

УДК 616.89-084

*Никифоров Ю.В., Бурицев А.К., Пырков С.Г.***НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ**

Донецкий государственный медицинский университет. Ждановская психиатрическая больница

Ключевые слова: общественно опасные действия, профилактика, психически больные

На протяжении всей истории психиатрии профилактика общественно опасных действий (ООД) душевнобольных была в центре внимания специалистов. Этому вопросу посвящено немало число научных трудов отечественных и зарубежных авторов. Однако, несмотря на многочисленные исследования, посвященные этой теме, и попытки реформирования психиатрической помощи населению, тенденции к снижению общественно опасных действий среди психически больных не наблюдается [3,6,7].

Среди мер предупреждения ООД одно из важнейших мест занимает принудительное лечение [5,8]. Прежде всего, следует учитывать, что целью принудительного лечения является излечение или такое улучшение психического состояния больного, при котором он перестает представлять общественную опасность. При этом имеется ввиду, что общественная опасность психически больного во многом определяется такими психопатологическими проявлениями, которые обуславливают неправильное, неадекватное существующей ситуации поведение, в

результате чего может быть нанесен ущерб обществу и самому больному [4].

Разумное сочетание соответствующей медикаментозной терапии психических нарушений, адекватной системы социально-реабилитационных мероприятий, как полагают многие исследователи, станет решающим фактором повышения эффективности принудительного лечения [1,2,9]. Rintelen E. et. al. (1986) высказывают мнение, что хорошая реабилитация возможна при сочетании ряда условий: тщательного изучения анамнеза и обстоятельств правонарушения больного, хорошего контакта врача и органов правосудия, обеспечения регулярной заботы о больном, сохранения эмоциональной привязанности больного к терапевтической группе, по возможности - постоянной.

Вышеуказанное подтверждает актуальность клинико-психологических исследований больных, находящихся на принудительном лечении, с целью разработки дифференцированных методов профилактики их общественно опасного поведения.

Методы исследования

В соответствии с программой исследования было проведено обследование 20 больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении, в сравнении с 30 стационарными пациентами с той же патологией, госпитализированными добровольно, по методикам Шкала социального самоконтроля (ШСС) и Опросника межличностных отношений (ОМО). Шкала социального самоконтроля разработана в Ярославском государственном университете (1996 год) на основании одноименной шкалы, предложенной М.Снайдером в 1974 году. Теоретической концепцией, использованной при создании этой шкалы, является представление о self-monitoring. Оно обозначает такие взаимосвязанные процессы как самоконтроль и самонаблюдение, нацелен-

ные на достижение приспособленности. По мнению некоторых исследователей, вместо самоконтроля правильнее было бы говорить о самоуправлении и самооценке. Таким образом, существуют определенные трудности в переводе на русский язык понятия self-monitoring. Авторы русскоязычной версии ШСС в качестве эквивалентного термина предложили понятие «социальный самоконтроль». Под социальным самоконтролем понимается способность человека управлять своим поведением и выражением своих эмоций. Стремясь предстать перед окружающими в том или ином образе и отталкиваясь от собственного понимания социальной приспособленности люди в любой ситуации используют те или иные средства вербального или не-

вербального самовыражения. Адекватность и легкость этих средств обусловлены уровнем социального самоконтроля. Помимо интегративного показателя ШСС имеет три подшкалы: направленность на других (эта подшкала измеряет степень, в которой испытуемый в своем поведении руководствуется поведением окружающих), экстраверсии (измеряет степень выраженности соответствующего качества), «игра» (измеряет степень проявления актерских способностей индивида в повседневной жизни).

Методика ОМО является русскоязычной версией широко известного за рубежом опросника FIRO-B американского психолога Вильяма Шутца, разработавшего оригинальную теорию межличностных отношений. В теории межличностное поведение индивида объясняется на основе 3-х потребностей: включения, контроля и аффекта. Под термином аффект или аффекция понимается вся совокупность эмоциональных компонентов, сопровождающих межличностные отношения. Потребность включения - это потребность создавать и поддерживать удовлетворительные отношения с другими людьми, на основе которых возникают взаимодействие и сотрудничество. Для измерения потребности включения в методике используются две шкалы: Ie - выраженное поведение включения, которая отражает стремление принимать остальных, чтобы они имели интерес к индивидууму и принимали участие в его деятельности, а также активное стремление принадлежать к какому-либо социальным группам и быть как можно чаще среди людей; Iw - включение, как тре-

