

Ключевые слова: сознание, самосознание, физический и психический образ «Я», схема тела, самооценка.

Key words: consciousness, self-awareness, physical and mental self-image, body structure, self-esteem.

УДК 159.924.7

О. І. Островська

СІМЕЙНИЙ ДІАГНОЗ У СТРУКТУРІ БАГАТООСЬОВОГО ПСИХОЛОГІЧНОГО ДІАГНОЗУ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

В статтє поднимается проблема эмоционального семейного конфликта и его влияние на проявление рецидивов у больных шизофренией.

The article deals with problem of emotional family atmosphere and its influence on relapses in schizophrenic patients.

Останніми роками спостерігається підвищення інтересу до проблеми «родина і шизофренія». Але нині новітні досягнення біологічного лікування посприяли її зсуву на з'ясування ролі родини в перебігу хвороби на відміну від її вивчення як джерела захворювання. З практичного погляду дуже важливими постають питання про роль сімейних факторів як у загостренні захворювання, так і у формуванні рівня соціального функціонування хворого, у реабілітаційному процесі.

Сімейне життя висуває різноманітні і складні завдання до кожного з членів сім'ї, тому він повинен мати певні психологічні, за Е. Г. Ейдемільером, «сімейно-необхідні», якості, до яких належать:

- 1) потреби, потрібні для мотивування участі індивіда у житті сім'ї, для подолання труднощів і вирішення проблем, що виникають;
- 2) здібності, навички та вміння, потрібні для розуміння іншої людини, для підтримки подружніх відносин та виховання дітей;
- 3) коло вольових і емоційних якостей, зокрема якостей, потрібних для регулювання своїх власних емоційних станів, для подолання станів фрустрації, вміння підкорити бажання встановленим цілям; терпимість, наполегливість, які потрібні для формування як подружніх, так і виховних відносин [9].

Ці сімейно-необхідні якості надзвичайно травмуються через наявність у когось із членів сім'ї захворювання на шизофренію,

оскільки у процесі її розвитку зникають певні якості, потрібні для успішного функціонування сім'ї: спостерігається перекручення потреб, зниження комунікативних властивостей, вольових якостей, емоційних проявів тощо, що негативно позначається на сім'ї.

Дослідження, присвячені сім'ям осіб із психічними порушеннями, визначали точність кількісної та якісної оцінки нервово-психічного та фізичного навантаження на такі сім'ї [9; 11; 12; 13; 14]. Вони показали, що джерелами труднощів є розгубленість через повну безпомічність хворого, занепокоєння щодо його майбутнього, нездатність вирішувати особисті життєві проблеми самостійно. Поряд із почуттям страху, в якому постійно перебувають рідні хворого, виникають почуття провини, депресія, розчарування, фрустрація, лють, викликана невирішеністю самої проблеми захворювання, що є природною людською реакцією на складну, непідвладну ситуацію [9].

Дослідження дали змогу більш точно представити структуру труднощів, з якими зіштовхується сім'я. Hoenig та Hamilton [9] розрізняють об'єктивні і суб'єктивні труднощі, з якими зіштовхується сім'я. Об'єктивні труднощі — це збільшення витрат сім'ї, несприятливий вплив на здоров'я її членів ситуації, яка створилася, порушення ритму та розпорядку життя сім'ї. Суб'єктивні труднощі — це різноманітні переживання з приводу психічного захворювання одного з членів родини: горе, почуття провини та страху, які спричинені ненормальною поведінкою хворого (1966).

Дослідження Kennet Terkelsen (1987) щодо розподілу навантаження між членами сім'ї з психічно хворими показали, що поява в сім'ї психічно хворої людини призводить до розподілу сім'ї на три шари, які концентруються навколо хворого та відрізняються за ступенем і характером залучення до опіки (концепція «Трьох рівнів залучення»):

1. Внутрішній шар — член сім'ї, який бере не себе роль головного опікуна та на якого покладено основний тягар повсякденного догляду, нагляду, обслуговування. Він є зв'язною ланкою між хворим, який «обриває» соціальні зв'язки з довкіллям.

