

реалізації мети дослідження використовувався спеціально розроблений опитувальник, що включав 80 тверджень, адресованих до різних сторін і механізмів комунікативного процесу, що забезпечує взаємодію здорових людей з психічно хворими. Аналіз даних проведеного дослідження дозволив виділити низку форм і механізмів толерантного відношення різних верств суспільства до хворих із психічними розладами.

Ключові слова: толерантність, громадська думка, хворі на психічні розлади

FORMS AND MECHANISMS OF TOLERANT ATTITUDE TO MENTALLY ILL PEOPLE

Putyatin G.G.

Summary. This paper contains a public opinion survey of attitude towards people suffering from mental illnesses. As a collective subject of value judgment we took a group of respondents consisting of 400 people. It was divided into 3 subgroups: 1) doctors-psychiatrists (DP) in the number of 60 people; 2) doctors with other specializations (DOS) consisting of 90 people; 3) representatives of non-medical professions (RNMP) comprising 250 people. In order to achieve the aim of our investigation, we used a specific questionnaire containing 80 statements dealing with different sides and mechanisms of communication which provides interaction between healthy and mentally ill people. The data analysis allowed singling out a number of forms and mechanisms of tolerant attitude of different social classes to mentally ill people.

Key words: tolerant, public opinion, mentally ill people

Отримано до редакції 01.03.13

УДК 616.895.8-085

ОСОБЕННОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Ряполова Т.Л., Кокотова Е.А., Бойченко А.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. Исследование особенностей межличностных отношений было проведено у 98 больных шизофренией (67 чел. – впервые диагностированная шизофрения (основная группа), 31 – рецидивирующая шизофрения (группа сравнения)). Установлено, что при условии формально-биологической ориентации терапевтической тактики у больных с рецидивами шизофрении формируется дефицитарное поведение во всех областях межличностного общения, что требует разработки на начальных этапах заболевания

индивидуальных реабилитационных программ, ориентированных, в том числе, и на развитие коммуникативных навыков у больных шизофренией.

Ключевые слова: шизофрения, межличностные отношения

Исследование межличностных отношений у больных шизофренией является важным вектором оценки их функционального состояния и одним из компонентов реабилитационной диагностической процедуры. Согласно концепции В. Шутца [1], каждый индивидуум имеет свой характерный способ социальной ориентации, определяющий его межличностное поведение. Три базисными потребностями, удовлетворение или неудовлетворение которых определяет социальную ориентацию, являются потребности во включении, контроле и аффекте. Неудовлетворение межличностных потребностей, так же как и неудовлетворение биологических, нарушает оптимальный обмен между индивидуумом и социальной средой. Целью настоящего исследования было изучение особенностей межличностных отношений больных шизофренией с различной давностью заболевания.

Материал и методы

Стандартизованная оценка приспособительного поведения была проведена у 67 больных с впервые установленным диагнозом параноидной шизофрении. Были обследованы пациенты в возрасте от 18 до 50 лет (средний возраст $23,2 \pm 1,6$ года). Мужчин было 39 чел. ($58,2 \pm 2,8\%$), женщин – 28 чел. ($41,8 \pm 4,3\%$). Группу сравнения составил 31 пациент с параноидной шизофренией (давность заболевания – не более 5ти лет) с сопоставимыми гендерно-возрастными особенностями. Все обследованные больные прошли курс антипсихотической терапии в стационаре.

Клинико-психопатологический метод включал традиционный опрос с анализом психического статуса пациента. Психодиагностический метод предусматривал оценку коммуникативных способностей с помощью опросника межличностных отношений (ОМО) В. Шутца (1958) [2]. Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработки «MedStat» [3].

Результаты и их обсуждение

Потребность включения, состоящая в стремлении создавать и поддерживать удовлетворительные отношения и взаимодействия, подразумевает как наличие и удовлетворение интереса субъекта к другим людям, так и появление интереса других людей к субъекту.

