

Е.М. Денисов

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО СТАТУСА И НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: семейный статус, социальное функционирование, семейная реабилитация, параноидная шизофрения.

Значимость семейного окружения при проведении комплекса реабилитационных мероприятий, в том числе психофармакологической терапии и борьбы с рецидивами заболевания, отмечается рядом авторов [1,2,5], при этом подчеркивается, что социальные, в частности, семейные факторы имеют значительное влияние на характер течения заболевания у больных параноидной шизофренией (ПШ), так и на успех реабилитационных мероприятий в целом.

Согласно современным представлениям наиболее значимая роль в социальном функционировании (СФ) человека принадлежит не столько биологическим, сколько социально-психологическим ресурсам личности. Известно, что семейная реабилитация больных с ПШ мало зависит от симптоматики и формы заболевания и неоднозначно обуславливается типом течения и структурой дефекта, а также особенностями ближайшего для больного социального окружения – семьи, родственников, друзей [3,8].

Семья является средой обитания, где индивидуумы проводят значительную часть своей

жизни, а больные ПШ в силу особенностей своего заболевания, существенно ограничивающих их СФ, вынуждены, находясь в ней практически постоянно. При этом достаточно понятными представляются данные о том, что характер семейного статуса больных ПШ может сказываться на особенностях течения заболевания, социальной адаптации и качества жизни этих пациентов [3,7,9].

Ряд авторов указывают на зависимость состояния больных от эмоциональной атмосферы семьи, которая может влиять как на манифестацию болезни и ее рецидивирование, так и на их социальное восстановление [4, 5, 6].

Углубленное исследование семейных факторов в течении ПШ требует комплексного изучения их влияния на клинические, социальные и психологические характеристики больных.

Целью настоящего исследования явилась оценка семейного статуса и некоторых социально-психологических особенностей личности больных ПШ в зависимости от продолжительности болезни.

Материалы и методы исследования

Исследовано 120 больных с ПШ, которые были разделены на три группы. В 1 группу вошли 40 пациентов с длительностью заболевания до 10 лет, во 2 группу – 50 больных с продолжительностью заболевания больше 10 лет. Группу сравнения составили пациенты с манифестным приступом заболевания и его длительностью не более 6 месяцев. Среди изученных было 70 женщин (58,3%) и 50 мужчин (41,6%). Наследственная отягощенность присутствовала у 36,3% больных. Возраст респондентов варьировал от 15 до 65 лет. Средний возраст всех обследованных составлял $41,2 \pm 7,1$ лет. Средний возраст в группе сравнения составлял $24,2 \pm 3,5$, в 1 группе – $32,1 \pm 5,0$, во 2 группе – $51,8 \pm 5,3$. На момент обследо-

вания в наблюдаемых группах 95,6% больных являлись инвалидами I-II группы, из них 89,0% имели II группу, и только у 6,6% была I группа инвалидности. III группа инвалидности была у 4,4%. В группу сравнения вошли пациенты, которые не имели инвалидности, или находились на стадии ее оформления. Клиническая картина в 1 группе была представлена в основном галлюцинаторно-параноидным синдромом (47,5%), у 25% пациентов наблюдался аффективно-бредовый синдром, в 20% случаев - апатико-абулический и у 5% - парафренный синдром. Во второй группе определялись галлюцинаторно – параноидный (45%), апатико-абулический (40%), 10%-психопатоподобный, 5%-парафренный син-

дромы. В группе сравнения в 55% случаев отмечен аффективно-бредовый и у 45% галлюцинозно-параноидный синдром.

Обследование проводилось с помощью специально составленной карты, заполняемой врачом-психиатром. Карта включала некоторые социальные характеристики, разделенные на ряд блоков (возраст начала болезни, образование, инвалидность, семейное положение, условия проживания, профессиональная деятельность, межличностные и социальные контакты и т.д.). Кроме этого в карту входили ряд клинических характеристик (длительность болезни, количество госпитализаций за 5-ти летний период, психопатологический синдром, тип течения болезни, диагноз по МКБ-10). Характеристика семейных отношений определялась при помощи интервью с близким родственником, которое проводилось при госпитализации. Оценивались отношения больного с членами семьи, которые чаще всего взаимодействовали с больными и принимали наибольшее участие в процессе его лечения.

Для исследования социально-психологических параметров использовались методики уровня социального контроля (УСК) и методика исследования самооценки В. В. Столина (МИС).

