

К. В. Шкода

ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТІСНОЇ ТА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ДРУЖИН І МАТЕРІВ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З ТРИВАЛИМИ ТЕРМІНАМИ ЗАХВОРЮВАННЯ

К. В. Шкода

Особенности личностной и социально-психологической дезадаптации жен и матерей больных параноидной шизофренией с длительным сроком заболевания

K. V. Shkoda

The features of personal and social-psychological maladjustment of wives and mothers patients with paranoid schizophrenia with long diseases

З метою вивчення індивідуально-психологічних і соціально-психологічних особливостей дезадаптації у дружин і матерів хворих на параноїдну шизофренію (ПШ) з тривалими термінами захворювання, для визначення мішеней подальшої психокорекційної роботи на базі Харківського обласного психоневрологічного диспансеру за період 2012—2016 рр. клініко-психопатологічним і психодіагностичним методами було обстежено 320 найближчих родичів хворих на ПШ чоловіків — матерів або дружин. Групу 1 склали матері пацієнтів, що проживали в батьківській сім'ї (166 родин), групу 2 — дружини психічно хворих, що мали власні сім'ї (154 родини).

Психологічний профіль матерів хворих на ПШ свідчив про більш виражені ознаки особистісної дезадаптації, порівняно з дружинами, що виявлялося вищими показниками депресії та тривожності, більшою вираженістю іпохондричних тенденцій та вищим ризиком психосоматичної предиспозиції, та розглядалось як прояви невротизації за неврастенічним типом.

Психологічний профіль дружин хворих на ПШ свідчив про наявність виражених ознак особистісної дезадаптації з переважанням гіпостенічних форм реагування, прагненням до уникнення психотравмуючих ситуацій, конформізмом, ескапізмом, актуалізацією аффіліативних та рефлексивних тенденцій. Домінування стійкого депресивного і тривожно-депресивного емоційного забарвлення формувало специфічні патохарактерологічну та патоперсоналогічну картини особистісних змін.

Соціально-психологічна дезадаптація встановлена в усіх обстежених, при цьому у матерів вона була більш вираженою ($148,14 \pm 31,80$ бали), ніж у дружин ($143,72 \pm 33,78$ бали). За структурою соціально-психологічної дезадаптації достовірних різниць не виявлено: в обох групах проблемними зонами виявлені прийняття себе, неприйняття інших, емоційний дискомфорт, домінування і підкорюваність.

Виявлені закономірності були враховані нами під час розроблення відповідних корекційних заходів для цього контингенту.

Ключові слова: мати хворого на параноїдну шизофренію, дружина хворого на параноїдну шизофренію, особистісна й соціально-психологічна дезадаптація

С целью изучения индивидуально-психологических и социально-психологических особенностей дезадаптации у жен и матерей больных параноидной шизофренией (ПШ) с длительными сроками заболевания, для определения мишеней дальнейшей психокоррекционной работы на базе Харьковского областного психоневрологического диспансера за период 2012—2016 гг. клинико-психопатологическим и психодиагностическим методами было обследовано 320 ближайших родственников мужчин, больных параноидной шизофренией. Группу 1 составили матери пациентов, проживающих в родительской семье (166 семей), группу 2 — жены психически больных, имевших собственные семьи (154 семьи).

Психологический профиль матерей больных ПШ свидетельствовал о более выраженных признаках личностной дезадаптации, по сравнению с женами, что проявлялось высокими показателями депрессии и тревожности, большей выраженностью ипохондрических тенденций и высоким риском психосоматической предиспозиции, что рассматривалось как проявления невротизации по неврастеническому типу.

Психологический профиль жен больных ПШ свидетельствовал о наличии выраженных признаков личностной дезадаптации с преобладанием гипостенической формы реагирования, стремлением к избеганию психотравмирующих ситуаций, конформизмом, эскапизмом, актуализацией аффилиативных и рефлексивных тенденций. Доминирование устойчивой депрессивной и тревожно-депрессивной эмоциональной окраски формировало специфические патохарактерологическую и патоперсоналогическую картину личностных изменений.

Социально-психологическая дезадаптация установлена у всех обследованных, при этом у матерей она была более выраженной ($148,14 \pm 31,80$ балла), чем у жен ($143,72 \pm 33,78$ балла). По структуре социально-психологической дезадаптации достоверных различий не выявлено: в обеих группах проблемными зонами выявлены принятие себя, неприятие других, эмоциональный дискомфорт, доминирование и подчинение.

Выявленные закономерности были учтены нами при разработке соответствующих коррекционных мероприятий для данного контингента.

Ключевые слова: мать больного параноидной шизофренией, жена больного параноидной шизофренией, личностная и социально-психологическая дезадаптация

In order to study individual psychological and social-psychological maladjustment features of wives and mothers suffering from paranoid schizophrenia (PS) with a long term illness, to determine targets psycho further work, at the Kharkiv regional neuropsychiatric clinic in the period from 2012 to 2016 with clinical psychopathological and psychodiagnostic methods were examined 320 mothers or wives of patients with PS. Group 1 patients accounted patient's mothers (166 families), group 2 — patient's wife's (154 families).

