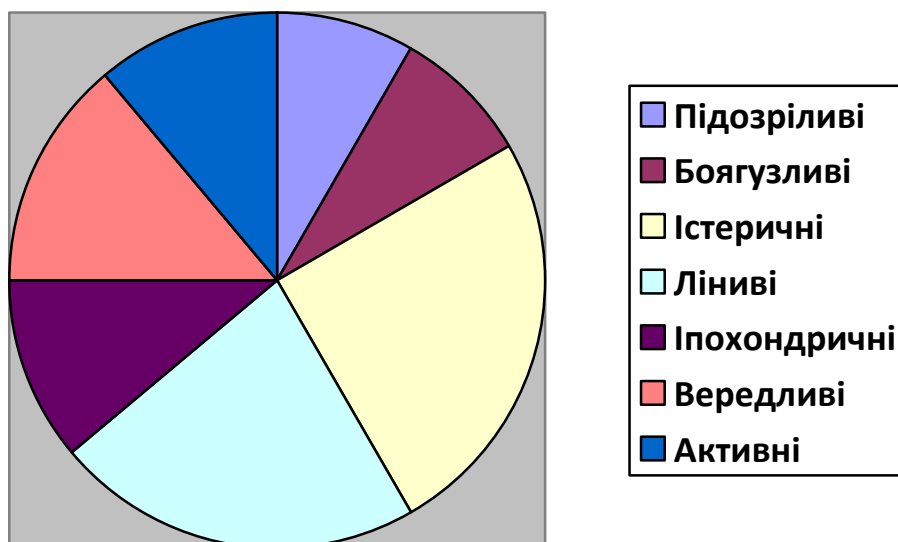


Рисунок 3.2.5. Розподіл психологічних типів хворих.

Усі хворі в певній мірі бояться своєї хвороби, її можливих наслідків – інвалідності, смерті. Вони по-різному реагують на госпіталізацію у лікарню,

перебування в ній, лікування, режим, вимушену бездіяльність, обмеження особистої свободи і спілкування з іншими хворими. Медичному працівникові дуже важливо знати психологію хворих.

Виділяють такі основні типи хворих:

Підозріливі (тривожно-підозріливі) - вони «теоретики» і прагнуть довідатись все про свою хворобу від сусідів по палаті, медичного персоналу, знайомих, з медичних книг. Але набуті ними знання не сприяють заспокоєнню (їх знання нерідко є більш шкідливим, ніж незнання). Незважаючи на скептичну настроєність, такі хворі легко піддаються навіюванню в межах кола неприємних думок, що стосуються їхньої хвороби. Вони не можуть позбутися своїх нав'язливих страхів і вигаданих хвороб, хоч і розуміють їх необґрунтованість, а часом і безглуздість. У таких хворих часто бувають уявні гастрит, виразка шлунку, холецистит, захворювання серця.

Боягузливі - близький різновид підозріливих. Здебільшого це люди, які погано знають медицину. Їх діагнози обмежуються словами «печінка», «серце», «голова», іноді з уточненням – «рак», «інфаркт», «гіпертонія». Але йти до лікаря вони уникають через побоювання, що вигаданий діагноз може підтвердитися.

Істеричні - хворі відрізняються від боягузливих тим, що вони охоче йдуть до лікарів, піддаються різним, часто неприємним, діагностичним маніпуляціям, наприклад, рентгенівському дослідженню шлунку, взяттю шлункового соку, дуоденальному зондуванню, іригоскопії та ін., акуратно роблять усі призначені аналізи. Незважаючи на негативні результати всіх досліджень і запевнення лікарів, що підозрюваної хвороби немає, ці хворі іноді роками відвідують кабінети поліклінік.

Ліниві хворі - це справжні хворі, здебільшого хронічні. Оскільки тривалий час хвороба не тяжка, вони не вважають її серйозною. Призначені ліки приймають від випадку до випадку, «коли пригадують», або після багаторазових нагадувань. Вони часто не дотримуються рекомендованого режиму (наприклад, не роблять фізичної зарядки, лікувальної гімнастики,

щоденних прогулянок), не дотримуються призначеної дієти, не відмовляються від куріння, вживання алкогольних напоїв і т.п. словом, не виконують усього того, що потребує хоча б найменших зусиль волі або пов'язано з відмовою від звичок.

