

КОНТЕКСТУАЛЬНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ РЕСУРСУ СІМЕЙНОЇ ПІДТРИМКИ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАРАНОЇДНОЮ ШИЗОФРЕНІЄЮ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Обстежено 168 референтних родичів пацієнтів із параноїдною шизофренією з урахуванням психопатологічного профілю хвороби. Визначено три типи ресурсу сімейної підтримки (достатній, обмежений, низький) залежно від тривалості хвороби. Досліджено взаємозв'язок між типом сімейного ресурсу та актуальним психологічним станом референтних родичів. Установлено, що майже у половини з них відзначаються прояви депресивного реагування дисфорично-дистимічного змісту, які поряд із високим рівнем невротизації досягають свого максимуму при тривалості хвороби у пацієнта понад чотири роки.

Ключові слова: референтний родич, шизофренія, сімейний ресурс, депресія, невротизація.

Сім'я відіграє вирішальну роль у загальній ефективності лікування хворих на шизофренію та соціальному функціонуванні як пацієнта, так і його найближчого оточення [1–3]. У добре інтегрованих сім'ях за належної біологічної спрямованості терапії значно знижується ризик екзацербачій шизофренічного процесу у пацієнтів та його небажаних наслідків як для самого хворого, так і для його родичів [4–6].

Шизофренія є тяжким прогресивним психічним захворюванням, при якому страждає не лише хворий, але й найближчі члени його родини. При цьому факт перебування хворого в сім'ї має свої позитивні сторони, але одночасно породжує чимало проблем. Проживання в сім'ї при адекватному її ставленні до пацієнта дає йому ряд переваг, забезпечуючи соціальну та фінансову підтримку, захист від ізоляції, бездомності й стресових життєвих ситуацій. Але у той же час реакція сім'ї на хворобу та її лікування буває неоднозначною, оскільки порушується гомеостаз сімейної системи (ролі, межі, очікування, бажання, надії) [7–9]. Лише за наявності адекватних психологічних особистісних ресурсів родичів у сім'ях, де проживають пацієнти з шизофренією, вдається підвищити ефективність їх лікування [7, 10].

Метою нашого дослідження було вивчення актуального психологічного стану референтних родичів (РР) пацієнтів із параноїдною шизофренією в контексті формування ресурсу їх сімейної підтримки.

За умови інформованої згоди було обстежено 168 сімей пацієнтів із параноїдною шизофренією: 74 з них мали власну родину (було обстежено їхніх дружин, чоловіків), 94 — проживали з батьками (було обстежено одного з батьків).

Таким чином, основну групу (ОГ) РР становили дружини пацієнтів, чоловіки пацієнток

та один із батьків обстежених хворих. Власний матеріальний стан 29,7% сімей характеризували як незадовільний, 66,1% родин констатували порушення міжособистісних стосунків, що виникли через появу в сім'ї хворого на шизофренію. Контрольну групу (КГ) становили 55 сімей, де не проживають психічно хворі.

Із метою уточнення особливостей формування актуального ресурсу щодо пацієнтів із шизофренією в хронологічному аспекті всі РР були розподілені на три групи. До першої основної групи (ОГ1) увійшли 57 РР, у сім'ях яких проживали пацієнти з тривалістю хвороби до чотирьох років, до ОГ2 (58 РР) — відповідно тривалістю від чотирьох до восьми років, до ОГ3 (53 РР) — вісім і більше років.

У ході дослідження використовували анамnestичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний і статистичний методи. Ресурс сімейної підтримки вивчали за В. А. Абрамовим, І. В. Жигуліною, Т. Л. Ряполовою [1]. Рівень невротизації визначали за Л. І. Вассерманом, діагностику рівня депресивного реагування проводили за допомогою опитувальника В. Зунга у модифікації Т. І. Балашової [11].