Опросник УСК был направлен на измерение индивидуальных особенностей субъективного

контроля над разнообразными жизненными ситуациями и включал следующие шкалы: общий уровень субъективного контроля (О), шкалы УСК в области достижений (Д), неудач (Н), семейных (С), производственных (П) и межличностных отношений (М) и в отношении здоровья и болезни (З). Высокие показатели по этим шкалам свидетельствовали о высоком уровне субъективного контроля над соответствующими данной шкале ситуациями.

С помощью методики исследования самооценки В. В. Столина оценивали особенности субъективного отношения к себе и своему Я, включая прогнозирование постановку и достижение целей в межличностных и семейных отношениях, а также ожидание отношения к себе других субъектов и субъективные способы оценки и разрешения различных жизненных ситуаций. Девять шкал позволяли оценить осознанный уровень самооценки респондента, выявляя не только знак эмоционального отношения к себе в целом, но и его отдельные составляющие.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью ПЭВМ IBM PC Pentium-II с использованием стандартных статистических программ (корреляция Спирмана и Фишера).

Результаты обследования и их обсуждение

Анализ семейного положения исследуемых показал, что имеют свою семью и состоят в браке 25% больных 1 группы, 10% пациентов 2 группы, в отличие от группы сравнения - 33,3% ($p < 0,05$); никогда не вступали в брак 45% пациентов 1 группы и 62% — 2 группы, в отличие от группы сравнения — 60% ($p > 0,05$); были разведены в 1 группе - 25%, во 2 группе этот показатель составил 24% и только 6,7% больных были разведены в группе сравнения ($p < 0,05$). Овдовевших пациентов было 5% в 1 группе и соответственно 4% во второй.

Причины, по которым брак больных данных групп был расторгнут, можно разделить на две категории. Одной из основных причин распада семьи являлось неприятие здоровым партнером самого факта психического заболевания супруга и тем более госпитализация его в психиатрическую больницу (30%). Асоциальное поведение больного и агрессивность во время обострений (10%), бредовые идеи направленные на супруга или его родственников (10%) быстро приводили к разводу (особенно если здоровым парт-

нером был муж). Эмоциональная холодность, аутизм, эгоцентричность, нараставшие по мере углубления дефицитарных расстройств, также входили в круг наиболее значимых причин развода (15%). Другие причины разводов были аналогичны причинам разводов в общей популяции: алкоголизация (20% случаев), необоснованная ревность и измена здорового супруга или супруги (15%). В тоже время житейская беспомощность редко являлась непосредственной причиной прекращения семейных отношений, и наблюдалась только у больных женского пола.

При оценке семейного положения пациентов в исследуемых группах было отмечено значительное ($p < 0,001$) преобладание холостых мужчин (68%) над незамужними женщинами (32%). Максимальное количество инвалидов (соответственно 75 и 90%) наблюдалось среди разведенных и холостых пациентов.

Исследуя условия проживания больных с ПШ, можно сказать, что значительная часть больных первой и второй группы (соответственно 25% и 50%) были одиноки, то есть не имели

собственной семьи или близких родственников, или длительное время не поддерживали с ними отношений ($p < 0,05$ и $p < 0,001$, в отличие от группы сравнения, где этот показатель равнялся 10%). 45% больных в 1 группе и 30% во 2 проживали в родительских семьях, в сопоставлении с 50% пациентами в группе сравнения, ($p < 0,05$ и $p < 0,01$). С другими родственниками проживали 5% и 10% респондентов 1 и 2 группы, в группе сравнения этот показатель равнялся 6,7% ($p < 0,05$ и $p > 0,01$).

Оценивая внутрисемейное положение исследуемых, можно отметить, что среди пациентов, проживающих в семьях (супружеских, родительских, родственных), только 15% больных 1 группы и 8% 2 группы являлись главой семьи и основными кормильцами (в отличие от группы сравнения — 37%, $p < 0,05$ и $p < 0,001$). Примерно одинаковое количество больных (20% и 16%) 1 и 2 группы являлись равноправными членами семьи, могли распоряжаться домашним бюджетом, с их мнением считались, хотя оно и не являлось решающим ($p < 0,05$). В группе сравнения равноправными членами семьи себя считали 44,4% ($p < 0,001$). В тоже время 65% и 76% больных 1 и 2 группы занимали в се-

мье подчиненное положение и в значительной степени зависели (как материально, так и в отношении принятия решений) от других членов семьи. Данные соотношения являлись достаточно стабильными, особенно у больных с длительностью болезни более 10 лет. Статистические отличия от группы сравнения в данном случае составили $p < 0,05$, при том, что около 19% пациентов этой группы занимали в семье подчиненное положение. Приспособляемость внутри семьи инвалидов с длительным течением заболевания была сниженной, они не могли вести домашнее хозяйство, заботиться о материальном благополучии семьи, ограничивались лишь формальным выполнением отдельных поручений.

