

Бен Карсон всегда с глубокой благодарностью говорит и пишет о своих коллегах, сотрудниках, учителях, друзьях. Но Главным Учителем для него всегда останется мать. Когда Соня Карсон ушла из жизни, скорбела вся Америка [1].

ЛИТЕРАТУРА

1. Карсон, Б. Золотые руки / Б. Карсон, С. Мерфи; [пер. с англ. О. Бухиной]. — Заокский: Источник жизни, 2017. — 224 с.

УДК 616.89-052-036.82-08:316.356.2

ЗНАЧЕНИЕ СЕМЬИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Мисевич К. И., Очереднюк А. Г.

Научный руководитель: д.м.н., доцент *И. М. Сквиря*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Проблемы психического здоровья в последнее время становятся все более актуальными. Это связано, прежде всего, со значительным ростом распространенности психических и поведенческих расстройств в мире и бременем, которое накладывает на общество эти болезни. Так, около 12–15 % взрослого населения планеты страдают этими заболеваниями, по тяжести социально-экономических последствий они вышли на второе место после сердечнососудистых заболеваний, на них приходится 19 % экономических потерь от всех болезней [1].

Для этой категории пациентов характерна выраженная социальная дезадаптация, затрагивающая различные стороны их жизни. Как правило, заболевание сопровождается нарастанием замкнутости, неуверенности в себе, страхом перед окружающей действительностью в связи с ее неадекватной оценкой, утратой эмоциональных контактов и социальных навыков. В конечном счете, все это приводит к «выпадению» лиц с психическими и поведенческими расстройствами из общества, что само по себе способствует прогрессированию болезни [2].

При этом не только сам пациент не способен поддерживать социальные связи в полном объеме, нередко его изоляции могут способствовать родственники. Для данных семей характерны жесткие границы, для них выражены семейные секреты, страх (желание скрыть от общества болезнь, страх, не болен ли он сам), возможно, игнорирование болезни. В отношении больного родственника семья может выполнять двоякую роль: либо провоцирующую возникновение или обострение психического заболевания, либо поддерживающую и реабилитирующую пациента [2].

В современной модели психиатрической помощи семья пациента занимает все более значимое место. Растет понимание того, что семья, как ближайшее окружение больного, способна оказывать на него существенное терапевтическое влияние.

Цель

Провести сравнительную оценку социально-психологического статуса одиноких и проживающих в семьях пациентов с психическими и поведенческими расстройствами.

Материал и методы исследования

С помощью анамнестического метода и анкетирования по русской версии опросника ВОЗКЖ-100 [3] нами было обследовано 30 пациентов психиатрических стациона-

ров учреждения «Гомельская областная психиатрическая больница». Критериями включения были: наличие органических, аффективных и невротических психических и поведенческих расстройств, а критериями исключения — наличие шизофрении и близких к ней расстройств, а также возраст пациентов менее 19 и более 65 лет. Согласно цели исследования все пациенты были разделены на две репрезентативные по полу, возрасту, нозологической принадлежности группы сравнения: первую группу составили 7 (23,3 %) одиноких пациента, а вторую — 23 (76,7 %) пациента, проживающих в семье. Статистическая обработка полученных результатов производилась с помощью пакета прикладных программ «MS Excel-2010». Вероятность отличий рассчитывали с помощью критерия ХИ-2-ТЕСТ. Уровень критической значимости соответствует $p = 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате исследования установлены следующие особенности пациентов групп сравнения (таблица 1).

Таблица 1 — Сравнительная характеристика одиноких и семейных пациентов по качеству жизни и медико-социальным показателям

Показатели	Одинокие (n = 7)		Семейные (n = 23)		P
	абс.	%	абс.	%	
Трудоспособны	3	42,9	20	87	< 0,05
Работающие пациенты	2	28,6	17	73,9	< 0,05
Повторные госпитализации за год	6	85,7	9	39,1	< 0,05
Удовлетворены социальной поддержкой	2	28,6	12	52,2	< 0,05
Удовлетворены жилищными условиями	3	42,9	14	60,9	> 0,05
Удовлетворены поддержкой друзей	2	28,6	22	95,6	< 0,05
Удовлетворены поддержкой окружающих	1	14,3	12	52,2	< 0,05
Удовлетворены качеством жизни в целом	2	28,6	13	56,5	< 0,05
Желание большей близости с людьми	6	85,7	13	56,5	< 0,05

Как следует из таблицы, по большинству показателей семейные пациенты превосходили одиноких. Так, среди 7 одиноких пациентов трудоспособных было 3 (42,9 %), а среди 23 семейных — 20 (87 %) ($p < 0,05$). Работали только 2 (28,6 %) из 7 одиноких и 17 (73,9 %) из 23 семейных пациентов ($p < 0,05$). Удовлетворенность поддержкой окружающих выказал только 1 (14,3 %) из 7 одиноких пациентов и 12 (52,2 %) из 23 семейных пациентов. Были удовлетворены социальной поддержкой, поддержкой друзей и в целом качеством своей жизни только 2 (28,6 %) одиноких пациента и 12 (52,2 %), 22 (95,6 %) и 13 (56,6 %) из 23 семейных пациентов соответственно ($p < 0,05$). При этом, из изученных параметров, только удовлетворенность жилищными условиями, хотя и выше была у семейных пациентов, но не достигала степени статистической значимости ($> 0,05$).