Средний показатель по шкале выраженного, то есть реально осуществляемого поведения включения ($2,35 \pm 0,17$), свидетельствовал о том, что пациенты с первично рецидивирующей шизофренией в большей мере, чем пациенты основной группы, испытывали дискомфорт среди других людей, стремились их избегать, не проявляли изначального интереса к другим, стремились дистанцироваться от окружающих, были интравертированы, предрасположены к уходу от людей. Такое поведение отражало не только характерную для больных шизофренией отчужденность от реального окружения, но и негативный опыт стигматизации их обществом после начала заболевания. Аналогичная закономерность выявлена при анализе показателей по шкале требуемого поведения включения (I_w). В группе сравнения они были статистически достоверно ниже, чем в основной группе ($1,29 \pm 0,13$ в сравнении с $2,58 \pm 0,12$, $p < 0,001$), то есть, респонденты оценивали себя как неспособных вызвать интерес, внимание к себе окружающих, их одобрение, что приводило к еще большему ограничению круга общения, взаимодействию лишь с малым числом людей.

Показатель общего объема интеракций поведения включения ($I_e + w$) отражал сумму межличностных взаимодействий, направленных на то, чтобы пробудить к себе интерес, вызвать положительную оценку своей деятельности и самого себя, чувствовать себя ценной, значимой личностью, добиться включения в какую-то социальную группу, заслужить оценку своей индивидуальности, неповторимости. Наряду со снижением в обеих группах индекса общего объема интеракций в области поведения включения, у больных основной группы объем соответствующих межличностных взаимодействий достоверно выше ($6,21 \pm 0,19$), чем у больных группы сравнения ($3,64 \pm 0,28$, $p < 0,001$). Таким образом, у больных с манифестным психотическим приступом сохранялось стремление к собственной неповторимости, тенденция к собственному обезличиванию, дистанцированию от социального окружения была незначительной.

Индекс противоречивости ($I_e - w$) в обеих группах имел сопоставимые значения. Другими словами, в сравниваемых группах больных в равной мере минимальные попытки привлечь внимание к своей личности сосуществовали с противоречивой тенденцией дистанцироваться от людей. Уже на инициальных стадиях заболевания побуждение больных к удовлетворению потребности быть значимым приводило к отчуждению от других из-за убежденности в том, что их никто не может понять. При этом концепция собственного Я несла

ощущение ненужности, бесполезности, порождающее скрытую тревогу. Априорная убежденность в недружелюбии окружающих в сочетании с ощущением своей непонятности другим людям блокировала попытки стать на путь реадaptации в социуме.

Средние значения показателей по шкале выраженного поведения контроля (Ce) в сравниваемых группах больных существенно не отличались. Низкий уровень выраженности потребности в контролирующем поведении свидетельствовал об избегании принятия решений и взятия на себя ответственности. На сознательном уровне больные стремились освободиться от каких-либо обязательств и обязанностей, в том числе и от обязанности контролировать других, уклониться от самостоятельного принятия решений, интуитивно стремились уходить от любых ситуаций, где могли проявиться их беспомощность и некомпетентность. За подобного рода страхом сколько-нибудь сложных ситуаций стояло базальное недоверие к людям, даже враждебность, основанная на предположении о том, что в решающий момент им будет отказано в помощи.

Статистически достоверно ($p < 0,001$) более высокое значение среднего показателя по шкале Sw у больных с манифестным приступом шизофрении ($4,85 \pm 0,17$ в сравнении с $2,62 \pm 0,17$ в группе больных рецидивирующей шизофренией) свидетельствовало о том, что на этом этапе еще сохранялось стремление к активному самоутверждению и предоставлению контроля над собой со стороны окружающих. Респонденты этой группы были более компетентными и ответственными, чем пациенты на начальном этапе хронизации болезни. Об этом же свидетельствовал и показатель совокупного объема интеракций поведения контроля (Ce+w).

У пациентов основной группы средний уровень показателя по шкале «выраженное поведение аффекта» (Ae) находился в диапазоне статистически достоверно ($p < 0,001$) более высоких оценок, чем в группе сравнения ($2,62 \pm 0,11$ и $1,89 \pm 0,14$ соответственно). Низкий уровень показателя у больных с хронической динамикой болезни означал, что у них отсутствовали стремление быть в близких, интимных отношениях с остальными, побуждение проявить к ним дружеские и теплые чувства. Пациенты с манифестным приступом шизофрении отличались большей активностью в установлении чувственно окрашенных отношений, они также испытывали гораздо большую потребность в том, чтобы к ним относились с любовью, дружески и тепло. Об этом свидетельствовал статистически достоверно ($p < 0,001$) более высокий показатель желаемого поведения

аффекта ($A_w = 3,70 \pm 0,15$). Пациенты этой группы имели более привлекательную для самих себя Я-концепцию, воспринимали себя достойными, заслуживающими любви и дружеского отношения и не избегали интеракций, реализующих стремление быть с остальными в близких, интимных, теплых отношениях.