2. Другий шар — це члени родини, які беруть меншу участь у повсякденній опіці, продовжують працювати або навчатися. Але водночас вони побоюються моменту, коли ступінь неблагополуччя хворого примусить їх перервати звичний перебіг життя і кинутися на допомогу головному опікунові. Виникає відчуження між головним опікуном та іншими членами родини. Згуртованість родини може почати руйнуватись.

3. Зовнішній шар складають родичі, які знають про проблеми, пов'язані з хворим, цікавляться ними, але практично не мають з ним повсякденного контакту. Вони мають власну концепцію захворювання, свою наївну систему пояснень причин того, що відбувається, намагаються запропонувати власні заходи, часто теж наївні, щоб виправити положення, і відчувають почуття безпомічності, коли члени родини пробують слідувати їхнім порадам і з цього нічого не виходить. Їхні уявлення зводяться часто до того, що причиною захворювання були неправильні дії опікуна та інших членів родини. У результаті їхні думки та вчинки ускладнюють положення головного опікуна та інших членів родини, підсилюють їхнє почуття провини та безпомічності [9].

Поведінка психічно хворої людини та особливості її особистості часто суперечать соціальним очікуванням та уявленням інших членів родини про те, якою повинна бути ця людина, і це викликає з їхнього боку обурення, роздратування, злість, що, зрештою, посилює незадоволеність членів родини сімейним життям.

Е. Г. Ейдеміллер відмічає фактори, які особливо посилюють цю незадоволеність, а саме: відчуття провини за хворобу члена родини — як свою, так і хворого; поведінка хворого; тривалість хвороби; ступінь порушення звичного способу життя сім'ї.

Зниження соціального статусу сім'ї загалом та її окремих членів також породжує певне коло проблем як в самій сім'ї, так і в її соціальному оточенні. Свідками відхилень у поведінці стають сусіди, школа, співробітники хворого — вони нерідко сприяють тому, що сім'я опиняється в полі зору міліції та медичних установ. Несприятлива громадська думка про те, що в сім'ї є інвалід з розладами психічного здоров'я, яка формується навколо, призводить до зниження соціального статусу сім'ї.

Оскільки хворі на параноїдну шизофренію мають проблеми емоційної адекватності, важливою є проблема впливу емоційного клімату в сім'ї на їх психічний стан та перебіг хвороби. З іншого боку на формування особливого психологічного клімату, який виникає серед членів сім'ї, де є хворий на шизофренію, впливає і громадська думка: вони відчувають себе відповідальними за поведінку хворого, що стає основою внутрішнього конфлікту у членів сім'ї.

Проведені дослідження сімей хворих на шизофренію показують, що наявність чи відсутність рецидиву захворювання чимало залежить від змоги сім'ї зрозуміти та врахувати емоційну парадоксальність хворого [9].

Встановити, якою мірою сім'я здатна організувати хороші стосунки з хворим на шизофренію, означає встановити важливу частину терапевтичних можливостей цього захворювання.

Оскільки поведінка психічно хворої людини є для інших членів родини сильним джерелом негативних емоцій (гіркоти, обурення, образи, розчарування), перед сім'єю постає завдання протидіяти цим емоціям, аби уникнути деструктивного розвитку, коли у міру зростання негативних проявів в особистості й поведінці будуть зростати антипатія до хворого, образа на нього (свідома чи недостатньо свідома), прагнення позбавитись від нього. Отже, важливою стає мотиваційна перебудова сім'ї.

Джерела позитивних почуттів до хворого на шизофренію залежать як від особливостей сім'ї, так і від особливостей особистостей її членів і можуть виявитися досить різними. Однак незалежно від того, що саме стає стимулом позитивних стосунків, головним є запуск процесу пошуку та вироблення таких мотивів у сім'ї, оскільки увага родини зміщується на позитивні, збережені сторони особистості хворого.