The psychological profile of mothers of patients with PS testified more pronounced signs of personal maladjustment, compared with wives who discovered higher rates of depression and anxiety, greater severity of hypochondriacal tendencies and a higher risk of psychosomatic features and viewed as manifestations of neuroticism by neurotic type.

The psychological profile of the wives of patients with PS testified to the presence of pronounced signs of maladjustment personal dominated hypostenic forms of response, the desire to avoid stressful situations, conformism, escapism and reflective tendencies. Domination resistant depression and anxiety-depressive emotions formed specific pathopsychological picture and personality changes.

Psychosocial exclusion installed in all the patients, in their mothers, it was more pronounced (148.14 ± 31.80 points) than wives (143.72 ± 33.78 points). The structure of social and psychological maladjustment significant differences were found: in both groups, the problem areas identified himself adoption, rejection of others, emotional discomfort, domination and conformity.

Identified patterns were taken into consideration by us in the development of appropriate remedial measures for this group.

Keywords: mother of the patient with paranoid schizophrenia, the wife of a patient with paranoid schizophrenia, personality and social-psychological maladjustment

Проблема дезадаптації у найближчих родичів хворих на шизофренію є важливою складовою комплексної проблеми сімейної та соціальної дезінтеграції, асоційованої з шизофренічним розладом [1].

Наявність у родині хворого на параноїдну шизофренію (ПШ) є надзвичайно потужним хронічним психоемоційним стресом, при цьому процес сімейної дезінтеграції зачіпає не лише самого хворого, а й його родичів, у яких виявляється широкий спектр психопатологічних змін [2—4]. Деякі автори пропонують розглядати родичів хворих на ПШ як «самостійних пацієнтів», які переживають серйозну психічну травму і потребують медико-психологічної допомоги [5]. Більшість членів родин хворих на шизофренію зазнають фізичне чи психологічне насильство, а також хронічний стрес внаслідок фінансових труднощів, соціального ostrакізму та стигматизації, відчуваючи значний психологічний тягар [6—10].

Ігнорування змін родинної системи може нівелювати зусилля лікарів за рахунок упередження членів сім'ї, їхньої стигмою, амбівалентністю, неправильним ставленням. Без своєчасного втручання родинна здатність адаптуватися до вимог хвороби родича знижується, що негативно впливає на стан як психічно хворого, так і інших членів родини [11—13].

Саме тому вивчення сімейного гомеостазу є потрібним задля адекватного планування заходів психосоціальної реабілітації в комплексному лікуванні пацієнта.

Метою цієї роботи було вивчення індивідуально-психологічних і соціально-психологічних особливостей дезадаптації у дружин і матерів хворих на ПШ з тривалими термінами захворювання, для визначення мішеней подальшої психокорекційної роботи.

На базі Харківського обласного психоневрологічного диспансеру за період 2012—2016 рр. клініко-психопатологічним і психодіагностичним методами було обстежено 320 найближчих родичів хворих на ПШ чоловіків — їх матерів або дружин. Давність захворювання складала $12,7 \pm 3,4$ роки. Групу 1 склали матері пацієнтів, що проживали в батьківській сім'ї (166 родин), групу 2 — дружини психічно хворих, що мали власні сім'ї (154 родини).

Індивідуально-психологічні властивості вивчали за допомогою стандартизованого багатofакторного методу дослідження особистості (СМДО), який є кваліфікованим методом вивчення особистісних характеристик і ступеня адаптованості обстежуваного [14]; соціально-психологічні особливості досліджували з використанням методики діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers, R. F. Dymond у модифікації А. К. Осницького [15], призначеної для вивчення особливостей соціально-психологічної адаптації і пов'язаних з цим рис особистості.

Для статистичного оброблення даних використовували процедури первинної та вторинної (кореляційної та варіаційної) статистики. Оброблення даних під час статистичного аналізу проводили на персональному комп'ютері за допомогою ліцензійного офісного пакета Microsoft Excel та пакета прикладних програм Statistica (StatSoft Inc., США).

У профілях особистості дружин та матерів хворих на ПШ виявляються як спільні закономірності, так і значущі відмінності (табл. 1).