Одним із важливих чинників, який впливає на загальну ефективність лікування хворих на шизофренію, є ресурс сімейної підтримки пацієнта, завдяки якому визначається готовність РР надати йому допомогу. Перед тим як проводити структуроване інтерв'ю, ми проінформували РР про клінічні особливості захворювання, його динаміку, подальший соціальний прогноз, особливості терапевтичної тактики, необхідність підтримуючого лікування, соціальної та емоційної підтримки в сімейному середовищі. Акцентували увагу на тому, що лише сімейна підтримка може допомогти пацієнту налагодити його стосунки з оточуючими,

Вираженість ресурсу сімейної підтримки референтних родичів пацієнтів із шизофренією залежно від тривалості їхньої хвороби

Тип ресурсу	ОГР 1, n = 57		ОГР 2, n = 58		ОГР 3, n = 53	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Достатній	26	45,6	19	15,5	4	7,5
Обмежений	23	40,3	27	46,5	21	36,2
Низький	8	14,1	22	37,9	28	52,3

розширити соціальні контакти, використовувати адекватну ситуації соціальну роль та необхідні навички, формувати систему самообслуговування.

Загальний аналіз дослідження ресурсу сімейної підтримки в обстежених нами РР показав, що у 35 (20,8%) із них він був достатнім (12,4±0,9 бала). Такі особи розуміли весь спектр порушень зміни життєвого стереотипу сім'ї, виявляли позитивне ставлення до проблем та труднощів пацієнта, намагалися надати йому емоційну і фінансову підтримку. Вони конструктивно вирішували всі нагальні проблеми, що були пов'язані з проживанням пацієнта в сім'ї та його лікуванням, чітко уявляли собі межу між потребами та реальними й нереальними очікуваннями.

Допомога хворому члену сім'ї є важливим елементом її функціонування. Тому більшість РР незважаючи на всі складнощі розвитку ситуації, настільки допомагають пацієнту з шизофренією в умовах сім'ї, що відчують себе достатньо реалізованими, в той час коли інші можуть вважати допомогу психічно хворій людині надто обтяжливою для власного життя. У 84 (50,0%) РР реєструвався обмежений ресурс сімейної підтримки (26,2±1,3 бала), проявами якого були: зменшення піклування про хворого родича, нездатність адекватно оцінити об'єм необхідної для хворого терапії, небажання вчасно звертати увагу на потреби хворого. Такі особи були не зацікавлені у формуванні позитивної міжособистісної взаємодії, не зовсім реально оцінювали подальші перспективи проживання хворого у сім'ї, вважали, що збільшення навантаження на сім'ю призведе до погіршення її психологічного мікроклімату. Обмежений ресурс сімейної підтримки може формуватись і внаслідок того, що РР надто інтенсивно включаються у процес піклування про хворого члена сім'ї, навіть більше, ніж це необхідно. Звужується коло їхніх інтересів, бажань, потреб, виникає страх соціальної ізоляції, розвиваються стани хронічної незадоволеності тим, що відбувається, оскільки вони не можуть задовольнити власні потреби РР у відпочинку, спілкуванні, сексуальному житті тощо. Низький ресурс (31,5±0,4 бала) сімейної підтримки виявлявся у 48 (29,2%) РР пацієнтів із шизофренією, що свідчило про наявність дисбалансу між

пріоритетними сферами задоволення потреб членів сім'ї та необхідністю піклуватися про хворого. Респонденти вважали, що є дуже багато інших сімейних проблем, окрім хворого в сім'ї, звертали увагу на те, що пацієнт повинен сам вирішувати свої проблеми, їх не турбували його психічний стан та ставлення до терапії.

Аналіз дослідження ресурсу сімейної підтримки залежно від загальної тривалості хвороби (табл. 1) показав, що у РР пацієнтів із шизофренією тривалістю до чотирьох років переважає достатній та обмежений ресурс сімейної підтримки (85,9%), в той час коли при тривалості хвороби від чотирьох до восьми років та восьми і більше років — обмежений та низький сімейний ресурс: відповідно 84,4 та 88,5%.