Згідно з викладеним при появі в сім'ї хворого з психічним розладом виникає проблема перебудови відносин сім'ї з соціальним оточенням.

У міру прогресування шизофренії родина все більше потребує допомоги соціального оточення: лікаря, педагога, психолога. Постає завдання встановлення контакту та взаєморозуміння з ними, забезпечення допомоги оточенню хворого.

Встановлення діагнозу є першим кроком у розумінні та лікуванні хворого. При шизофренії діагноз виявляється самостійним джерелом травматизації як хворого, так і його сім'ї. Психічне захворювання запускає соціально-психологічний процес стигматизації сім'ї, навішування ярликів. Вважається, що це не тільки нещастя, а ще й ганьба. Оточуючі намагаються триматися осторонь і водночас напружено шукають пояснення тому, що відбувається в родині, у чому полягає її помилка. У членів родини хворого виникає відчуття, що оточуючі ставляться до них із засудженням та зневагою. Вони сприймають свої проблеми не тільки як важкі, а й як ганебні.

Стосунки між сім'єю та її соціальним оточенням ускладнюються також і внаслідок порушень поведінки хворого на шизофренію, які призводять до конфліктів з його соціальним оточенням. Якщо родині не вдається вирішити цю проблему, вона починає йти по деструктивному шляху. Е. Г. Ейдемільер [9] виокремлює такі

процеси руху: приховування, а за неможливості цього — пом'якшення факту психічного захворювання та психічних порушень; наростання конфліктності між сім'єю і соціальним оточенням, що призводить до соціальної ізоляції родини; відмова сім'ї від відповідальності за поведінку психічно хворої людини та перекладання її на іншу установу (школу, лікарню тощо).

Якщо сім'ї вдається йти по конструктивному шляху розвитку, вона знаходить способи встановити контакти з соціальними установами (лікарня, школа, міліція тощо). Чим краще сім'я знає соціальне оточення людини з хворобою, чим активніше організовує його, тим краще вона розуміє психологічні особливості самого індивіда, тим краще знаходить допоміжні способи впливу на нього. У взаємозв'язку між усіма проблемами покладена причина своєрідності динаміки сімей цього типу.

Е. Г. Ейдемільер вирізняє три підтипи «сімей індивіда з вираженими нервово-психічними захворюваннями»: нестійкий, конструктивний і деструктивний [9].

Нестійкий тип характеризується високим нервово-психічним навантаженням на сім'ю загалом, негативним мотиваційним впливом особистості й поведінки людини з нервово-психічним розладом на інших членів сім'ї, порушенням сімейних стосунків, зниженням соціального статусу родини, тиском на родину соціального оточення та виникаючим у зв'язку з цим соціально-психологічним конфліктом.

Конструктивна сім'я добре знає особистісні особливості індивіда з нервово-психічним розладом, знаходить значні резерви підсилення впливу на нього. Це сім'я, в якій організація допомоги такому індивідові стала основною метою, мобілізуючи та згуртовуючи всіх. Характерною рисою конструктивної сім'ї є гарний контакт та взаємодія з соціальним оточенням.

Деструктивний підтип характеризується протилежними якостями. Зняття напруження й незадоволеності, які виникли в результаті захворювання одного з членів родини, відбувається через відчуження родини від хворого, відмову від відповідальності за нього, наростання конфліктів родини з соціальним оточенням та прагнення до ізоляції.