Іпохондричні - Хворий підкорився своїй хворобі, звикся з нею, іноді вважає її невиліковною, проте дуже точно виконує всі приписи і рекомендації лікарів. День хворого розписаний по годинах. На спеціальному аркуші розмічено час приймання ліків, відвідання поліклініки для приймання фізіотерапевтичних процедур, дні прийому в лікаря. Хворий весь час, систематично, кілька разів на день вимірює температуру, лічить пульс, дуже цікавиться результатами багаторазово повторюваних аналізів. Уважно стежить за новинками в галузі медицини, має вдома фармакологічні та інші медичні довідники. Він завжди стежить за новими препаратами і, відвідуючи лікаря, з'ясовує, чи можна йому приймати їх. Хвороба стала змістом і метою життя хворого. Видужання може позбавити його інтересу до життя.

Активні хворі - Це позитивний тип хворого. Він тверезо ставиться до свого захворювання, не засмучується, не вимагає надмірної уваги до себе. Спокійно і сумлінно виконує всі призначення, активно допомагає лікарю у боротьбі з хворобою. Настрій у нього рівний, бадьорий: він упевнений у своєму видужанні і терпляче чекає його. Такий хворий швидко звикається з лікарняним режимом, з сусідами по палаті. Вимушена бездіяльність не обтяжує його. Він знаходить собі заняття: читає, пише, щось майструє, при можливості допомагає іншим хворим у палаті.

Вередливі, метушливі хворі. Дратівливість властива багатьом хворим як наслідок їхньої хвороби, вимушеного перебування в лікарняній палаті і багатьох інших обставин. Але серед різних хворих виділяється категорія метушливих, нетерплячих. Здебільшого це молоді люди, пов'язані з фізичною працею або з машинами та іншою технікою. Вони вважають, що людський організм також своєрідна машина. Вони чекають від медицини і вимагають від її представників швидкого «ремонт». Їм ніколи чекати, поки зламана кістка

зростається. Їм здається, що уламки можна склеїти або зварити, як зварюють металеві конструкції. Ці хворі завжди в претензії до лікарів і конфліктують з ними. Вони порушують встановлений для них режим. Це в них ламаються гіпсові пов'язки, розв'язуються бинти і трапляються різні «аварії». Вони твердять, що медична сестра робить ін'єкції не так, як треба, і не туди, куди слід, дає не ті ліки. Своєю метушливістю і нетерпінням вони часто самі затримують своє видужання і виписку з лікарні.

Нами також вивчено наявність симптомів прихованої депресії DSM-IV (Diagnostic and Statistical Mental Disorders, Fourth Edition).

Результати опитування наведені в табл. 3.2.4.

Таблиця 3.2.4.

Наявність симптомів прихованої депресії у пацієнтів з соматичними захворюваннями

№ з/п	Критерій	Кількість пацієнтів	
		Абс.	%
1	Пригнічений настрій більше 2-х тижнів	36	100,0
2	Втрата задоволення від звичайної діяльності більше 2-х тижнів	32	88,9
3	Відчуття беззмістовності існування або недоречної провини	30	83,3
4	Неспроможність зосередитися	28	77,8
5	Втома або втрата енергійності	35	97,2
6	Безсоння або сонливість	32	88,9
7	Психомоторне збудження або пригнічення	18	50,0
8	Суттєве зменшення або збільшення ваги тіла	21	58,3
9	Нав'язливі думки про смерть або суїцид	8	22,2

Як видно із даних таблиці більшість пацієнтів мають ознаки прихованої депресії. Причому, найбільш розповсюдженим є критерій «Пригнічений настрій більше 2-х тижнів», який спостерігався у кожного хворого. Також дуже часто зустрічалися втома або втрата енергійності (97,2 %), порушення сну (88,9 %), втрата задоволення від звичайної діяльності більше 2-х тижнів (88,9 %), відчуття беззмістовності існування або недоречної провини (83,3 %) та неспроможність зосередитися (77,8 %).

Насторожує те, що у 22,2 % випадків у пацієнтів є нав'язливі думки про смерть.

Отримані результати свідчать про те, що у більшості тривало і важкохворіючих соматичних пацієнтів є ознаки прихованої депресії, які потребують відповідної психокорекції.