Социально-психологическое обследование больных с ПШ, обнаружило, что по данным опросника УСК (табл.1) пациенты, которые проживали в семьях значимо отличались от одиноких по шкалам: интернальности в области достижений и неудач, семейных отношений, в отношении здоровья и болезни, а по шкале интернальности в области межличностных отношений различия были выявлены на уровне тенденции.

Таблица 1

Уровень субъективного контроля у больных с параноидной шизофренией в зависимости от условий проживания

Условия проживания	О	Д	Н	С	П	М	З
Одинокие	5	4	5	5	5	5	5
Проживающие в семьях	6	6	7	7	5	8	7
<i>t</i>	0,23	0,38	0,33	0,51	0,24	0,7	0,87
<i>p</i>	$>0,05$	$<0,05$	$<0,05$	$<0,05$	$>0,05$	$<0,01$	$<0,05$

Примечание: О - общий уровень субъективного контроля, Д - уровень достижения, Н - неудачи, С - семейные отношения, П - производственные отношения, М - межличностные отношения, З - отношение к здоровью и болезни.

Из таблицы 1 видно, что больные, проживающие в одиночестве в меньшей степени, чем проживающие в семье, верят в возможность достижения успеха собственными силами, в тоже время в большей степени обвиняли самих себя в неудачах, которые были и существуют в их жизни. Пациенты, проживающие в семье, отличались более высокой направленностью на достижения, значительно превышающие показатели одиноких больных. Вместе с тем можно сказать, что по шкале интернальности в семейных отношениях больные, живущие с родными, получали значимо более вы-

сокие показатели, чем одинокие больные. Это свидетельствовало о том, что у больных, проживающих в семье, формировалось ощущение ответственности за свою семью. Кроме этого обнаруживались различия по шкале интернальности в межличностных отношениях и в отношении здоровья и болезни. У лиц, проживающих в семьях, этот показатель во всех случаях был выше.

При сравнении самооценок одиноких и проживающих в семьях пациентов при помощи методики МИС были выявлены значимые различия по некоторым шкалам (таб. 2).

Средние значения самооценок одиноких и живущих в семье больных с ПШ по методике МИС (M±m)

Шкалы	Одинокие	Проживающие в семьях	<i>p</i>
1	4,0±0,6	4,2±0,3	>0,05
2	3,2±0,9	7,1±0,1	<0,001
3	4,1±0,4	6,2±0,2	<0,05
4	3,0±0,3	3,5±0,7	<0,05
5	4,2±0,5	4,5±0,4	<0,05
6	5,0±0,1	6,7±0,2	<0,05
7	5,0±0,3	5,2±0,5	<0,05
8	7,0±0,2	5,7±0,4	<0,05
9	8,1±0,2	6,0±0,4	<0,05

Примечание: 1 - притязание, 2 - самоуверенность, 3 - саморукводство, 4 - самоутверждение, 5 - уравновешенность, 6 - открытость, 7 - подозрительность, 8 - внутренняя конфликтность, 9 - самообвинение.

Из таблицы 2 видно, что статистические различия между респондентами, проживающих в семьях, и одинокими наблюдались только во 2, 3, 8 и 9 шкалах данной методики. Анализируя вторую шкалу (самоуверенность) мы видим, что у одиноких больных этот показатель приравнивался к низкому баллу, в отличие от среднего балла пациентов, живущих в семье. Исходя из этого, можно было сделать предположение, что семейные больные воспринимают себя более самоуверенными в реализации своих мотивов, целей, у них наблюдался более высокий уровень притязаний. Они себя представляли как более самостоятельного индивидуума, с низким показателем внутренней напряженности. По 3 шкале (саморукводство) также у одиноких пациентов определялся низкий балл, в отличие от среднего балла сравниваемой группы. Это свидетельствовало о низкой способности управления своим поведением, направленным на достижение результатов той или иной деятельности. Кроме этого у них была низкая способность к саморегуляции, противостоять влиянию внешних обстоятельств. У одиноких пациентов по восьмой шкале (внутренняя конфликтность) отмечался высокий балл, что свидетельствовало о ролевом конфликте, противоречивой самооценке, о не критичности самовосприятия, характеризующейся отчуждением собственного Я и стремлением к глубокому проникновению в себя. Одна-

ко и у пациентов, живущих в семье, самооценка по этой шкале оказалась завышенной.