Отже, як бачимо, діагностика напряму розвитку сім'ї становить важливий момент у підготовці до надання психологічної та психіатричної допомоги хворому на шизофренію, що відзначалося багатьма науковцями та дослідниками. Тому важливим етапом психологічного дослідження може стати встановлення сімейного діагнозу, який сприятиме визначенню особливостей взаємовідносин членів родини

до того, як в сім'ї з'явився психічно хворий, з'ясуванню змін у взаємовідносинах після цього та їх причин (зміна поведінки хворого, відчуття провини, порушення звичайного ритму життя, зниження соціального статусу тощо). Також бажано з'ясувати, яким став психологічний та емоційний клімат в сім'ї, чи є сім'я високо- або низькоемоційною. Це сприятиме розробленню ефективнішої програми допомоги сім'ї, яка міститиме навчання ефективного вербального та невербального вираження емоцій, формуванню навичок вирішення проблем, щоб створити «хорошу емоційну атмосферу» та уникнути деструктивного шляху розвитку сім'ї.

Для того, щоб у процесі такої поведінкової психотерапії відбувалося ефективне відновлення сімейного функціонування, потрібні певні вихідні дані — оцінка психологічного профілю хворого за параметрами, що характеризують здатність або нездатність його до життя у сім'ї, тобто до сімейного функціонування, до його можливостей жити разом з іншими людьми.

На жаль, подібна діагностика стосовно психічно хворих розроблялася вкрай недостатньо. У зв'язку з цим метою дослідження стала розробка багатоосьового патопсихологічного діагнозу, де однією зі складових буде виступати сімейний діагноз, який слугуватиме основою для планування поведінкової психотерапії при параноїдній шизофренії.

Аналізуючи дослідження, в яких було започатковано та розвивалося вирішення зазначеної проблеми, насамперед треба згадати праці вітчизняних авторів М. М. Кабанова (1978, 1985), В. Я. Костеревої (1978), Л. Н. Горбунової, (1981), А. С. Ломаченкова (1981), Г. К. Дзюба (1997), Е. Г. Ейдемільера (2000) та ін. Було показано, що сімейні взаємини є істотним чинником ефективності відновлювальної терапії хворих на шизофренію.

Характерологічні (характеропатичні) особливості хворого, як правило, є визначальними для прогнозування можливостей сімейної адаптації. С. В. Пхіденко та Г. К. Дзюб розглядають варіанти сімейного статусу психічно хворих осіб, кожна з яких наділена патопсихологічними ознаками. Автори вбачають такі головні різновиди сімейного статусу серед хворих [6]:

- I — гармонійний варіант щодо взаємовідносин подружжя та вирішення ним спільних для сім'ї завдань;
- II — сім'я, що розпадається, з розбіжностями інтересів подружжя, частими конфліктами;
- III — сім'я, нездатна до виконання обсягу спільних завдань, надання взаємної підтримки.

Застосування так званого принципу взаємного доповнення О. Kouser'a у стабільних сім'ях може враховувати не великий набір особистісних характеристик подружжя, а обмежуватись практично одним критерієм патопсихологічного прояву стеничного чи астеничного полюсу — критерієм стеничності. Йдеться, звичайно, не про жорстку закономірність, а про певну тенденцію, яка реалізується за рахунок кількох причинних факторів, що в більшості стоять за інтегральним поняттям стеничності (клінічний діагноз, працездатність, сексуальність, деякі психологічні особливості). Ця спрощена схема стала можливою внаслідок того, що обидві особи з подружньої пари мали виразні патопсихологічні ознаки, однак таке спрощення є моделлю, яка може вивчатися стосовно можливостей її екстраполяції на сім'ї з одним психічно хворим членом. Водночас дотримується і методичний принцип у дослідженні адаптивних можливостей, яким передбачається розгляд відносно автономних підсистем (сім'я) у середовищі життєдіяльності. У цьому разі достатнім чином визначається «сімейний діагноз», який може складати основу прогностичної оцінки сімейної адаптації хворого. Указані критерії прогнозу зручні з огляду на їх максимальну простоту та зарекомендували себе як достатньо дійові на практиці [9].