1.3. Вплив соціально – психологічних особливостей сім'ї на розвиток та перебіг невротичних розладів у соматичних пацієнтів

Наступним етапом роботи було вивчення та оцінка соціальних особливостей у соматичних пацієнтів з супутніми невротичними розладами.

Нами обстежено 36 хворих, які знаходились на лікуванні в КНП «Іршавська міська лікарня» Іршавської міської ради з приводу різних соматичних захворювань за період з 2019 по 2020 рр.

Вивчаючи соціальні особливості наших пацієнтів ми звертали увагу в першу чергу на матеріально-побутову ситуацію, комунікативні особливості, ступінь емпатичних зв'язків пацієнтів, проведення часу, планів та перспектив на майбутнє, здоров'я, особливості відносин з друзями, колективом, сусідами, еміграцію, алколізацію, загрозу та реальне безробіття.

Хворі на соматичні розлади відповідали на запитання анкети вивчення факторів, які привели до погіршення соціальної ситуації в зв'язку з проблемою здоров'я. Нами було отримано наступні дані, які представлені в таблиці 3.3.1.

Таблиця 3.3.1.

Психогенні фактори мікросоціального оточення, які привели до погіршення здоров'я соматичних пацієнтів та виникнення невротичних розладів.

Соціальні чинники	пацієнти	
	абс.	%
Матеріальні труднощі	15	41,7
Погіршення дружніх відносин	23	63,9
Погіршення взаєморозуміння	22	61,1
Погіршення сексуального життя	4	11,1
“нервова обстановка” вдома	7	19,4
Скорочення сумісного проведення часу	4	11,1
Збільшення навантаження по господарству, квартирі	11	30,6
Погіршення проведення дозвілля	22	61,1
Зменшення спілкування за межами дому (церква, виходи в місто, до друзів, в кінотеатр)	26	72,2
Створення загрози майбутньому	23	63,9
Погіршення умов проживання	14	53,8
Погіршення якості харчування	12	33,3
Погіршення здоров'я членів сім'ї (чоловік / жінка, діти, батьки)	20	55,6
Погіршення відносин на роботі з керівництвом	10	27,8
Погіршення відносин на роботі з товаришами	5	13,9
Погіршення відносин з сусідами	4	11,1
Зменшення кількості друзів	11	30,6
Вплив подій, що відбуваються в суспільстві	16	44,4
Вплив засобів масової інформації	8	22,2
Вплив поїздок на заробітки (за кордон)	6	16,7

Вплив вживання алкоголю (чоловік/жінка, батьки, діти)	11	30,6
Загроза безробіття (чоловік/жінка, батьки, діти)	11	30,6

Отримані дані свідчать, що найпоширенішими факторами, названими пацієнтами в анкеті при вивченні факторів, які привели до погіршення стану здоров'я (при вивченні мікросоціального оточення) були: зменшення спілкування за межами дому 72,2 %, погіршення дружніх відносин 63,9 %, загроза майбутньому 63,9 %, погіршення взаєморозуміння 61,1 %, погіршення дозвілля. Таким чином, пацієнти велике значення надавали міжособистісному спілкуванню та близьким взаємовідносинам. На їхню думку, це було найважливішим для створення сприятливої ситуації, а порушення внутрішньо-сімейних контактів, негативно впливає на здоров'я пацієнтів.

При вивченні даних анкетування про вплив психогенних факторів які привели до розвитку захворювання та виникли у зв'язку з хворобою, яка пропонувалася пацієнтами, дослідженнях за допомогою тесту Люшера, виявлення рівня реактивної та особистісної тривожності за допомогою тесту Спілбергера-Ханіна та вивчення рівня невротизації та психопатизації виявлено певні результати, проаналізувавши які зроблено висновки.

У соматичних пацієнтів з невротичними розладами, обов'язковим складником пускового механізму є специфічні відносини. Внутрішні зв'язки мають особливий особистісний зміст і включають багатогранні відносини солідарності і залежності. В процесі взаємодії закріплюється визначена система ролей. Відповідно розподіляються функції та способи прийняття рішень при виникненні різних життєвих проблем. При вивченні характеру взаємодії пацієнтів, особливості сприймання хвороби, розуміння хворого та вплив навколишнього середовища на прояв захворювання та перебіг, виділено наступні специфічні відносини, умовно названі нами "невротичний" хворий. Відносини, у зв'язку з невротичними розладами мають характер співпереживання, проте, при глибшому вивченні виявлено псевдосолідарні

взаємовідносини. Хворі відчувають затруднення адаптації, відсутність взаєморозуміння, напруженість внутрішньосімейних відносин.

