

АНАЛІЗ СІМЕЙНОГО ЗДОРОВ'Я ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ В ОДНОГО З БАТЬКІВ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Наведено результати вивчення особливостей функціонування сімей, в яких один із членів хворіє на параноїдну форму шизофренії. Досліджено значення та вплив сімейних чинників на процес формування клінічних особливостей, ступінь вираженості і перебіг психічних розладів у дітей, які зростають у таких родинах. Проведено системно-структурний аналіз 124 подружніх пар, результати якого свідчили про порушення майже усіх компонентів і складових здоров'я сім'ї. Виявлено роль психогенних і соціогенних факторів у генезі сімейної дезадаптації і показано можливості диференційованого психотерапевтичного впливу.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, функціонування сім'ї, типи виховання, порушення психічного здоров'я дітей.

Останнім часом в Україні спостерігається інтенсивний розвиток служб сім'ї, широке коло організацій різноманітного профілю допомагають родинам із різними проблемами. Порушення взаємин у сім'ї є актуальною проблемою на сучасному етапі розвитку психіатрії, а проблема виховання дітей виходить за рамки суто медичної, оскільки має найважливіше соціальне значення [1].

Аналіз психопатологічних змін у пацієнтів із шизофренією нерідко свідчить про те, що в основі багатьох феноменів лежать первинні зміни інстинктивної сфери [2] і пов'язані з ними потяги, спонукання, емоції, що майже у 100% випадків призводить до порушення взаємин із близькими в родині та до формування сімейної дисгармонії [3]. У таких родинах батьки не здатні доповнювати одне одного у зв'язку з неможливістю знайти спільне рішення, відсутністю єдності поглядів, взаємної довіри [4].

Для «шизофреногенних сімей» характерні суперництво батьків, постійна загроза їх розлучення та залучення дитини на свій бік у вирішенні сімейних конфліктів [5]. Психотична симптоматика у хворих на параноїдну форму шизофренії та ступінь вираженості її проявів суттєво впливають на їхню поведінку в сім'ї, що, безумовно, негативно позначається на адекватності їх взаємин із найближчими родичами та власними дітьми. Ступінь вираженості психічної декомпенсації у членів родини хворого на шизофренію, яка спричинена їхньою реакцією на його захворювання, залежить від рольових позицій, особистісних особливостей родичів, рівня соціальної дезадаптації хворого, динаміки кризової ситуації в сім'ї [6].

Проте для успішного використання сімейного реабілітаційного ресурсу необхідні дослідження, спрямовані на визначення специфічних влас-

тливостей внутрішньосімейного функціонування в родинах психічно хворих із різними моделями взаємодії, для розробки в подальшому тактики їх психосоціальної реабілітації з акцентом на виявлені особливості ресурсних можливостей сім'ї [7, 8].

Метою дослідження було вивчення особливостей функціонування сімей, в яких один із батьків хворіє на параноїдну форму шизофренії, та впливу змін психічної діяльності осіб із психічними порушеннями на якість стосунків у сім'ї і на можливість розвитку психотравмуючої ситуації, яка впливає на дітей.

Під нашим спостереженням перебували 124 подружні пари, в яких у 68 (54,84%) випадках жінка хворіла на параноїдну форму шизофренії, а в 56 (45,16%) спостереженнях психічне захворювання було у чоловіка. Тривалість шлюбу у 104 (83,87%) подружніх пар становила від 10 до 15 років. У 81 (65,32%) сім'ї було по одній дитині, у 42 (33,87%) — по дві і в 1 (0,81%) — троє дітей.

Усі обстежені були віком від 22 до 45 років (середній вік — 32,4 року). Середня кількість їх госпіталізацій — 2,7 (від 1 до 27). Ініціальний період параноїдної форми шизофренії частіше перебігав із неврозподібними розладами у 79 (63,71%) хворих. Маніфестувало захворювання параноїдним синдромом у 61 (49,19%) випадку, синдромом Кандинського — Клерамбо — у 44 (35,48%). Перебіг у 106 (85,48%) хворих мав нападopodobно-прогресивний характер, а у 18 (14,51%) — безперервно-прогресивний.