Так, профілі дружин хворих на шизофренію характеризуються домінуванням 2 шкали (песимістичності) (рис. 1). Кількісні показники за цією шкалою ($69,39 \pm 15,24$ Т-бали)

Таблиця 1. Показники за методикою СМДО у дружин та матерів хворих на ПШ з тривалими термінами захворювання ($M \pm m$, Т-бали)

Номер та назва шкали СМДО	Дружини	Матері	p
L (Брехні)	47,47 ± 7,36	47,55 ± 6,09	> 0,05
F (Достовірності)	59,39 ± 12,09	59,40 ± 13,34	> 0,05
K (Корекції)	48,37 ± 9,68	49,20 ± 8,43	> 0,05
1 (Надконтролю)	59,43 ± 9,14	62,98 ± 12,02	< 0,05
2 (Песимістичності)	69,39 ± 15,24	73,13 ± 13,43	< 0,05
3 (Емоційної лабільності)	57,39 ± 9,36	55,08 ± 5,67	< 0,05
4 (Імпульсивності)	52,94 ± 8,42	54,05 ± 7,44	> 0,05
5 (Мужності-жіночності)	46,89 ± 11,61	46,22 ± 11,39	> 0,05
6 (Ригідності)	55,89 ± 7,35	56,01 ± 7,94	> 0,05
7 (Тривожності)	67,48 ± 14,39	70,41 ± 13,12	< 0,05
8 (Індивідуалістичності)	65,22 ± 10,72	66,77 ± 8,86	< 0,05
9 (Оптимістичності)	47,60 ± 12,33	45,41 ± 10,92	> 0,05
0 (Інтроверсії)	60,61 ± 6,82	61,16 ± 6,27	> 0,05

наближаються до межового рівня (70 Т-балів), що можна інтерпретувати як переважання пасивної особистісної позиції, високий рівень усвідомлення наявних проблем через призму незадоволеності та песимістичної оцінки власних перспектив, схильність до роздумів, інертність у прийнятті рішень, виражена глибина переживань, скептицизм, самокритичність, невпевненість у собі і своїх можливостях. Л. Н. Собчик (1991, 2003) вважає, що акцентування профілів особистості за шкалою песимістичності можна розцінювати як ознаку репресивності егоцентричних тенденцій і залежності від значимої особистості [14].

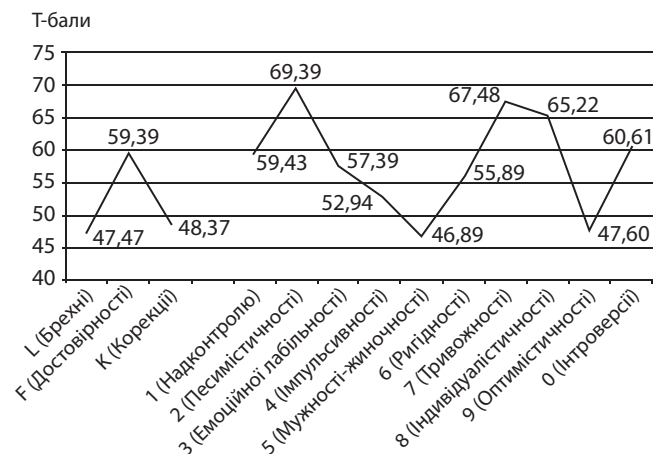


Рис. 1. Усереднений профіль за методикою СМДО у дружин хворих на ПШ з тривалими термінами захворювання

Провідною потребою є аффіліативна потреба (прання розуміння, любові, доброзичливого ставлення до себе), однак, саме ця потреба у таких особистостей є незадоволеною і найбільш фрустрованою, що значною мірою визначає зону психотравмуючого впливу. У стресогенній ситуації виявляється тенденція до стоп-реакцій, блокування активності, готовність слідувати за лідером, пасивність. Провідним захисним механізмом є відмова

від самореалізації та посилення контролю свідомості. Особистості з провідною характеристикою песимістичності відрізняються високою ранимістю і чутливістю до повсякденних стресів, песимістичною оцінкою власних можливостей у ситуації конфлікту і загальним фаталізмом з готовністю поступатися об'єктивній ситуації, а не трансформувати її. Нереалізовані потреби у таких особистостей сублімуються, їм притаманна низька стійкість до стресу. Загальною тенденцією поведінкових паттернів при таких особливостях профілю є усвідомлення психологічних проблем з відмовою від реалізації власних намірів та стійким реактивним зниженням настрою.

Високі показники за шкалою песимістичності у профілі дружин хворих на ПШ поєднуються з підйомом показників за 7 шкалою («тривожності»). Ця шкала також належить до індикаторів гіпостенічного, гальмівного кола. У профілі досліджуваної групи підвищення профілю за шкалою тривожності (67,48 ± 14,39 Т-бали) виявляє переважання пасивно-страждальної позиції, невпевненість у собі та у майбутньому розвитку ситуації, високу чутливість і залежність від середовищних впливів, надмірну чутливість до небезпеки. У таких особистостей превалює мотивація уникнення неуспіху, сенситивність, настанова на конгруентні відносини з оточуючими, залежність від думки більшості. Провідними потребами є позбавлення страхів та невпевненості, відхід від конфронтації, душевний консонанс з іншими. Характерологічні трансформації при цьому визначаються підвищеною обов'язковістю, підвищеною тривожністю щодо побутових проблем, тривогою за долю близьких, емпатійністю, виражена залежність від об'єкта прив'язаності. Таким особистостям притаманні персеверативне мислення, нестійка увага з вираженими автохтонними коливаннями у поєднанні з надмірним почуттям відповідальності, рефлексивністю, надмірною самокритичністю, заниженою самооцінкою та схильністю до obsesивно-компульсивних розладів за типом нав'язливих сумнівів. Поріг толерантності до стресу знижений, у ситуації стресу відбувається блокування або пасивне слідування за більшістю або лідером. Основний захисний механізм — обмежувальна поведінка та ритуальні (нав'язливі) дії, що у повсякденному можуть трансформуватися у марновірство, фанатичну релігійність або надмірну заклопотаність інтересами сім'ї.