Дослідження рівня депресії (за методикою В. Зунга) свідчить, що у 66,6% обстежених РР реєструються прояви депресивного реагування різного ступеня вираженості. Так, з усього загалу обстежених (97 чоловіків та 71 жінка) 87 (51,8%) осіб не виявляли ознак депресивного реагування (48,3±0,4 бала). У 55 РР (32,7%) реєструвалися легкі прояви депресивного стану. Такі особи вказували на підвищену безпричинну втомлюваність, стійке тривале зниження настрою, що супроводжується порушенням нічного сну, раннім пробудженням (о 3–4-й годині ночі), посилене серцебиття, відсутність почуття радості та задоволення від життя, постійні думки про безперспективність подальшого майбутнього, труднощі у спілкуванні, відчуття безпорадності та відчаю (вираженість депресивного реагування 54,1±2,0 бала). У 26 осіб (12,0%) відзначалися прояви маскованої депресії (61,3±0,5 бала). У клінічній картині депресивного реагування на перший план виступали соматичні скарги, які виходили за рамки певного терапевтичного захворювання. Зовнішні ознаки депресивного афекту обмежувались депресивними інтонаціями, скаргами на відсутність почуття задоволення (ангедонія), вміння радити (настрій типу «афективної притупленості, гіпотімії»). Загалом скарги були недиференційованими, за типом «соматизований дискомфорт». Доволі часто єдиними симптомами були порушення травлення або ж відчуття посиленого серцебиття, мігруючі

алгії, астения, порушення сну. Почуття тривоги виникало лише епізодично в конкретних значущих ситуаціях, що суб'єктивно оцінювалось РР як «дискомфорт», необґрунтований песимізм, почуття зневіри, невдоволення навколишнім. У ситуації напруги (на тлі конфліктів із пацієнтом) неприємні відчуття, алгії посилювались, ставали більш диференційованими, локальними. З'являлось не типове для РР почуття безпричинної втоми, необхідність великого волевого зусилля у виконанні звичних обов'язків, слабшали інтереси, захоплення, багато що робилось «механічно, за інерцією». Подекуди відзначалися прояви дисфорично-дистимічного змісту, іпохондричні скарги. Коливання настрою супроводжувалися порушенням сну, особливо засинання, реєструвався сон із частими пробудженнями та відсутністю відчуття бадьорості вранці.

Таким чином, у 48,2% РР виявлялися ознаки депресивного стану. В ОГ1 лише у 21 (25,9%) РР були ознаки депресивного реагування, в ОГ2 — у 44 (54,3%) РР та в ОГ3 — у 16 (19,8%).

Установлений високий ($26,6 \pm 0,4$ бала) рівень невротизації у 89 (52,9%) РР пацієнтів із шизофренією порівняно з КГ ($p < 0,001$). Так, в обстежених ОГ1 невротизація становила $21,2 \pm 0,4$ бала, в ОГ2 — $27,1 \pm 0,9$ бала та в ОГ3 — $24,1 \pm 0,5$ бала, в опитуваних у КГ — $17,3 \pm 1,4$ бала. Отже, найвищий рівень невротизації спостерігався у тих РР пацієнтів із шизофренією, у яких тривалість хвороби була від чотирьох до восьми років, що виявлялося соціальною невпевненістю, труднощами у спілкуванні, вираженою емоційною напруженістю, зокрема переживаннями тривоги, неспокою, роздратованості, безсилля. Крім того, поступово у таких осіб формувалися переживання, що були пов'язані з незадоволенням бажань, егоцентризмом особистісної спрямованості, яка призводила до іпохондричної фіксації на соматичних відчуттях та особистісних недоліках й супроводжувалася труднощами в спілкуванні, соціальною боязкістю і залежністю. Низький рівень невротизації у РР свідчив про те, що такі особи виявляли емоційну стійкість, спокій та оптимізм, ініціативність, незалежність, відчували власну гідність, соціальну впевненість та легкість у міжособистісному спілкуванні.

Дослідження взаємозв'язку показників рівня невротизації, депресивного реагування та певного типу ресурсу сімейної підтримки показало наявність позитивної кореляції між невротизацією, депресивним реагуванням та обмеженням і низьким ресурсами сімейної підтримки ($r = 0,663$ та $r = 0,561$), низьким рівнем невротизації та достатнім ресурсом сімейної підтримки ($r = 0,632$). Дещо знижений кореляційний зв'язок визначався між легким ступенем депресивного реагування та обмеженням ресурсом сімейної підтримки ($r = 0,245$).

Таким чином, наявність у сім'ї психічно хворого завжди призводить до порушень психоемоційного реагування у всіх її членів, що формує певні негативні наслідки у міжособистісній взаємодії та впливає на ефективність терапії. Виділено три варіанти ресурсу сімейної підтримки у РР пацієнтів із шизофренією: низький, обмежений, достатній.