Із метою більш повного аналізу сімейного здоров'я та порівняння впливу хвороби на стосунки в сім'ї як з боку психічно хворої матері, так і з боку батька усіх обстежених розподілили на три групи. До I основної групи увійшли 56 по-

дружніх пар, де чоловік страждав на параноїдну форму шизофренії, до II основної групи — 68 сімейних пар, в яких це психічне захворювання виявилось у матері, і до III, контрольної, групи долучено 30 сімей, в яких жодної психічної патології не виявлено. Обстежено також 168 дітей, які виховувалися в 124 сім'ях. Дослідження проводилось із використанням клініко-анамнестичного та клініко-психопатологічного методів.

При вивченні психічного статусу дітей згідно з розподілом по групах та у порівнянні з контрольною групою спостерігалися порушення психічної діяльності, серед яких домінували поведінкові та емоційні розлади, що починаються у дитячому і підлітковому віці (F90 — F98 за МКХ-10), які було виявлено у 38,69% обстежених дітей, та невротичні, пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади (F40 — F48) — у 35,12%. Велику вагу становили також поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями (F50 — F59), — 26,19% дітей.

Типологію сімей вивчали згідно з класифікацією родин [9]. Для дослідження психоемоційного реагування батьків на психічні розлади, що спостерігалися в їхніх дітей, використовували методику, розроблену В. С. Підкоритовим та ін. [10]. Ураховувалися шість описаних авторами типів сприйняття: ігноруючий, поверховий, демонстративно-героїчний, сором'язливо-катастрофічний, самообвинувачувальний, адекватний.

Згідно з класифікацією родин, розробленою М. В. Бєро, серед сімей I та II основних груп достовірно вищою була кількість авторитарних — 113 (91,12%), в той час як у контрольній групі їх виявилось 6 (20,00%), $p < 0,01$. У контрольній групі усі сім'ї були соціально інтегрованими та у переважній більшості екстравертованими — 23 (76,67%). В основних групах відзначалася значна кількість інтравертованих сімей — 110 (88,81%), а соціально інтегрованих зовсім не було, $p < 0,01$. Крім того, суттєве розходження спостерігалось в адаптивності. Так, у контрольній групі всі родини були гармонійними, в основних гармонійних не виявлено жодної. При цьому дисгармонійних родин було 87 (70,16%), псевдогармонійних — 37 (29,84%). Кількість сімей, які були орієнтовані на одного з членів родини — батька або матір, не відрізнялася достовірно в основних і контрольній групах ($p > 0,05$). В основних групах було виявлено 14 (11,29%) патологічних сімей, перш за все за рахунок алкогольних, але, враховуючи їх невелику кількість, достовірного значення цей показник не мав. В усіх досліджених сім'ях основних груп спостерігалось сполучене ураження функцій родини, причому виховна функція була порушена в 100% випадків, емоційна — у 89,55%.

За всіма показниками типології сім'ї не було достовірних розбіжностей між I і II основними групами ($p > 0,05$), тобто вплив патологічного процесу на функціонування сім'ї в цілому майже не залежить від статі хворого. Перш за все це пов'язане з тим, що в сучасних умовах ролі в сім'ї між батьком і матір'ю розподілені приблизно однаково.

Для виявлення впливу особливостей характеру батьків та порушень функціонування їх сімей у досліджуваних групах на можливість формування в їхніх дітей невротичних, поведінкових та емоційних порушень нами за допомогою клініко-анамнестичного аналізу було вивчено типи виховання дітей у сім'ях, де один із батьків хворіє на параноїдну шизофренію. Так, гармонійного типу виховання не виявлено в жодній з основних груп, тоді як у контрольній групі у 24 (80,00%) сімей визначався саме такий тип ($p < 0,01$). Вплив симптоматики параноїдної шизофренії позначався передусім на гіпопротективному вихованні — 38 (67,85%) сімей в I групі та 39 (57,35%) — в II групі порівняно з 2 (6,66%) випадками гіпопротекції в контрольній групі ($p < 0,01$).