Характерною особливістю психологічного профілю досліджуваного контингенту є підвищені показники за 8 шкалою (індивідуалістичності), яка займає третю позицію у профілі (65,22 ± 10,72 Т-бали). У загальному контексті виявлених особистісних особливостей це можна інтерпретувати як гіпостенічні ознаки з тенденцією до обмеження контактів із зовнішнім середовищем, некомунікабельністю, схильністю до роздумів, вибірковою у контактах, суб'єктивізмом у оцінці людей та явищ, важкістю адаптації. До описаних вище захисних реакцій уникнення та відмови від самореалізації додається механізм інтелектуальної переробки стресогенної інформації та відходу до світу мрій та фантазій. Для таких особистостей характерні також образливість, ранимість, хворобливе самолюбство, схильність до фіксації на негативних переживаннях, переживання незручностей під час соціальних контактів, незрозумілість для оточуючих мотивів поведінки суб'єктів. На думку Л. Н. Собчик, наявність підвищених показників індивідуалістичності у тріаді найвищих шкал у профілі особистості виявляє

зниження рівня соціальної адаптації та загальної продуктивності, розгубленість, відірваність від реальності, порушення сну [14].

У профілі особистості дружин хворих на ПШ важливе місце посідають ознаки інтроверсії (показник за цією шкалою склав 60,61 ± 6,82 Т-бали), які поглиблюють гіпостенічні риси і послаблюють або нівелюють стенічні. Для таких особистостей характерні пасивність власної позиції, знижений рівень залученості до соціального середовища, ескапізм, замкненість, сором'язливість, обмеження соціальних контактів, відгородженість та відчуженість; помірне підвищення показників за шкалою інтроверсії, яке виявлено в обстежуваних групі, є також індикатором серйозного міжособистісного конфлікту.

Ознаки песимістичності, тривожності та індивідуалістичності у профілях особистості дружин хворих на ПШ поєднуються з ознаками надконтролю. Показник за цією шкалою у дружин хворих склав 59,43 ± 9,14 Т-бали, що може свідчити про гіперсоціальність настанов, утруднене сприйняття неформальних відносин, дезадаптацію, пасивне ставлення до конфліктів, уникнення вирішення проблем, егоцентричність, що маскується декларативною гіперсоціальністю. Підвищені показники за шкалою надконтролю також є індикатором психосоматичної предиспозиції та іпохондричних фіксацій.

Для дружин хворих на ПШ характерне також відносно підвищення показників за шкалою емоційної лабільності (57,39 ± 9,36 Т-бали). Підвищення показників за цією шкалою виявляє нестійкість емоцій і конфліктне поєднання різноспрямованих тенденцій, схильність до драматизації ситуації, підвищену нервозність. З урахуванням описаних вище закономірностей, це можна трактувати як ознаки дезадаптації.

Помірними у психологічних профілях дружин хворих на ПШ є ознаки ригідності (середнє значення показника 55,89 ± 7,35 Т-бали) та імпульсивності (52,94 ± 8,42 Т-бали), що підтверджує тенденції, виявлені провідними характеристиками профілю, і свідчить про конформізм, зниження мотивації досягнення, миролюбність, небажання втягуватися у конфлікти, прагнення стримувати прояви агресії, зниження спонтанності поведінки.

Репресивні позиції у профілях дружин хворих на ПШ займають ознаки оптимістичності (47,60 ± 12,33 Т-бали), що у поєднанні з підвищеними показниками за шкалами песимістичності та інтроверсії є ознакою стійкого депресивного фону настрою; виявлені закономірності узгоджуються з результатами дослідження особливостей депресивних проявів у цього контингенту.

Середній показник за шкалою мужності-жіночності у профілях дружин хворих на ПШ склав 46,89 ± 11,61 Т-бали, що є відображенням ортодоксально жіночного стилю статево-рольової поведінки: бажання бути захищеною, знайти опору у сильній особистості, м'якість, сентиментальність, орієнтацію на сімейні цінності, чутливість і сором'язливість у питаннях сексу.

Цілісна інтерпретація психологічного профілю дружин хворих на ПШ свідчить про виражені ознаки дезадаптації з переважанням гіпостенічних форм реагування, прагненням до уникнення психотравмуючих ситуацій, конформізмом, ескапізмом, актуалізацією аффіліативних та рефлексивних тенденцій. Домінування стійкого депресивного і тривожно-депресивного емоційного забарвлення надає психологічному профілю дружин хворих на ПШ ще більших ознак дезадаптації, формуючи специфічну патохарактерологічну та патоперсоналогічну картину особистісних змін.