Сімейний діагноз, окрім анамнезу та бесід з членами сім'ї, може допомогти об'єктивізувати такі методики: здатність сім'ї організувати в сім'ях хворих на шизофренію відносини, які є емоційно щадливими; опитувальник «Конструктивно-деструктивна сім'я» (КДС); метод аутоідентифікації та ідентифікації за мовними характерологічними портретами (МХП); аналіз сімейних взаємовідносин (АСВ); тест дитячої аперцепції (САТ); методика Рене Жюлія «Малюнок сім'ї»; «Спільний тест Роршаха»; тест-опитувальник батьківського ставлення А. Я. Варги, В. В. Століна; методика PARI — призначена для вивчення ставлення батьків (насамперед матерів) до різних сторін сімейного життя (сімейної ролі); методика завершення речень Сакса і Леві тощо.

Як відомо, сімейна психологія має справу з встановленням сімейних діагнозів як для здорових, так і для хворих на різні розлади людей. Отже, нашим завданням є створення таких сімейних діагнозів для людей, хворих на параноїдну шизофренію, включаючи з'ясовану рольову позицію, тип відносин, здатність до життя в сім'ї. Це один з ключових моментів третьої (соціально-психологічної) частини. Оцінка сімейних якостей людини потрібна для того, щоб визначити, в сім'ї якого типу вона зможе продуктивно функціювати зі своєю хворобою. Основним на цьому етапі дослідження ми вважаємо побудову профілю сімейних здібностей хворого та його

сім'ї, тобто сімейного психологічного діагнозу. Останній мусить не просто забезпечити функціонування в сім'ї, а, більше того, слугувати картою можливостей оптимального соціального функціонування формально хворої людини та самореалізації цінних неповторних рис власної особистості.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К.* Медицинская психология. — М.: Медицина, 1984.
2. *Немов Р. С.* Психология: Учеб. для студ. высш. пед. учеб. завед.: В 3 кн. — 4-е изд. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. — Кн. 3: Психодиагностика. Введение в научное психологическое исследование с элементами математической статистики. — 640 с.
3. *Островська О. І.* Проблема психологічного діагнозу у хворих на параноїдну шизофренію // Психічне здоров'я. — 2004. — Вип. 4(5). — С. 51–53.
4. *Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учеб. пособ. / Д. Я. Райгородский* (редактор-составитель). — Самара: Издательский дом «БАХРАХ», 2000. — 672 с.
5. *Психологические тесты / Под ред. А. А. Карелина:* В 2 т. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003.
6. *Пхіденко С. В., Дзюб Г. К.* Діагностика рівнів життєдіяльності психічно хворих у медикосоціальної експертизі: Метод. рек. — К.: МОЗ України, 1997. — 18 с.
7. *Рогов Е. И.* Настольная книга практического психолога: Учеб. пособ.: в 2 кн. — 3-е изд. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000.
8. *Словарь-справочник по психодиагностике / Л. Бурлачук, С. Морозов.* — 2-е изд., перераб. и доп. — СПб.: Питер, 2003. — 528 с.
9. *Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В.* Психология и психотерапия семьи. — 3-е изд. — СПб.: Питер, 2001. — 565 с.
10. *Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении:* Сб. ст. / Под ред. Ю. Ф. Полякова. — М., 1982. — 205 с.
11. *Creer C., Wing I. K.* (1974). Schizophrenia at home. London: Institute of Psychiatry.
12. *Freeman D. S., Simmons O. G.* The mental patients come home. New York, 1963.
13. *Hoeng I., Hamilton M. W.* / The schizophrenic patient in the community and his affect on the household. — International Journal of Social Psychiatry. — 12. — 165–176.
14. *Kennet G. Terkelsen. Cornell U.* The schizophrenic disorder: A replication // British Journal of Preventive Social Medicine. — 16. — 55–68.

Ключевые слова: *семейный климат, больные шизофренией, семейный диагноз.*

Key words: *family climate, schizophrenic patients, family diagnosis.*