У значній кількості сімей, де батько або мати хворіє на параноїдну шизофренію, діти виховувалися в умовах недостатньої емоційної прихильності. Так, у 34 (60,71%) родин із I основної групи та у 37 (54,41%) II групи відзначалося емоційне відторгнення під час виховання, тоді як у контрольній групі таких випадків не було ($p < 0,01$). Достовірно частіше порівняно з контрольною групою спостерігалися гіперпротективний тип виховання — 46 (37,09%) сімей, та виховання в умовах моральної відповідальності — 32 (25,80%) випадки ($p < 0,05$). Достовірних розбіжностей за типами виховання між I і II групами не було ($p > 0,05$). Виражені астеничні та астеноневротичні прояви у членів сімей психічно хворих визначали гіпопротективний тип виховання у 62,60% досліджених сімей. Слід звернути увагу на те, що такі особливості сімейних відносин, як бажання проводити весь час із сім'єю, з дітьми та прагнення до піклування у батьків основних груп спостерігалися значно рідше порівняно з контрольною ($p < 0,05$), що свідчить про низьке залучення їх до виховання дітей та невиконання своїх сімейних функцій.

Ураховуючи наявність у 92,34% дітей, які виховувалися в обстежених сім'ях, розладів поведінки та емоцій, було проведено дослідження сприйняття кожним із батьків основного захворювання дитини, що має велике значення для сімейної адаптації (таблиця).

При цьому виявилось, що в обох групах у батьків, хворих на шизофренію, найчастіше спостерігалися ігноруючий і поверхневий

Типи сприйняття батьками захворювання своїх дітей

Сприйняття захворювання дитини	Основні групи							
	I, n = 56				II, n = 68			
	батько		мати		батько		мати	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Ігноруюче	22	39,28	5	8,93	7	10,29	24	35,29
Поверхневе	18	32,14	10	17,86	10	14,71	18	26,47
Демонстративно-героїчне	4	7,15	14	25,00	21	30,88	3	4,41
Сором'язливо-катастрофічне	9	16,07	15	26,78	17	25,00	11	16,18
Самообвинувачувальне	2	3,58	9	16,07	7	10,29	9	13,24
Адекватне	1	1,78	3	5,36	4	5,88	3	4,41

типи сприйняття, тоді як у їхніх здорових сімейних партнерів — демонстративно-героїчний і сором'язливо-катастрофічний у матерів та демонстративно-героїчний і самообвинувачувальний у батьків. Адекватний тип сприйняття траплявся у психічно хворих батьків лише в 3,22% випадків, а у здорових — у 5,64% сім'ях від загальної кількості обстежених родин. У більшості обстежених родин — 108 (87,09%) — відзначалося неузгоджене сприйняття батьками психічних розладів у дітей.

Результати аналізу, в якому ми співставили типи виховання дітей із типом реагування батьків на розлади їх поведінки та емоцій показали певну залежність між цими характеристиками. Так, демонстративно-героїчне ставлення до хвороби дитини частіше за все сполучалося з такими типами виховання, як домінуюча гіперпротекція або гіпопротекція і емоційне відторгнення. Сором'язливо-катастрофічне сприйняття, як правило, відзначалося в умовах емоційного відторгнення або жорстких взаємовідносин. При ігноруючому реагуванні батьків на хворобу дитини виховання проводилося більшою частиною за типом гіперпротекції, а при поверховому реагуванні — гіпопротекції. Самообвинувачувальне сприйняття сполучалося переважно з вихованням дітей за типом гіпопротекції з яскраво вираженим у сім'ї культом хвороби.

У родин, де один із батьків хворіє на параноїдну форму шизофренії, навіть у рідкісних випадках адекватного сприйняття батьками психічних або невротичних розладів у дитини жоден із дітей не отримував гармонійного виховання, що було пов'язано з порушенням міжособистісних стосунків між батьками.

Таким чином, характер психічнохворих як батьків, так і матерів визначався психопатологічною феноменологією параноїдної шизофренії і негативно впливав на виконання своєї сімейної ролі, виступаючи одним із головних чинників формування сімейної дисгармонії. Внаслідок порушення якісних емоційних зв'язків у досліджених сім'ях та невідповідності сімейно-рольових

позицій у всіх родин, страждали виховна і емоційна функції, що виступало чинником емоційної депривації, постійних конфліктів та ігноруючого ставлення до дитячих проблем у сім'ях та створювало умови постійно діючої психотравмуючої ситуації. Проведений аналіз дає змогу виявити роль психо- і соціогенних факторів у генезі сімейної дезадаптації та відкриває можливості диференційованого психотерапевтичного впливу.