Установлені особливості свідчать про те, що у РР нівелюються емпатійно-афіліативні тенденції у міжособистісній взаємодії, формуються нові дистанційні стосунки з емоційно-ригідними компонентами негативного змісту та відсутністю піклування. У 48,2% з них виявляються ознаки депресивного стану, переважно масковані (соматизовані) депресивні стани дисфорично-дистимічного змісту, що, поряд із високим рівнем невротизації РР, досягали свого максимуму при тривалості хвороби у пацієнта більше чотирьох років, що необхідно враховувати при розробці програм психоосвіти та психокорекції РР пацієнтів із шизофренією.

Список літератури

1. *Абрамов В. А.* Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова.— Донецк: Каштан, 2009.— 584 с.
2. *Гурович И. Я.* Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова.— М.: Медпрактика, 2004.— 492 с.
3. *Корман Т. А.* Семейное бремя родителей больных шизофренией. Избранные труды / Т. А. Корман: материалы науч.-практ. конф. с междунар. участием «Актуальные проблемы внебольничной психоневрологической помощи детскому и взрослому населению», 21–22 мая 2009 г., Санкт-Петербург.— СПб., 2009.— С. 147–148.
4. *Корман Т. А.* Качество жизни родителей больных шизофренией. Избранные труды / Т. А. Корман, В. В. Бочаров // Материалы науч.-практ. конф. с междунар. участием «Актуальные проблемы внебольничной психоневрологической помощи детскому и взрослому населению», 21–22 мая 2009 г., Санкт-Петербург.— СПб., 2009.— С. 149–150.
5. *Лутова Н. Б.* Отношение членов семьи больных шизофренией к медикаментозному лечению / Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева.— 2009.— № 4.— С. 43–46.
6. *Ференди Я.* Семья: система, которую нельзя игнорировать / Я. Ференди, Я. Абарбанель // Шизофрения; под ред. М. Мэйа, Н. Сарториуса.— К.: Сфера, 2005.— 231 с.
7. *Уорнер Р.* Шизофрения и среда / Р. Уорнер.— К.: Сфера, 2004.— 145 с.

8. Dyck D. G. Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers / D. G. Dyck, R. Short, P. Vitaliano // *Psychosomatic Medicine*.— 2009.— Vol. 61.— P. 411–419.
9. Hoenig I. The schizophrenic patient in the community and his effect on the household / I. Hoenig, M. W. Hamilton // *Int. J. Soc Psychiatry*.— 2006.— № 12.— P. 165–176.
10. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика: методики и тесты / Д. Я. Райгородский.— М.: Бахрах-М, 2011.— 672 с.
11. Прибытков А. А. Нарушение социального функционирования больных шизофренией / А. А. Прибытков // *Социальная и клиническая психиатрия*.— 2012.— Т. 22, № 4.— С. 27–29.

КОНТЕКСТУАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕСУРСА СЕМЕЙНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Е. Я. ПШУК

Обследованы 168 референтных родственников пациентов с параноидной шизофренией с учетом психопатологического профиля болезни. Определены три типа ресурса семейной поддержки (достаточный, ограниченный, низкий) в зависимости от продолжительности болезни. Исследована взаимосвязь между типом семейного ресурса и актуальным психологическим состоянием референтных родственников. Установлено, что почти у половины из них отмечаются проявления депрессивного реагирования дисфорически-дистимического содержания, которые наряду с высоким уровнем невротизации достигают своего максимума при продолжительности болезни у пациента более четырех лет.

Ключевые слова: референтный родственник, шизофрения, семейный ресурс, депрессия, невротизация.

CONTEXTUAL FACTORS OF RESOURCE GENERATION FOR FAMILY SUPPORT OF PARANOID SCHIZOPHRENIA PATIENTS

Ye. Ya. PSHUK

The study involved 168 relatives of patients with paranoid schizophrenia considering psychopathological profile of the disease. Three types of family support resources (sufficient, limited, low) depending on the duration of the disease were identified. Interrelation between the type of family life and the psychological state of the current reference relative was revealed. It was found that about half of them had depressive response of dysphoric-dysthymic type, which, together with high levels of neurotization reached their maximum at the duration of the disease over 4 years.

Key words: reference relative, schizophrenia, family resource, depression, neurotization.

Надійшла 27.08.2015