

# ВЛИЯНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, НА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ

Мозоль И. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

**Актуальность.** Актуальность данной темы обусловлена многогранностью клинических проявлений шизофрении, наличием в обществе высокого уровня стигматизации психических расстройств, влиянием диагноза на социальный статус пациентов и их родственников.

**Цель.** Выявление влияния эмоционально-поведенческих особенностей пациентов, страдающих шизофренией, на нервно-психическое состояние членов семьи.

**Методы исследования.** Исследование включало в себя следующие психодиагностические методы (тестирование – СМИЛ (Л. Н. Собчик); метод клинической беседы), библиографический анализ.

**Результаты и их обсуждение.** Шизофрения является прогрессирующим хроническим психическим заболеванием, которое при отсутствии адекватной терапии приводит к формированию психического дефекта и неизбежной социальной изоляции. Сложность лечения и реабилитации пациентов обусловлена отсутствием до настоящего времени единого взгляда на патогенез шизофрении, а также полифакторной этиологией заболевания.

Кроме того, новейшие исследования сообщают о влиянии болезни не только на семейную систему пациента, его межличностные отношения и качество жизни в целом, но и на психоэмоциональное состояние и социальное функционирование его ближайшего окружения.

Известно, что до 44,7% пациентов с шизофренией имеют собственную семью. По мере развития заболевания, у индивида, как правило, постепенно исчезают качества, необходимые для успешного функционирования семьи: наблюдается извращение потребностей, снижение способности понимания других членов семьи, волевых качеств, что ведет к нестабильности и разрыву внутрисемейных связей и с родительской семьей [4].

Имеются исследования, Wittmund et al., 2002, среди 151 партнера пациентов с психическим расстройством был выявлен высокий риск развития депрессивного расстройства у близких родственников [4].

В исследовании Е. В. Аносовой и Т. В. Емельяновой (2006) было условно выделено 4 типа реакции семьи на установление диагноза. Так, *при остром развитии заболевания* члены семьи испытывают острый психоэмоциональный стресс. При *подостром развитии* заболевания близкое окружение пациента воспринимает клинические проявления более утрированно, демонстрирует

негативное отношение к фармакотерапии. При *длительном течении* заболевания преобладающей реакцией является отказ от сотрудничества со специалистами, смирение с наличием «неполноценного» члена семьи. *При дебюте* заболевания в раннем возрасте происходит привыкание к особенностям и «неправильному поведению» пациента, а также отказ от реабилитации [1].

Отдельного внимания заслуживает проблема материнства пациенток, страдающих шизофренией. В исследовании Л. А. Карницкой (2018) был выявлен сложный характер детско-родительских отношений (ДРО) в семьях больных шизофренией матерей. Отсутствие определенных воспитательных стратегий, невозможность определить степень дозволенности в сочетании с неустойчивым стилем воспитания приводит к непредсказуемости контролирующих сигналов матери, переходам от строгости к либеральности во взаимоотношениях, смене повышенного внимания к ребенку на эмоциональное отвержение родителя. Однако, в связи с тем, что ДРО являются сложной структурой, формирование которой детерминируется множеством факторов помимо диагноза матери, данный вопрос требует дальнейшего изучения [3].

Согласно результатам исследования молодых людей, воспитывавшихся больной шизофренией матерью (Taylor V., 2011), у них имелись личностные и социальные нарушения, являвшиеся результатом психотравмирующего детского опыта [2].

В то же время австралийские исследователи M. Lagan, K. Knights, J. Barton выяснили, что при наличии адекватной социально-психологической поддержки женщин риск развития девиантных форм материнского поведения в этой группе населения снижается (Морозова К.В., 2009). Согласно результатам исследований Healy Dr. S. (2016), Lewin Dr. J. (2016), SethSmith Dr. F. (2016) при соответствующей поддержке специалистами мать, страдающая шизофренией, способна выполнять свои родительские функции фактически наравне со здоровой матерью [2].

**Клинический случай** пациентки Н., 55 лет, находящейся на стационарном лечении с диагнозом F41.2 (смешанное тревожно-депрессивное расстройство). Пациентка с раннего детства воспитывалась матерью и бабушкой. Мать пациентки страдала шизофренией (параноидная шизофрения – F20.0). Со слов пациентки, отношения с матерью всегда были натянутыми, холодными. В детстве пациентка не чувствовала родительской теплоты и заботы со стороны матери. Н. сообщает, что о заболевании матери длительное время не знала, однако замечала странности в поведении: чрезмерная подозрительность, суицидальные высказывания и намерения, внезапные проявления агрессии. По отношению к пациентке приступы агрессии проявлялись неожиданными, беспричинными физическими наказаниями. Со слов пациентки в приступе ярости мать часто избивала ее и тягала за волосы. Данные проявления способствовали формированию у пациентки ощущения, что она «нелюбимый», «ненужный» ребенок.