Таким образом, проанализировав полученные данные, мы обратили внимание на тот факт, что удовлетворенность семейных пациентов отношениями с друзьями, с окружающими и в целом качеством жизни, которая напрямую не зависит от наличия или отсутствия семьи, была значительно лучше, чем у одиноких пациентов ($p < 0,05$). Мы считаем, что это отражает внутренний, субъективный мир наших пациентов. Иными словами, наличие семьи, в большинстве изученных случаев, являлось положительным и благоприятным фактором для оценки качества жизни, лечения и реабилитации. Это подтверждалось и объективными показателями. Так, повторно в течение года были госпитализированы по поводу обострения психического и поведенческого расстройства 6 (85,7 %) из 7 одиноких пациентов и только 9 (39,1 %) из 23 семейных пациентов ($p < 0,05$).

Выводы

Исследование подтвердило, что семья играет важную роль в сохранении психического и физического благополучия. Проведенные исследования одиноких и сохраняю-

щих семейные взаимоотношения пациентов показывают, что для большинства одиноких психически больных людей характерен дефицит социальных отношений и неудовлетворенность ими, низкий уровень материально-бытовых условий и качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Евсегнеев, Р. А.* Психиатрия: что изменилось за последние три десятилетия / Р.А. Евсегнеев // *Здравоохранение.* — 2018. — № 12 (861). — С. 21–28.
2. *Александровский, Ю. А.* Психиатрия: национальное руководство / под ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 976 с.
3. *Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: пособие для врачей и психологов / Г. В. Бурковский [и др.].* — СПб.: СПб-ий НИИ им. В. М. Бехтерева, 1998. — 12 с.

УДК 616.895.4

НЕБРЕДОВАЯ (ПОСТАДДИКТИВНАЯ) ИПОХОНДРИЯ

Очереднюк А. Г., Мисевич К. И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. В. Толканец

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Со времен Гиппократов ипохондрия считалась тяжелым недугом. В современных реалиях установлен бредовый характер (бредовая ипохондрия), депрессивный (сенесто-ипохондрический вариант), обсессивный варианты. В МКБ-10 собственно ипохондрическое расстройство рассматривается в кругу невротических расстройств (F45.2: Ипохондрическое расстройство).

Особенностью рассмотренных случаев (7 пациентов) было развитие стойкой ипохондрии как модуса поведения у прежде стеничных лиц, выносливых и предприимчивых натур. Все пациенты отличались энергичностью, неумной активностью, включая выходные и отпускные дни. Больше половины занимались физическим оздоровлением. Преморбид пациентов характеризовался аффективной неустойчивостью, преимущественно с эпилептоидной акцентуацией и рудиментами диссоциального психотипа (в полной мере у одного пациента). Консультативный формат осмотра не исключает развернутых проявлений диссоциального расстройства личности (по А. Б. Смулевич, Б. А. Волель, Д. В. Романов, 2008).

У большинства пациентов были соматические субклинические проявления сосудистой патологии. Заболеванию предшествовали алкоголизация, производственное перенапряжение, психотравматизация (в одном случае). Заболевание манифестировало острой фобией с массивной симпат-адреналовой симптоматикой. Паникоподобные состояния, в отличие от канонических панических, были продолжительными, с гетерономными включениями (сенестоалгии, коэнестезиопатии), сопровождалась страхом смерти, переосмыслением смысло-жизненных установок, аномией, тектонической перестройкой мировоззрения (с коннотатом экзистенциального криза). После первичных тревожно-ипохондрических расстройств, формировались дистимия, ипохондрические развития. Экзистенциальные кризы обычно определяют дебют небредовой ипохондрии с радикальными изменениями прежде активного образа жизни и всего уклада с ограничением активности, погруженностью в болезнь [1]. Прежние стеничные, гедонистические установки сменялись ипохондрическим сдвигом, культ силы, драйва, движений — уходом в болезнь, удовольствие от движений трансформировалась в медицинскую аддикцию («амбулаторные скитания, медицинская одиссея»).