При первых рецидивах заболевания наблюдалось резкое ограничение взаимоотношений с социальной средой: пациенты при этом испытывали не только боязнь включения, опирающуюся на убежденность в незначительности и малоинтересности своей личности, не только боязнь отношений контроля (восприятие себя как некомпетентного и безответственного), но и боязнь аффекции, проявляющуюся в отношении к себе как к неприятной и непривлекательной личности. Такая самооценка подтверждалась также и тем, что средний показатель по шкале общего объема интеракций в области поведения аффекта (аффекции) в этой группе была статистически достоверно ($p < 0,001$) ниже, чем в основной группе. Аналогичный смысл имело и достоверное различие средних показателей шкалы противоречивости поведения аффекта.

Выводы

Стандартизованное исследование функционального состояния больных шизофренией при манифестном приступе заболевания позволило установить относительно сохранные или нарушенные в минимальной степени показатели коммуникативных функций. У больных с начальными проявлениями рецидивной динамики заболевания эти нарушения достигали более значительных ($p < 0,001$) степеней выраженности. Это свидетельствует о том, что после первого психотического эпизода у больных шизофренией сохраняется достаточный потенциал для более или менее адекватного социального функционирования, который, однако, быстро истощается при первых рецидивах заболевания. Интегративный подход к оказанию психиатрической помощи больным в инициальном периоде заболевания, включающий как психофармакотерапию, так и реабилитационные мероприятия, в состоянии предупредить или, по крайней мере, ослабить прогрессивную динамику заболевания и формирование выраженного коммуникативного дефицита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Табачников А. Е. Основы клинической психологии / А. Е. Табачников, Ц. Б. Абдрахимова. – Донецк : ДонГУЭТ, 2008. – С. 162–172.

2. Schutz W. C. On group composition / W. C. Schutz // J. Abn. Soc. Psychol. – 1961. – Vol. 62, № 2. – P. 275–281.
3. Лях Ю. Е. Основы компьютерной биостатистики: анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом Medstat / Ю. Е. Лях, В. Г. Гурьянов, В. Н. Хоменко, О. А. Панченко – Д. : Папакица Е. К., 2006. – 214 с.

ОСОБЛИВОСТІ МІЖСОБИСТІСНИХ ВІДНОСИН ХВОРИХ ІЗ ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНОЮ ШИЗОФРЕНІЄЮ

Ряполова Т.Л., Кокотова О.О., Бойченко О.О.

Резюме. Дослідження особливостей міжособистісних відносин було проведено у 98 хворих на шизофренію (67 чол. – вперше діагностована шизофренія, 31 – рецидивуюча шизофренія). Встановлено, що за умов формально-біологічної орієнтації терапевтичної тактики у хворих з рецидивами шизофренії формується дефіцитарна поведінка в усіх областях міжособистісного спілкування, що вимагає розробки на початкових етапах захворювання індивідуальних реабілітаційних програм, орієнтованих, зокрема, і на розвиток комунікативних навичок у хворих на шизофренію.

Ключові слова: шизофренія, міжособистісні стосунки

FEATURES OF INTERPERSONAL RELATIONSHIPS OF PATIENTS WITH NEWLY DIAGNOSED SCHIZOPHRENIA

Ryapolova T.L., Kokotova O.O., Boychenko O.O.

Summary. Investigation of the features of interpersonal relationships was conducted in 98 patients with schizophrenia (67 men – newly diagnosed schizophrenia, 31 – recurrent schizophrenia). It was found that during the formal biological orientation of the therapeutic tactics in patients with recurrent forms of schizophrenia the deficit behavior in all areas of interpersonal communication is formed, which requires the development of individual rehabilitation programs in the early stages of the disease focused, in particular, on the development of communication skills in patients with schizophrenia.

Key words: schizophrenia, interpersonal relationships

Отримано до редакції 04.03.13