При обследовании пациентки с использованием *стандартизированного метода исследования личности (СМИЛ)* получены следующие результаты: пикообразный профиль с одним выраженным пиком (шкала невротического сверхконтроля), кроме того, профиль характеризуется подъемом шкал, составляющих «невротическую триаду», что свидетельствует о *невротическом развитии личности*. Наиболее выражено повышение значений 1-й шкалы, что несет в себе стержневую тенденцию *сенситивно-тревожной гиперсоциальной личности*. Для данной пациентки характерно относительное повышение 7-й (тревожность) шкалы, что тесно связано с повышенной *тревожностью как устойчивой чертой* в структуре личностных особенностей индивида. Кроме того, имеются показатели, подтверждающие наличие *фиксированных страхов*, что у данной пациентки проявляется страхом выявления онкологического заболевания.

**Выводы.** Учитывая вышеизложенные тезисы, правомерно утверждать, что родственники пациентов, страдающих шизофренией, также нуждаются в психотерапевтической поддержке как с целью профилактики личностных психоэмоциональных нарушений, так и с целью формирования благоприятной микросоциальной среды, способствующей психосоциальной реабилитации заболевшего члена семьи. Вариантом решения данной проблемы могут стать индивидуальные консультации, групповая психотерапия (в том числе организация групп поддержки), психообразовательные мероприятия, противостигматизационные программы.

Таким образом, реабилитационные мероприятия должны представлять собой многомерную систему психотерапевтических воздействий, направленных не только непосредственно на пациента, но и на его ближайшее окружение. Данные мероприятия должны способствовать дестигматизации пациента и его семьи, его ресоциализации, а также способствовать повышению комплаентности.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аносова, Е. В. Биопсихосоциальная модель шизофрении: семейное консультирование и психотерапия как часть психосоциальной реабилитации в комплексном подходе лечения шизофрении / Е. В. Аносова, Т. В. Емельянова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Психотерапия и медицинская психология. – 2006. – №2 (40). – С. 74–77.

2. Журавлева, Е. В. Исследование особенностей родительского отношения у матерей, больных шизофренией, в отечественной и зарубежной психологии / Е. В. Журавлева // Коченовские чтения «Психология и право в современной России»: сборник тезисов участников Всероссийской конференции по юридической психологии с международным участием, Москва, 10-12 ноября 2016 г. / Московский государственный психолого-педагогический университет; редкол.: В. В. Рубцов (гл.ред.) [и др.]. – Москва, 2016. – С. 66–68.

3. Карницкая, Л. А. Особенности детско-родительских отношений в семьях больных шизофренией матерей / Л. А. Карницкая // «Женское психическое здоровье: междисциплинарный статус»: материалы Всероссийского научно-практического конгресса с международным участием, посвященного 100-летию кафедры психиатрии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, бывшего Женского медицинского института, Санкт-Петербург, 8-9 октября 2018 г. / Первый

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова ; редкол.: Н. Г. Незнанов [и др.]. – Санкт-Петербург, 2018. – С. 75–76.

4. Симак, О. Я. Качество жизни и психическое здоровье супругов в аспекте семейной динамики при шизофрении / О. Я. Симак // Психиатрия – медицина и искусство: материалы региональной научной конференции, Ростов-на-Дону, 14 декабря 2019 г. / Ростовский государственный медицинский университет: под ред. К.Ю. Ретюнского. – Ростов-на-Дону, 2019. – С. 132–135.

## АНАЛИЗ ГРУППЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Налегович У. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Трусъ Е. И.

**Актуальность.** Согласно ВОЗ, около 1,3 млрд. человек в мире живут с той или иной формой нарушения зрения, около 80% всех случаев нарушения зрения считаются предотвратимыми [1]. Большинство людей с нарушениями зрения старше 50 лет. Медико-социальная значимость глазных заболеваний определяется их распространенностью, поражением пациентов всех возрастов, вероятностью инвалидизации заболевших, существенными экономическими затратами на диагностику, лечение и реабилитацию пациентов. Уровень инвалидности пациентов с глаукомой в пенсионном возрасте достигает 40% [2]. Глаукома наиболее распространенная форма офтальмопатологии. В Республике Беларусь разработан и утвержден клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями глаза и его придаточного аппарата». В системе диспансерного наблюдения данной группы важными звеньями выступают кабинет врача-офтальмолога, глаукомный кабинет, специализированные стационарные отделения. Пациенты с глаукомой постоянно наблюдаются у врача-офтальмолога и врача-терапевта (врача общей практики) [3].

**Цель.** Анализ группы диспансерного наблюдения офтальмологического отделения городской поликлиники.

**Методы исследования.** Объектом исследования выступило население района обслуживания городской поликлиники, имеющее заболевания глаза и его придаточного аппарата, предметом – диспансерная группа. Проведен анализ отчетных форм врача-офтальмолога с 2017 по 2023 гг. Анализ нормативной документации, действующей на амбулаторно-поликлиническом уровне.