У матерів хворих на ПШ провідною у профілі також є шкала песимістичності, однак у цій групі кількісні показники за цією шкалою є значуще вищими ($p < 0,05$) і перевищують межовий рівень у 70 Т-балів ($73,13 \pm 13,43$ Т-бали), що можна інтерпретувати як наявність акцентуації за гіпотимним (гіпостенічним) типом (рис. 2). Такі особливості у цієї групі можна розглядати як ознаку глибокого розчарування у зв'язку з ситуацією, що значно порушує звичайне життя та перспективні плани людини. На думку Л. Н. Собчик, такий профіль треба інтерпретувати щонайменше як ознаку депресивної реакції у рамках адаптаційного синдрому, а можливо, і стійкого депресивного стану з системною предрисповидією до депресивного паттерну реагування в ситуаціях стресу [14].

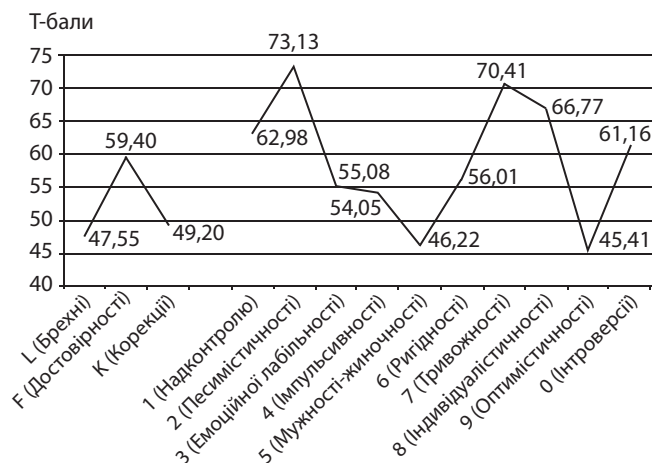


Рис. 2. Усереднений профіль за методикою СМДО у матерів хворих на ПШ з тривалими термінами захворювання

Значення за шкалою тривожності у профілі матерів хворих на ПШ також перевищують граничну межу 70 Т-балів ($70,41 \pm 13,12$ Т-бали) і є значуще ($p < 0,05$) більшими, ніж у дружин хворих на ПШ. Такий профіль можна інтерпретувати як ознаки акцентуації за гальмівним типом, з тривожно-помисливими рисами. При цьому відмова від самореалізації є засобом уникнення можливих соціальних конфліктів та зменшення психотравматизації. Підвищена тривожність, що виявляється такими показниками за 7 шкалою, інтерпретується вже не як риса характеру, а як стійкий стан, пов'язаний з попередньою невротизацією. Для таких особистостей характерні непевненість у собі, помисливість, нерішучість, тенденція до ретельної перевірки своїх вчинків, залежна позиція, орієнтація на думку більшості, конформність, схильність реагувати на помилки і невдачі почуттям провини та самозвинуваченням. Провідною тенденцією є прагнення уникати конфліктів, які переживаються такими особистостями надзвичайно болісно, що призводить до постійного стану напруження та незадоволеності. Зрештою це може трансформуватися у нав'язливості, надлишкові дії обмежувального характеру, ритуали, що використовують для самозаспокоєння. Оцінка кількісних показників за шкалою тривожності у матерів хворих на ПШ дає підстави говорити про наявність у них стійких тривожно-помисливих, ананкастних та сенситивних рис особистості, а цілісна оцінка профілю свідчить про безумовні ознаки вираженої дезадаптації.

Підвищені показники за шкалою індивідуалістичності ($66,77 \pm 8,86$ Т-бали, $p < 0,05$) у профілі матерів хворих на ПШ виявляє внутрішню напруженість, тривожність,

нервозність, схильність до нескінченного, іноді безплідного обдумування проблем, відстороненості, хронічного відчуття душевного дискомфорту, невпевненості, зниження загальної продуктивності, наявності комплексу провини і неповноцінності, за зауваженням Л. Н. Собчик, це є свідченням вираженої астенизації внаслідок тривалого емоційного перенапруження [14].

На відміну від дружин, у матерів хворих на ПШ більшою мірою виражені ознаки надконтролю (середнє значення $62,98 \pm 12,02$ Т-бали, $p < 0,05$), які переважають над показниками інтроверсії і відображують астено-депресивний фон настрою, загальне погане самопочуття, виражену психосоматичну предрисповидією та іпохондричні фіксації.

Виявлені тенденції посилюються збільшеними показниками інтроверсії ($61,16 \pm 6,27$ Т-бали, $p > 0,05$), що виявляє стійкі гіпостенічні ознаки, пасивність, тенденції до відходу від соціального спілкування, намагання мінімізувати контакти з оточуючим середовищем, ескапізм, виражений міжособистісний конфлікт.