ВИСНОВКИ

1. Значна частина соматичних пацієнтів має супутні невротичні розлади, які вимагають адекватної психодіагностики і психокорекції.
2. В патогенезі досліджуваних нами невротичних розладів у соматичних пацієнтів велике значення мають мікро- та макросоціальні фактори. Їхня нерівнозначна роль зумовлена розвитком різних провідних невротичних синдромокомплексів.
3. Для невротичних розладів у соматичних пацієнтів характерні макросоціальні чинники – у 46 % випадків, та мікросоціальні у 54 % випадків, з них провідними є: смерть рідних та близьких, тривога за власний стан здоров'я, безробіття, погіршення матеріально – побутових умов, негативний вплив засобів масової інформації.
4. Особливостями сучасних психотравмуючих ситуацій є:
 - Їхня поєднаність
 - Поява нових факторів (ріст безробіття, вимушена міграція, матеріальна скрута, вплив засобів масової інформації).
 - Поява взаємоіндукуючих та взаємо посилюючих психотравм за типом «замкненого кола».

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Довго- і важкохворіючих соматичних пацієнтів слід обстежувати на наявність у них невротичних розладів.
2. При діагностиці та лікуванні невротичних розладів у соматичних пацієнтів слід враховувати сучасні чинники їх генезу:
 - Мікросоціальні (погіршення матеріально – побутових умов, сімейні конфлікти, вимушена міграція, службові конфлікти, хвороби близьких).
 - Макросоціальні (безробіття, відсутність перспективи, негативний вплив засобів масової інформації).
3. Сучасна психокорекція соматичного пацієнта з невротичними розладами повинна враховувати запропоновану модель психотерапії з ключовими її моментами (первинне інтерв'ю – анкетування, соціометрія – висновок про невротичну проблему, фактори цієї проблеми – створення індивідуальної моделі психокорекції пацієнта і соціального фону (психотерапія двох рівнів) реадаптація).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авруцкий Г.Я., Вовин Р.Я., Личко А.Е., Смулевич А.Б. //Биологическая терапия психических заболеваний. - Л.: Медицина, 2006р.- С.311.
2. Александровский Ю.А. Состояние психической дезадаптации и их компенсация // -М.: Наука, 2007р.- С.252.
3. Александровский Ю.А. Состояние психической дезадаптации и их компенсация //Пограничные нервно-психические расстройства. - М.: Наука, 2006р.- С.22.
4. Асатиани Н.М., Матвеева Е.С., Соколова Т.Н., Жуков В.Ф. Резидуальные состояния в клинике неврозов //Журнал невропатологии и психиатрии. – 2009р. - N11.- С.175-179.
5. Асатиани Н.М. Некоторые особенности клиники и патогенеза невроза навязчивых состояний и психостении //Клиническая динамика неврозов и психопатий. - Л.: Медицина. 2006р. - С.36-58.
6. Асатиани Н.М., Матвеева Е.С. и др. Резидуальные состояния в клинике неврозов. //Журнал невропатология и психиатрия. 2009р.- Вып.11. С.167-169.
7. Аствацатуров М.И. Функциональные заболевания нервной системы. //В кн. сб. изобр. работ ВМА РККА им. Кирова. – 2007р. - С.94-121.
8. Айрапетянц М.Г. Вейн А.М. Неврозы в эксперименте и в клинике М.: Наука. – 2004р. - С.136-138.
9. Бамдас Б.С. О клинических типах течения неврастении //Журнал невропатологии и психиатрии . 2009р., Т.54.- С.407-414.
10. Бахур В.Т. Неврозы и эндокринные функции организма //Журнал невропатологии и психиатрии. – 2006р., Т.77 вып.3. - С.348-356.
11. Бурдянский Д.Л. Современные формы неврозов с затяжным течением. - Харьков, 2007р. - С.60.