По 9 шкале (самообвинение) в группе одиноких пациентов наблюдался высокий балл, что свидетельствовало об их слабостях, неудачах, недостатках. Кроме этого, эти пациенты принимали на себя ответственность за неудачи, проявляющейся в самоупреках и самоукорах. Пациенты, проживающие в семьях, чувствовали себя более сильными, независимыми, решительными. Это согласуется с описанными данными методики УСК.

Таким образом, при оценке семейного статуса больных ПШ отмечено значительное количество больных, не имеющих своей семьи, особенно у длительно болеющих. Большое количество пациентов с длительным течением заболевания занимают подчиненное положение и в значительной мере зависят от родственников.

Существенно, что пациенты, проживающие в семьях, характеризовались большим уровнем субъективного контроля, который отображал степень СФ в области достижений, неудач, семейных и межличностных взаимоотношениях. Кроме этого, пациенты, находящиеся в семье, более высоко оценивали самоуверенность в собственных силах, реализацию своих мотивов, достаточно контролировали свою направленность на достижение результатов той или иной деятельности.

Выявленные социально-психологические особенности, связанные с тем или иным семейным статусом, могут отражаться не только на клинико-психопатологических проявлениях, но и на особенностях качества жизни и СФ больных ПШ.

Полученные данные необходимо использовать при планировании лечебно-реабилитационных мероприятий, ориентированных на социально-психологическое оздоровление семей больных параноидной шизофренией.

Є. М. Денисов

ОСОБЛИВОСТІ СІМЕЙНОГО СТАТУСУ І ДЕЯКІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ, У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТРИВАЛОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Донецький державний медичний університет, Україна

Було досліджено 120 хворих на параноїдну шизофренію. Показані соціально-демографічні особливості, сімейний статус, умови проживання хворих, відносини між членами родини, соціально-психологічні характеристики. Виявлені порушення у сімейному функціонуванні, дозволять розробити методи сімейної реабілітації хворих із тривалим плином захворювання. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 1 (11). — С. 53-57)

E.M. Denisov

THE PECULIARITY IN FAMILY STATE AND SOME SOCIAL-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTIC OF THE PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA DEPENDING ON DURATION OF ILLNESS

Donetsk State Medical University, Ukraine

The were studied performed in 120 hospitalized patients in paranoid schizophrenia. The discovery of social-demographic necessary, family groups social-psychological characteristic and other. It is allocate of group measures of the directions in family rehabilitation. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 1 (11). — P. 53-57)

Література

1. Варламов Э.В. Семья больных шизофренией и характер внутрисемейных взаимоотношений// Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., 1978.-С.47-53.
2. Гайда В.Л., Коцюбинский А.П. Исследования семьи и семейная терапия при шизофрении// Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., 1978.-С.20-32.
3. Солонишина Т.А, Шевченко Л.С., Сейку Ю. В, Рытик Э.Г, Беседина Л.В, Вещугина Т.С. Качество жизни родственников психически больных// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.- 1998.- в.6.-с.42-46
4. Birtwistle J, Brown S. People with schizophrenia and their families// British Journal of Psychiatry. 1998.-v. 173.-p.139-144.
5. Воловик В.М. Семейные исследования в психиатрии и их значение для реабилитации больных.//Клинические и

организационные основы реабилитации психически больных. Ред. М.М. Кабанов, К.Вайзе, М., 1980 г, с. 207-266.

6. Эшмаков А.П., Денисенко С.Г. К вопросу о роли микроклимата семьи при социально-трудовой реабилитации больных шизофренией// Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. Пермь, 1984, т.1, с.141-146.

7. Зайцев В.В. Влияние семейных отношений на социальную адаптацию и качество жизни больных шизофренией. Автореф. дисс. канд.мед.наук.-СПб., 1999. С.23.

8. Leff J.P. Patterns of emotional response in relatives of schizophrenic patients.-Schiz. Bull., 1998, v. 34, p.43-56.

9. McEvoy J.P., Alan J., Wilson W.H. Measuring chronic schizophrenic patients attitudes for arts their illness and treatment. Hospital and Community Psychiatry, 2001, v.32, p.856-872.

Поступила в редакцию 13.09.03