Ознаки емоційної лабільності у матерів хворих на ПШ виражені менше, ніж у дружин ($55,08 \pm 5,67$ Т-бали, $p < 0,05$); такі показники можуть бути свідченням підвищеної емоційної чутливості, слізливості, схильності до перебільшення проблем і нещастя. Доповнюючі психосоматичну предрисповидією, невротична трансформація психологічної тривоги у функціональні порушення може створювати сприятливе підґрунтя для різноманітних психосоматичних розладів у осіб цієї групи.

Натомість, у матерів більш вираженими є прояви ригідності ($56,01 \pm 7,94$ Т-бали, $p > 0,05$); водночас, варто зауважити, що кількісні значення показників не виходять за межі помірних, виявляючи пасивність, тенденцію до уникнення можливих конфліктів, конформізм у поєднанні з обережністю та недовірливістю.

Деяко більшими у матерів хворих на ПШ є також ознаки імпульсивності (середнє значення $54,05 \pm 7,44$ Т-бали, $p > 0,05$); їх можна розглядати як ознаки невротизації за неврастенічним типом («дратівлива слабкість») з поєднанням швидкоплинних афективних спалахів зі швидко виснажливістю та астенизацією.

Найменш вираженими, як і у дружин хворих, у матерів є ознаки оптимістичності ($45,41 \pm 10,92$ Т-бали, $p > 0,05$), що проявляється у підвищеній втомлюваності, астенії, апатії з мінімальною вираженістю компенсаторних та захисних механізмів, і є корелятом астеничного типу реагування з депресивними переживаннями, які посідають центральне місце у структурі клінічного синдрому.

Низькі показники за шкалою мужності-жіночності ($46,22 \pm 11,39$ Т-бали, $p > 0,05$) доповнюють картину психологічного профілю матерів хворих на ПШ ознаками надмірної емоційності та уразливості, чутливості до зовнішніх впливів, прагненням до захисту і відчуття психологічного спокою, вираженістю аффіліативної потреби.

У цілому психологічний профіль матерів хворих на ПШ свідчить про більші ознаки дезадаптації порівняно з дружинами, що виявляється вищими показниками депресії та тривожності, більшою вираженістю іпохондричних тенденцій та вищим ризиком психосоматичної предрисповидією. Такі особливості можна розглядати як прояви невротизації за неврастенічним типом.

Під час кількісного оцінювання ступеня соціальної адаптації дружин і матерів хворих на ПШ з тривалими термінами захворювання у порівняльному аспекті, в розрізі окремих показників ми виявили низку важливих закономірностей (табл. 2).

Таблиця 2. Показники соціально-психологічної адаптації дружин і матерів чоловіків, хворих на ПШ з тривалими термінами захворювання, за даними методики С. Rogerset, R. F. Dymond у модифікації А. К. Осницького ($M \pm m$, бали)

Показник	Дружини	Матері	p
Адаптивність	56,44 ± 24,62	49,59 ± 16,31	< 0,05
Деадаптивність	143,72 ± 33,78	148,14 ± 31,80	< 0,05
Брехливість (негативна)	11,20 ± 5,75	11,47 ± 5,01	> 0,05
Брехливість (позитивна)	14,73 ± 3,02	14,99 ± 2,18	> 0,05
Прийняття себе	11,05 ± 8,91	8,75 ± 5,99	< 0,05
Неприйняття себе	24,03 ± 7,18	25,45 ± 6,58	< 0,05
Прийняття інших	13,42 ± 4,28	12,44 ± 3,08	< 0,05
Неприйняття інших	29,01 ± 7,54	30,55 ± 6,92	< 0,05
Емоційний комфорт	14,87 ± 5,82	13,55 ± 4,20	< 0,05
Емоційний дискомфорт	31,46 ± 6,64	32,99 ± 6,14	< 0,01
Внутрішній контроль	35,63 ± 11,21	36,45 ± 9,80	< 0,05
Зовнішній контроль	37,42 ± 6,88	35,21 ± 9,18	< 0,05
Домінування	4,87 ± 3,94	3,72 ± 2,57	< 0,05
Ведення	25,16 ± 7,12	26,74 ± 5,51	< 0,05
Ескапізм	19,33 ± 5,05	20,69 ± 5,48	< 0,01

Під час аналізу показника адаптивності було виявлено, що в обох досліджуваних групах він є меншим за нормативний (68 балів) і може бути інтерпретований як низький. При цьому у матерів хворих кількісне значення показника є значуще меншим, ніж у дружин (49,59 ± 16,31 бали проти 56,44 ± 24,62 бали, $p < 0,05$).

Натомість, показник дезадаптивності у дружин і матерів перевищує нормативний рівень (136 балів) і може трактуватися як високий. У матерів кількісне значення показника є більшим (148,14 ± 31,80 бали), ніж у дружин (143,72 ± 33,78 бали), різниці є статистично значущими ($p < 0,05$).