буемое поведение, отражает усилия индивидуума, направленные на то, чтобы другие приглашали его принимать участие в их деятельности, даже если он не прилагает к этому никаких усилий. Потребность контроля - это потребность создавать и сохранять удовлетворительные отношения с людьми, опираясь на контроль и силу. Потребность в контроле измеряется шкалами Ce и Cw. Первая из них измеряет выраженное поведение контроля, т.е. интенсивность попыток контролировать и влиять на остальных, стремление брать в свои руки руководство и принятие решение. Вторая шкала отражает требуемое поведение контроля, т.е. стремление к тому, чтобы индивидуума контролировали остальные, влияли на него, говорили, что он должен делать. Потребность в аффекте измеряется шкалами Ae и Aw. Шкала Ae отражает выраженное аффективное поведение, т.е. стремление быть в близких интимных отношениях с остальными, проявлять к ним дружеские, теплые чувства. Шкала Aw измеряет требуемое поведение аффекта, т.е. усилия больного, направленные на то, чтобы другие стремились быть к нему ближе и делились с ним своими интимными чувствами. Комбинации оценок по этим шести шкалам дают индексы объема интеракций (e+w) и противоречивости межличностного поведения (e-w) внутри и между отдельными областями межличностных потребностей.

Количественный состав групп предопределил использование при статистической обработке параметрического критерия Стьюдента.

Результаты исследования и обсуждение

Результаты исследования по методике ШСС представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Средние показатели по методике ШСС (Шкала социального самоконтроля)

| Группы | Показатели | Направленность на других | Экстраверсия | «Игра» | У |
|-------------------|------------|--------------------------|--------------|--------|--------|
| 1 группа | x | 2,85 | 1,35 | 0,85 | 5,85 |
| | Sx | 0,196 | 0,131 | 0,167 | 0,342 |
| 2 группа | x | 2,73 | 1,5 | 1,33 | 5,53 |
| | Sx | 0,185 | 0,156 | 0,138 | 0,324 |
| Достоверность «р» | | p>0,05 | p>0,05 | p>0,03 | p>0,05 |

Примечание: 1 группа - больные, находящиеся на принудительном лечении; 2 группа - больные контрольной группы

Средний показатель в группе больных, находящихся на принудительном лечении, в стандар-

тных баллах составил $5,85 \pm 0,34$, что соответствует среднему уровню оценок. Подобный ре-

зультат указывает на относительную сохранность способности контролировать свое поведение в соответствии с требованиями общества. Следует отметить, что уровень этого показателя у лиц, находящихся на добровольном лечении, статистически достоверно не отличается от указанного показателя. Таким образом, можно констатировать, что распространенное представление об обязательном нарушении способностей контролировать свое поведение у лиц, совершивших ООД, является преувеличенным. Средние показатели по субшкале направленности на других также не различаются между сравниваемыми группами. Другими словами, больные обеих групп в равной степени руководствуются в формировании своего поведения поведением окружающих. Средний показатель по субшкале экстраверсии в группе больных, находящихся на принудительном лечении, достоверно ниже ($p < 0,05$) соответствующего показателя в группе, лечащихся добровольно. Подобное обстоятельство, по нашему мнению, может быть объяснено тем, что в условиях более длитель-

ного пребывания в отделении больные основной группы в определенной степени утрачивают интерес к реалиям внешнего мира и обнаруживают снижение познавательной активности. Подобная тенденция может рассматриваться как один из аспектов развивающегося при длительном стационарном лечении «госпитализма».

Средний показатель по субшкале «игра» в группе больных, находящихся на принудительном лечении, составил $0,85 \pm 0,17$, что достоверно ниже ($p < 0,03$), чем в сравниваемой группе. Такой результат отражает снижение способности к творческой модификации поведения, снижение способности к подстройке под поведение других людей. Можно предположить, что это снижение также связано с более длительным пребыванием в закрытых стационарах, где детринируются в своих поведенческих и коммуникативных навыках. После выписки такие больные будут испытывать больше трудностей в приспособлении к обыденным жизненным условиям.