12. Вейн А.М., Родштат И.В., Колосова, Власов Н.А., Фшиман М.Н., Дюкова Г.М. Неврозы и вегетативные нарушения //Журнал высшей нервной деятельности им.И.П.Павлова.- М.:Наука,2005р..Т XXVII. вып.2. - С.385-387.
13. Волошин П.В., Воробьева Т.М., Сухоруков В.И. Роль биологических и социально-психологических факторов в происхождении истерического невроза //Журнал невропатологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. - М.:Медицина,2007р.. -вып.5. - С.59-64.
14. Волошин П.В. Організаційні питання поліпшення допомоги хворим на неврологічні, психічні і наркологічні захворювання //Український вісник психоневрології. вип.1. - Харків,2008р.. - С.3-4.
15. Волошин П.В., Липгарт Н.К., Опилат Т.В., Шатилло В.В. Диагностика и лечение вегето-сосудистых расстройств невротического генеза //Метод.рекомен.. - Харьков,2008р.- С.16.
16. Виш Н.М. Психотерапия при некоторых нервно- психических и соматических заболеваниях //Автореф. дис. канд. мед. наук.Тамбов- 2006р..- 17 С.
17. Гусов А.Л. Клинико-физиологическая характеристика соматогенной астении //Научно-практическая конференция.Краснодар,2007р.. - С.17-19.
18. Диагностика и лечение затяжных неврозов //Методические рекомендации. - Харьков,2009р. - С.1-4.
19. Дифференциально диагностические критерии разграничения форм и стадий течения неврозов //Информационное письмо ХНИИНП им.В.П.Протопопова, Харьков,2005р.. - С.3-6.
20. Доценко С.Н., Первомайский Б.Я. Неврозы (клиника и лечение). - Л.:Медицина,2005р. - С.61-158.
21. Евтушенко С.К., Капкан С.И. Аллергические и псевдоаллергические реакции в структуре функциональных и органических заболеваний нервной системы //Тезисы докладов на Пленуме Правления общества г.Киев 18-20 октября, - т.17 - М.,2008р.. - С.65-67.

22. Иванов В.В., Шнуренко Т.В. Особенности внушаемости больных истерическим неврозом // Журнал невропатологии и психиатрии, том 90, N10, 2007г. - С.92-93.
23. Иванов Н.В. О роли соматической реактивности в формировании психогенных реакций // В кн. Вопросы взаимоотношений психического и соматического в психоневрологии и общей медицине. - Л., 2009г. - С.205-207.
24. Калачев Б.П., Лакосина Н.Д., Даренский И.Д. Сравнительное исследование клинической динамики неврозов с различной выраженностью ипохондрического синдрома // Журнал Невропат. и психиатрия., 2006г., вып.11. - С.1679-1681.
25. Лакосина Н.Д. Неврозы и невротические развития // Руководство по психиатрии. - М.: Медицина, 2005г., Т.2, Под ред. Морозова Г.В.. - С.235-236.
26. Адаптации больных неврозами в процессе групповой психотерапии. - // Методические рекомендации. - Харьков, 2009г. - С.18.
27. Липгарт Н.К. Неврозы и неврозоподобные состояния органического генеза. - Врачебное дело, 2007г., вып.1. - С.112-117.
28. Липгарт Н.К., Марута Н.А. Клинические особенности эмоциональных нарушений у больных неврозами // Неврология и психиатрия. - Киев.: Здоров'я, 2006г., Вып.20. - С.117-119.
29. Матвеев В.Ф., Прокудин В.Н. Затяжные невротические реакции как начальный этап психогенных расстройств // Тезисы доп. VIII з'їзду невропатологів і психіатрів та наркологів. - Харків, 2007г. - С.202-303.
30. Мясищев В.Н. Соотношение психического и соматического при общих и системных неврозах // В кн. Вопросы взаимоотношения психического и соматического в психоневрологии и общей медицине. Тр. ин-та науч. исслед. психоневрол. ин-та им.Бехтерева В.М.. - Л., 2008г. - т.29. - С.193-204.
31. Немчин Т.А. Состояние страха при неврозах // Автореф. дис. канд. мед. наук. - Л., 2008г. - С.3-15.