Практична потреба оптимізації лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на відновлення сімейного функціонування в родин, де один із батьків хворіє на параноїдну форму шизофренії, визначає необхідність подальшого вивчення чинників формування сімейної дезадаптації та особливостей взаємодії в таких родин.

Список літератури

1. *Матковская Т. Н.* Невротические расстройства у подростков в современном социуме / Т. Н. Матковская // Укр. вісн. психоневрології.— 2002.— Т. 11, вип. 32.— С. 116–118.
2. *Лебедев Д. С.* Клинико-эпидемиологические и психологические особенности состояний психической дезадаптации у детей / Д. С. Лебедев // Архив психіатрії.— 2004.— Т. 10, № 2 (37).— С. 42–46.
3. *Абрамов В. А.* Психосоциальная реабилитация больных шизофренией: моногр. / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова.— Донецк: Каштан, 2009.— 584 с.
4. *Майборода К. А.* Патоперсонология шизофрении и внутрисемейная конфликтность / К. А. Майборода // Медицинские исследования.— 2001.— Т. 3, вип. 1.— С. 34–35.
5. *Головина А. Г.* Особенности семейного статуса больных шизофренией / А. Г. Головина // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.— 1998.— Т. 98, № 1.— С. 16–21.
6. *Штаньков С. И.* Медико-социальные аспекты оказания помощи больным шизофренией / С. И. Штаньков, В. Л. Рыкова // Фундаментальные исследования.— 2013.— № 3 (2).— С. 411–414.

7. *Ikebuchi E.* Support of working life of persons with schizophrenia / E. Ikebuchi // *Seishin Shinkeigaku Zasshi*.— 2006.— Vol. 108, № 5.— P. 436–448.
8. *Маркова М. В.* Особливості сімейної взаємодії та адаптації в родині у пацієнтів, хворих на шизофренію, з точки зору психотерапевтичного потенціалу сім'ї / М. В. Маркова, В. О. Діхтяр // *Укр. вісн. психоневрології*.— 2010.— Т. 13, вип. 3 (64).— С. 133–134.
9. *Беро М. П.* Концепция совершенствования лечебно-профилактической помощи больным с пограничными психическими расстройствами / М. П. Беро // *Архив психиатрии*.— 2004.— Т. 10, вип. 2 (37).— С. 65–66.
10. *Підкоритов В. С.* Сприйняття психічних порушень хворими на розлади особистості органічного походження / В. С. Підкоритов, В. Н. Кузьмін, О. Г. Шепель // *Архів психіатрії*.— 2001.— № 4.— С. 88–91.

АНАЛИЗ СЕМЕЙНОГО ЗДОРОВ'Я ПРИ ШИЗОФРЕНІИ У ОДНОГО ИЗ РОДИТЕЛЕЙ

Л. В. ЖИВОТОВСКАЯ, А. А. КАЗАКОВ, В. В. БОРИСЕНКО

Приведены результаты изучения особенностей функционирования семей, в которых один из членов болеет параноидной формой шизофрении. Исследованы значение и влияние семейных факторов на процесс формирования клинических особенностей, степень выраженности и течение психических расстройств у детей, которые растут в таких семьях. Проведен системно-структурный анализ 124 супружеских пар, результаты которого свидетельствовали о нарушениях почти всех компонентов и составляющих здоровья семьи. Выявлена роль психо- и социогенных факторов в генезе семейной дезадаптации и показаны возможности дифференцированного психотерапевтического влияния.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, функционирование семьи, типы воспитания, нарушения психического здоровья детей.

ANALYSIS OF FAMILY HEALTH AT SCHIZOPHRENIA IN A PARENT

L. V. ZHYVOTOVSKA, O. A. KAZAKOV, V. V. BORYSENKO

The authors report the results of the study of the functioning of families with a member suffering from paranoid schizophrenia. Significance and impact of family factors on development of clinical features, severity and course of mental disorders in children who grow up in such families were investigated. A systemic structural analysis of 124 married couples showed disorders of almost all components of family health. The role of psychogenic and sociogenic factors in the development of family deadaptation was revealed, which opens the possibility of differentiated psychotherapeutic influence.

Key words: paranoid schizophrenia, family functioning, types of education, mental health of children.

Надійшла 21.08.2015