Средние показатели по методике ОМО представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Средние показатели по методике ОМО (Опросник межличностных отношений)

| Группы | Показатели | Шкалы методики ОМО | | | | | | | | | | | |
|-------------------|------------|--------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | J | | | | C | | | | A | | | |
| | | e | w | e+w | e-w | e | w | e+w | e-w | e | w | e+w | e-w |
| 1 группа | x | 4,0 | 4,15 | 8,15 | 0,15 | 3,6 | 3,85 | 6,28 | -0,2 | 5 | 4,65 | 9,7 | 0,9 |
| | Sx | 0,429 | 0,697 | 1,06 | 0,638 | 0,505 | 0,519 | 1,08 | 0,683 | 0,481 | 0,509 | 0,834 | 0,657 |
| 2 группа | x | 4,57 | 4,43 | 8,83 | 0,267 | 5,07 | 4,07 | 9,13 | 0,867 | 4,23 | 4,13 | 8,43 | 0,067 |
| | Sx | 0,348 | 0,444 | 0,698 | 0,431 | 0,429 | 0,383 | 0,617 | 0,538 | 0,324 | 0,331 | 0,52 | 0,362 |
| Достоверность «р» | | p>0,05 | p>0,05 | p>0,05 | p>0,05 | p>0,03 | p>0,05 | p>0,01 | p>0,05 | p>0,05 | p>0,05 | p>0,05 | p>0,03 |

Примечание: J - потребность включения; C - потребность контроля; A - потребность в аффекте; 1 группа - больные, находящиеся на принудительном лечении; 2 группа - больные контрольной группы

Практически все показатели по шкалам находятся в диапазоне средних оценок (4-5 баллов), что указывает на сохранность у больных обеих групп способности к достаточно эффективному межличностному общению. Это противоречит обывательскому и, к сожалению, нередко распространенному представлению среди врачей о фатальной неспособности социально опасных больных ужиться в обществе. Индекс общего объема интеракций по всем трем потребностям находится в средних пределах возможных значений, что также подтверждает то, что больные, находящиеся как на принудительном, так и на добровольном лечении, сохраняют достаточно высокую потенциальную способность к установлению межличностных связей.

Дополнительную информацию об объеме ин-

теракций в рамках реализации основных потребностей дает сравнение индексов (e+w) внутри групп у больных, находящихся на принудительном лечении. Установлен достоверно более высокий объем интеракций в рамках потребности аффекта по сравнению с объемом интеракций в рамках потребности контроля. Такой результат разрушает широко распространенное мнение о том, что больные, совершившие ООД, отличаются особенной черствостью, бесчувственностью и стремлением опираться на применение силы во взаимоотношениях с другими людьми. На самом деле выявляется достаточная заинтересованность таких больных в установлении интимных, доверительных контактов, что открывает возможности для проведения коррекционной и психопрофилактической работы в значительно больших масштабах, чем это практикуется в настоящее время.

При оценке степени противоречивости межличностного поведения достоверные различия на уровне $p < 0,02$ установлены лишь в группе сравнения между соответствующим показателем потребности контроля и аффекта. В области контроля противоречивость ниже, чем в области аффекта, что говорит о большей представленности у больных находящихся на добровольном лечении выраженного аффективного поведения. Другими словами, эти больные чаще активно стремятся к установлению доверительных, близких отношений с окружающими, чем используют опору на силу, подавление других. Такая, более приемлемая, линия поведения имеет место у больных группы сравнения не в последнюю очередь, потому что они менее длительно находятся в закрытом стационаре.

При сравнении показателей по шкалам методики ОМО в сравниваемых группах установлен ряд достоверных отличий. Так, например, выраженное поведение контроля ($3,6 \pm 0,51$) достоверно менее представлено ($p < 0,04$) у пациентов, находящихся на принудительном лечении. Этот факт не подтверждает высказанное ранее мнение о преобладании у больных, находящихся на принудительном лечении тенденций опираться на силу в установлении межличностных отношениях. Скорее, можно констатировать обратное: в ходе длительного лечения в закрытом

стационаре больные утрачивают навык проведения активной жизненной тактики в общении с другими людьми. Подобное явление может быть отнесено к числу проявлений «госпитализма». Сделанный вывод подтверждает и достоверно более высокий объем интеракций контроля в группе больных, находящихся на добровольном лечении ($p < 0,008$).