Показники брехливості (як позитивної, так і негативної) є меншими за нормативний рівень (18 балів) і відповідають низькому рівню, різниці між групами дружин і матерів хворих статистично не значущі ($p > 0,05$).

Показник прийняття себе у дружин і матерів хворих на ПШ відповідає низькому рівню (нижня межа нормативного рівня — 22 бали) і складає 11,05 ± 8,91 бали у дружин і 8,75 ± 5,99 бали у матерів, різниці є статистично значущими ($p < 0,05$).

Натомість, у досліджуваного контингенту є доволі високими показники неприйняття себе, однак, треба зауважити, що в обох групах він не перевищує верхню межу норми (28 балів), хоча й є близьким до неї: у дружин 24,03 ± 7,18 бали, у матерів — 25,45 ± 6,58 бали, що є значуще більшим ($p < 0,05$).

Показник прийняття інших у дружин і матерів хворих на ПШ перебуває на нижній межі нормативного рівня (12 балів): у дружин він склав 13,42 ± 4,28 бали, у матерів — 12,44 ± 3,08 бали, різниці є статистично значущими ($p < 0,05$).

Неприйняття інших більшою мірою виражене у матерів — 30,55 ± 6,92 бали проти 29,01 ± 7,54 бали у дружин, різниці є статистично значущими ($p < 0,05$), при цьому в обох групах показник відповідає високому рівню, перевищуючи середній нормативний рівень (28 балів).

Більш суттєві відмінності виявлені під час аналізу показників емоційного комфорту: у дружин хворих він склав 14,87 ± 5,82 бали (нижня межа нормативного показника 14 балів), у матерів — 13,55 ± 4,20 бали, різниці є статистично значущими ($p < 0,05$).

Натомість, показник емоційного дискомфорту в обох групах перевищує нормативне значення (28 балів) і є високим, при цьому у матерів він є значуще ($p < 0,01$) більшим, ніж у дружин: 32,99 ± 6,14 бали проти 31,46 ± 6,64 бали відповідно.

Показник внутрішнього контролю в обох групах перебуває у межах середньонормативного рівня (26—52 бали) і складає у дружин 35,63 ± 11,21 бали, у матерів — 36,45 ± 9,80 бали, різниці є статистично значущими ($p < 0,05$).

Деякі інші закономірності виявлені для зовнішнього контролю: показник у матерів (35,21 ± 9,18 бали) є незначно меншим за верхню межу середньонормативного рівня (36 балів), а у дружин — високим (37,42 ± 6,88 бали). Різниці при порівнянні груп дружин і матерів хворих є статистично значущими ($p < 0,05$).

Показник домінування у дружин і матерів хворих на ПШ є низьким (нижня межа нормативного рівня — 6 балів), при цьому у матерів — значуще меншим, ніж у дружин: 3,72 ± 2,57 бали проти 4,87 ± 3,94 бали відповідно, $p < 0,05$.

Протилежний показник, ведення, в обох групах перевищує середній рівень (24 бали) і складає у дружин хворих 25,16 ± 7,12 бали; у матерів хворих він значуще ($p < 0,05$) більший — 26,74 ± 5,51 бали.

Показник ескапізму у дружин хворих на ПШ склав 19,33 ± 5,05 бали, що відповідає дещо підвищеному рівню (верхня межа нормативного рівня — 20 балів), а у матерів — 20,69 ± 5,48 бали (високий рівень), різниці між групами дружин і матерів хворих є статистично значущими ($p < 0,05$).

Аналіз інтегральних показників соціально-психологічної адаптації у дружин і матерів хворих також дав можливість виявити низку закономірностей (табл. 3).

Інтегральний показник адаптації у дружин хворих на ПШ склав 28,02 ± 7,67 бали, що відповідає низькому рівню. У матерів хворих показник є значуще ($p < 0,01$) нижчим, і склав 25,23 ± 6,57 бали.

Інтегральний показник самоприйняття у дружин і матерів хворих на ПШ значуще не відрізняється і відповідає низькому рівню: у дружин — 30,81 ± 8,34 бали, у матерів — 31,00 ± 8,49 бали ($p > 0,05$).

Таблиця 3. Інтегральні показники соціально-психологічної адаптації дружин і матерів чоловіків, хворих на ПШ з тривалими термінами захворювання, за даними методики С. Rogerset, R. F. Dymond у модифікації А. К. Осницького ($M \pm m$, бали)

Інтегральний показник	Дружини	Матері	p
Адаптація	28,02 ± 7,67	25,23 ± 6,57	< 0,01
Самоприйняття	30,81 ± 8,34	31,00 ± 8,49	> 0,05
Прийняття інших	36,24 ± 8,82	33,45 ± 8,44	< 0,01
Емоційний комфорт	31,70 ± 8,96	29,07 ± 7,01	< 0,01
Інтернальність	39,77 ± 5,93	42,58 ± 6,04	< 0,01
Прагнення до домінування	24,31 ± 15,17	19,85 ± 12,35	< 0,01

Інтегральний показник прийняття інших у дружин хворих є значуще більшим, ніж у матерів: $36,24 \pm 8,82$ бали проти $33,45 \pm 8,44$ бали ($p < 0,01$), при цьому в обох групах кількісне значення показника відповідає низькому рівню.