32. Носков Г.Г. Клинико-психологические особенности механизмов формирования невротической тревоги при основных формах неврозов. - //Автореф.дисс.канд.мед.наук. - Л.,1987. - С.21.
33. Орликов А.Б. О клинической типологии тревожных состояний //Обзор психиатрии и мед.психологии им.В.М.Бехтерева. – 2007р. - С.57-64.
34. Панько Т.В., Теренковский Д.И. Диагностические особенности соматических проявлений при неврозах в современных условиях// Український вісник психоневрології, Т.3, вип.2(6), Харків, 2009р.С. 326-327.
35. Павленко В.Н. Нарушение целевой структуры деятельности и самооценка у больных неврозом и психопатией - Автореф.дисс.канд.мед.наук. - М.,2006р.. - 20 с.
36. Панин Л.Е., Соколов В.П. Психосоматические взаимоотношения при хроническом эмоциональном напряжении. - Новосибирск: Наука, 2007р. - 177 с.
37. Подкорытов В.С. Клинико-психопатологические особенности больных с затяжным течением невротического и истерического неврозов:Автореф.дисс.канд.мед.наук. - Л.,2009р.- 17 с.
38. Телешевская М.Э.,Буртянский Д.Л.,Филатов А.Т. Реабилитация больных неврозами. - Киев,2006р..
39. Тополянский В.Д.,Струковская М.В. Психосоматические расстройства. - М.:Медицина2006р.. - С.384.
40. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. 2-е изд.,перераб. и доп.- М.:Медицина,2008р.. - 304 с.
41. Kahn R.S. Zimeldine treatment of obsessive-compulsive disorder. Biological and neuropsychological aspects//Acta psychiatr. scand.-2005р..-V.69,N3.-P.259-261.
42. Kepinski A. Psychopatologia nerwic.- Warszawa, PZWL,2005р.- S.101-102.
43. Klein D.E. Psychopharmacologic treatment of panic disorder// Psychosomatics.- 2007р..-V.25,N10.-P.32-36.
44. Krieg J.C.,Bronisch T.,Wittchen N.U., von Zerssen D. Anxiety disorders: A long - term prospective and retrospective follow - up study of former inpatients

- suffering from an anxiety neurosis or phobia acta psychiatr.Scand.-2008p.,76,N1.-36-47.
45. Kuhn S., Meier N., Piepart O., Godoy G. Determination fluorimetrica de carbamazepina//Farmeco Ed.Prat.-2006p..-V.37,N9.-P. 296-303.
 46. Ladewig D. Dependence liability of the benzodiazepines//Drug Alcohol dep.-2009p..-V.13,N2.-P.139-149.
 47. Leaf P.J.,Weissman M.M.,Myers J.K.,Tischler G.L.,Holzen C.E. Social factors related to psychiatric disorder: The Vale Epidemiologic latchment Area Study. "Soc.Psychiat"- 2006p.,19, N 53-61.
 48. Lembruber V. Short-Term Psychotherapy. X world congress of Psychiatry Madrid, 2008p. Vol. I. P. 77
 49. Lesser R.P., Pippenger C.E. Choosing an antiepileptic drug. The case for individualized treatment//Postgrad.Med.-2005p. V.77,N4.-225-237.
 50. Lesur A.,Lemperiere T : Nevrose et depression. Sem.Hop.,2006p.,61, N 45, 3155-3162.
 51. L'Hysterie. Confort. Psychiatr.-2009p., N 25.- 11-23. Lilienfeld S.O., Van Valkenburd Ch., Latntz K.,Akiskal H.S. The relationship of hysterionic personality disorders to antisocial personality and somatization disorders. Psychopharmacology.-2007p.,90, N1.- 718-722.
 52. Linden M.,Exposure Treatment for focal phobias A. Riview.//Arch.J.Psychiatr.-2007p..-V.38, N7.- P.769-775.
 - 53.Константинович Т.В. Соматопсихічні та психосоматичні розлади в практиці лікаря-інтерніста: бронхіальна астма як модель соматопсихіатрії / НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія. – 2006. - №1 (1). Режим доступу: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2006/1%281%29/article-11/somatopsihichni-ta-psihosomatichni-roztladi-v-praktici-likarya-internista-bronhialna-astma-yak-model-somatopsihiatriyi#gsc.tab=0>
 - 54.Сборник психологических тестов. Часть I: Пособие / Сост. Е.Е.Миронова – Мн.: Женский институт ЭНВИЛА, 2005. – 155 с. (с. 16-18).
-