У больных, находящихся на принудительном лечении, показатель противоречивости аффективного поведения достоверно выше ($p < 0,03$). Это подтверждает тот факт, что больные данной группы остаются достаточно сохранными в сфере активного поведения, т.е. чаще, чем даже больные из группы сравнения, могут проявлять инициативу в установлении аффективно значимых, насыщенных эмоциональных связей. Это обстоятельство может быть использовано при проведении активных реабилитационных мероприятий.

Суммируя полученные результаты, можно заключить, что больные, совершившие ООД, несмотря на длительное пребывание в закрытых отделениях, сохраняют потенциальную открытость для проведения реабилитационных мероприятий. Вместе с тем, само по себе длительное пребывание в стационаре вызывает социальную детринированность и тем самым снижает реабилитационный потенциал таких больных.

Никифоров Ю.В., Бурцев А.К., Пирков С.Г.

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ МІЖОСОБИСТІСНИХ ВЗАЄМВІДНОСИН У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРИМУСОВОМУ ЛІКУВАННІ

Донецький державний медичний університет, Ждановська психіатрична лікарня, Україна

На основі дослідження з використанням опитувальників Шкала соціального самоконтролю М.Снайдера та Опитувальника міжособистісних відносин В. Шутца 20 хворих на шизофренію, які перебувають на примусовому лікуванні, зроблено висновки про наявність у таких хворих досить великого реабілітаційного потенціалу та про певний негативний вплив занадто тривалого лікування у стаціонарі. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 125-130).

Nikiforov Yu.V., Burtsev A.C., Pyrkov S.G.

SOME PECULIARITIES OF THE INTERPERSONAL RELATIONS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA ON FORCED TREATMENT

Donetsk State Medical University, Regional Mental Hospital of Zhdanovka, Ukraine

On the base of the investigation with the use of M.Snyder's Scale of Self-monitoring and W.Schutz's Firo-B questionnaire 20 inpatients with schizophrenia on forced treatment the conclusions about existence in such patients enough substantial potential for rehabilitation and about certain negative effect of too prolonged treatment in the close department is carried out. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 126-130).

Литература

1. Боброва И.Н., Демонина Д.П. Принципы социальной реабилитации больных с непсихотическими формами психических расстройств, совершивших общественно опасные действия // Вопросы реабилитации психически больных, совершивших общественно опасные действия. - М., 1989. - С.7-12.
2. Кондратьев Ф.В. Судебно-психиатрический аспект функционального диагноза и индивидуализированные программы профилактики общественно опасных действий психически больных // Профилактика общественно опасных действий психически больных. - М., 1986. -С. 16-24.
3. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. - М., 1995. - 255с.
4. Морозов Г.В., Шостакович В.В. Теоретические и методологические вопросы профилактики общественно опасных действий психически больных // Меры медицинского характера в системе профилактики общественно опасных действий психически больных. - М., 1987. - С.3-24.
5. Наталевич Э.С., Ахмарова В.К., Посохова В.И. Об эффективности принудительного лечения, по данным повторных судебно-психиатрических экспертиз // Вопросы реабилитации психически больных, совершивших ООД. - М., 1989. - С.71-78.
6. Незнанов Н.Г. Клинико-психопатологическая характеристика, прогнозирование и психофармакологическая коррекция агрессивного поведения у больных психическими заболеваниями// Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. - Санкт-Петербург, 1994. - 38 с.
7. Никонов В.П. Особенности внебольничной профилактики ООД больных непсихотическими проявлениями шизофрении // Журнал социальная и клиническая психиатрия. -N3. - 1993. - С.42-46.
8. Первомайский В.Б. Назначение, отмена и изменение принудительных мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших ООД // Методические рекомендации. - Киев, 1988.- 25с.
9. Подрезова Л.А., Израэль Е.Н. ООД больных в инициальном периоде шизофрении и вопросы принудительного лечения // Вопросы диагностики в судебно-психиатрической практике. - М., 1987. - С.55-62.
10. Rintelen E., Gabbert Th. Rehabilitation psychisch kranker und geistig behinderter rechtsbrech - eine langzeitstudie (1969-1984) // Rehabilitation. - 1986. - Vol.25. -N.1 - P.24-29.

Поступила в редакцию 7.12.1999г.