Низькими в обох групах виявилися також інтегральні показники емоційного комфорту, при цьому у матерів вони були значуще нижчими, ніж у дружин: $29,07 \pm 7,01$ бали проти $31,70 \pm 8,96$ бали ($p < 0,01$).

Показник інтернальності у дружин хворих на ПШ склав $39,77 \pm 5,93$ бали, що відповідає низькому рівню; у матерів він є значуще більшим: $42,58 \pm 6,04$ бали ($p < 0,01$).

Прагнення до домінування у дружин і матерів хворих на ПШ не виражене: показник у дружин склав $24,31 \pm 15,17$ бали, що відповідає низькому рівню; у матерів показник є значуще ($p < 0,01$) меншим: $19,85 \pm 12,35$ бали.

Таким чином, аналіз кількісних показників соціально-психологічної адаптації дружин і матерів чоловіків, хворих на ПШ з тривалими термінами захворювання, свідчить про наявність у них виражених ознак дезадаптації, найбільше виражених у показниках адаптивності і дезадаптивності, прийняття себе, неприйняття інших, емоційного дискомфорту, домінування і ведення.

Виявлені закономірності були враховані нами під час розроблення відповідних корекційних заходів для цього контингенту.

Список літератури

1. Association between neurological soft signs, temperament and character in patients with schizophrenia and non-psychotic relatives / L. Galindo, F. Pastoriza, D. Bergé [et al.] // Peer Journal. 2016. № 4. P. 1651—1653.
2. Li J., Lambert C., Lambert V. Predictors of family caregivers' burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the People's Republic of China // Nursing and Health Sciences. 2007. Vol. 9. P. 192—198.
3. Singh P. M., Prajapati A. Burden of schizophrenia on caregivers in Nepal // Nepal Medical College Journal. 2012. Vol. 15. P. 140—143.
4. Wai-Chi Chan S. Global Perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia // Archives of Psychiatric Nursing. 2011. Vol. 25 (5). P. 339—349.
5. Абрамова М. В. Психологическое сопровождение семей больных шизофренией юношеского возраста // Психологические исследования. 2010. № 6(14). С. 4—12.
6. Shamsaei F., Cheraghi F., Bashirian S. Burden on Family Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia // Iranian Journal of Psychiatry. 2015. Vol. 10(4). P. 239—245.
7. Burden of care among relatives of patients with schizophrenia in midwestern Nigeria / O. O. Igberase, O. Morakinyo, A. O. Lawani [et al.] // International Journal of Social Psychiatry. 2010. Vol. 58(2). P. 131—137.
8. Effects of Psychoeducation on Stigma in Family Caregivers of Patients with Schizophrenia: A Clinical Trial / S. Vaghee, A. Salarhaji, N. Asgharipour, H. Chamanzari // Journal of Evidence Based Care. 2015. Vol. 5, Issue 3. P. 63—76.
9. Njenga F. Focus on psychiatry in East Africa // British Journal of Psychiatry. 2002. Vol. 181. P. 354—359.
10. Kageyama M., Solomon P., Yokoyama K. Psychological Distress and Violence Towards Parents of Patients with Schizophrenia // Archives of Psychiatric Nursing. 2015. № 2. P. 42—46.
11. Жизнь с шизофренией. Что делать? : краткое руководство для пациентов, страдающих шизофренией и их родственников / Н. А. Марута, А. М. Кожина, В. И. Коростий, Л. М. Гайчук. Харьков, 2011. 25 с.
12. Маркова М. В., Діхтяр В. О. Особливості сімейної взаємодії та адаптації в родині у пацієнтів, хворих на шизофренію, з точки зору психотерапевтичного потенціалу сім'ї // Український вісник психоневрології. 2010. Т. 13, вип. 3 (64). С. 133—134.
13. Маркова М. В., Косенко К. А. Психотерапія в комплексному лікуванні жінок, хворих на параноїдну шизофренію, при різних моделях родинної взаємодії: обґрунтування, загальні підходи, специфічні особливості // Там само. 2014. Т. 22, вип. 3 (80). С. 69—73.
14. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Самара : Изд. дом «Бахрах-М», 1998. С. 73—82.
15. Осницкий А. К. Определение характеристик социальной адаптации // Психология и школа. 2004. № 1. С. 43—56.

Надійшла до редакції 25.10.2016 р.

ШКОДА Костянтин Володимирович, лікар-психіатр, здобувач наукового ступеня кандидата медичних наук, Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

SHKODA Kostiantyn, Physician-psychiatrist, Competitor for PhD degree, Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine