

Сравнительная клиничко-социальная адаптация больных семейной шизофренией в группе сибсов

М. В. Кудлаев, И. Ф. Обросов

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера Росздрава»,
кафедра психиатрии ФПК и ППС

Резюме

С целью установления у больных семейной шизофренией с непрерывным и эпизодическим типами течения возможных соотношений клинических проявлений и уровней социально-трудовой и семейно-бытовой адаптации, закономерностей влияния различных факторов на уровни адаптации проведено сравнительное исследование больных клинической (100 сибсов) и контрольной (50 больных шизофренией без известной наследственной отягощенности по данному заболеванию) групп. В результате исследования выявлены факторы, оказывающие влияние на адаптацию путем сопоставления данных клиничко-катамнестических исследований структуры психопатологических расстройств при различных формах и типах течения шизофренического процесса с показателями социальной, трудовой, семейной и бытовой адаптации, даны клиничко-социальные характеристики больных клинической и контрольной групп.

В результате исследования выявлено, что уровень социальной адаптации сибсов подвержен значительным колебаниям, и, в целом, аналогичен уровням адаптации больных контрольной группы. Во всех сравниваемых группах снижение уровня адаптации зависело от темпа прогрессивности заболевания, при этом периоды стабилизации процесса совпадали, а варианты исходных состояний были сходными. Наихудшие показатели адаптации выявлены у «младших сибсов».

Ключевые слова: семейная шизофрения, сибсы, социальная адаптация.

Введение

По данным разных авторов [1, 2, 6], в популяции больных шизофренией доля семейных форм колеблется от 4% до 16%. Совпадение клинических особенностей, закономерностей синдрообразования, темпов формирования психического дефекта и утраты трудоспособности у близких родственников отмечает целый ряд исследователей [1,7], придавая особое значение наследственному предрасположению по «боковой» линии.

Актуальность исследования семейной шизофрении вытекает из необходимости разработки реабилитационных программ с целью повышения качества жизни пациентов и их родственников с учетом особенностей клиники болезни и уровня социально-трудовой и семейно-бытовой адаптации больных [3, 5, 8].

Целью исследования было установление у больных шизофренией сибсов с непрерывным и эпизодическим типами течения возможных соотношений клинических проявлений с уровнем социально-трудовой и семейно-бытовой адаптации; для разработки дифференциальных

критериев оценки течения, возможного прогноза заболевания.

Материал и методы исследования

Материалом исследования послужили результаты клиничко-психопатологического и клиничко-катамнестического обследования 50 парных случаев семейной шизофрении у сибсов — родных братьев и сестер (50 «старших сибсов» и 50 «младших сибсов»), состояла из 47 мужчин и 53 женщин.

Результаты и обсуждение

У 52 сибсов заболевание началось постепенно, без явного воздействия внешне-средовых факторов, чаще всего это были «младшие сибсы» (33 человека). Влияние вредных факторов на течение заболевания наблюдалось в дебюте заболевания, быстро исчезало при нарастании прогрессивности процесса.

При динамическом наблюдении у 74 сибсов (35 «старших», 39 «младших») диагностирован непрерывный тип течения (41 мужчина, 33 женщины), у 26 сибсов (15 «старших», 11 «младших») — эпизодический тип течения (8 мужчин, 18 женщин). У сибсов превалировала параноидная шизофрения (77%) и непре-

И. Ф. Обросов — д. м. н., профессор

рывное течение болезни (74%). Единичные случаи гебефренической и кататонической формы шизофрении можно объяснить патоморфозом заболевания.

Сходное течение процесса наблюдалось в 38 (76%) парах. В 31 (62%) парном случае отмечено совпадение непрерывного течения заболевания, при эпизодическом течении сходство по срокам развития заболевания обнаружено у 7 пар. В 38 парах выявлена одинаковая форма шизофрении, параноидная форма совпала в 32 случаях, простая форма заболевания наблюдалась в 6 парах. По типу течения и по форме шизофрении совпало 27 (54%) пар.

Средний возраст начала заболевания всех sibсов составил 21,47 0,65 года, с непрерывным течением шизофрении составил 20,76 0,76 года («старших» — 21,63 1,22, «младших» — 19,97 0,95 года), с эпизодическим течением — 23,50 1,13 года («старших» — 24,20 1,63, «младших» — 22,55 1,53 года).

Совпадение возраста начала заболевания наблюдалось в 4 парах, еще в 20 парах разница в возрасте начала заболевания в пределах 5 лет. «Младшие sibсы» в большинстве случаев (30 пар) заболели в более раннем возрасте, чем «старшие», а в 10 случаях непрерывное течение заболевания у «младших sibсов» началось раньше «старших». Средний возраст начала заболевания в группе «младших sibсов» составил 20,54 0,82 года, «старших sibсов» равнялся 22,40 0,99 года. Совпадение характера начала шизофренического процесса у sibсов, скорее всего, обусловлено генетическими факторами. Характерным было постепенное или подострое начало заболевания (80% случаев), при этом отмечены продромальные явления в виде неадекватного поведения и высказываний (48%), нарушений аффективной сферы и восприятия (22%). Заболевание манифестировало, в среднем через 1,17 0,20 года от начала инициального периода без статистически достоверной разницы «старших sibсов» — 1,16 0,32 года, «младших» — 1,17 0,26 года. Развертывание психопатологической картины в дебюте заболевания у 11 больных происходило остро, в течение нескольких дней, чаще после перенесенных инфекций, травм, интоксикаций. В 28 случаях наблюдалось подострое начало заболевания, чаще после предшествующих психогений; в остальных случаях нарастание психопатологической симптоматики происходило медленно, постепенно. В 21 паре острота начала и темп развертывания манифестной симптоматики у обоих sibсов не имели синдромальных различий.

Отмечена статистически значимая внутригрупповая разница в возрасте начала и манифестации болезни у больных с различными

типами течения шизофрении. Сходство клинической картины выявлено в 20 парах. Клиническая картина дебюта зависела от преморбидных свойств личности, возраста и темпа начала заболевания, влияния различных вредностей, была представлена преимущественно параноидной и галлюцинаторно-параноидной симптоматикой (51%), аффективной и аффективно-бредовой — 22%.

При первой выписке из стационара в ремиссии «А» было только 2 человека, ремиссия «В» установлена у 74 больных. Совпадение характера ремиссий отмечено в 32 парах. Продолжительность первой ремиссии у больных в группе sibсов в 55% случаев не превысила одного года, что объясняется преобладанием у большинства sibсов непрерывного течения, наличием остаточной продуктивной симптоматики, рано формирующейся дефицитарной симптоматики. Последующая (вторая) госпитализация в стационар, в среднем, происходила в возрасте 25,12 0,72 года («старших» — 26,63 1,06, «младших» — 23,50 0,91 года). Клиническая симптоматика второго поступления проявлялась подострым течением с ремиссиями, отнесенными к «ограниченному улучшению» (95% имели ремиссии «В» и «С»). В дальнейшем клиническая картина обострений соответствовала типу течения и была представлена преимущественно дефицитарной симптоматикой, определяющей характер нарушений социального функционирования.

В группах sibсов отчетливо прослеживается отрицательная динамика социальной адаптации на протяжении первых пяти лет болезни. Первый уровень адаптации после первой госпитализации наблюдался у 64% «младших sibсов» и 72% «старших sibсов». В течение 5 лет на первом уровне адаптации осталось соответственно 4% и 6% больных. Соответственно нарастало число больных на 2 и 3 уровнях адаптации с инвалидизацией и социально-трудовой дезадаптацией («младшие» — 36%, «старшие» — 32%). На протяжении последующих 5 лет сохраняется тенденция к снижению уровня социальной адаптации, 3 и 4 уровни в совокупности у «младших sibсов» наблюдался в 72% случаев, «старших sibсов» — в 66%. Снижение уровня социально-трудовой адаптации отражало темп прогрессивности болезни, поэтому спустя 15 лет у 84% «старших sibсов» и 86% «младших sibсов» отмечался исходный уровень заболевания со стойкой социально-трудовой дезадаптацией. Следует отметить раннее появление и преобладание по сравнению со «старшими sibсами» случаев стойкой дезадаптации (5 уровень) в группе «младших sibсов» уже через 5 лет. Для сравнения прослежена динамика социальной адаптации больных контрольной группы.

После первой госпитализации уровень социально-трудоустройственной адаптации контрольной группы и клинической группы сибсов практически совпадал (96% и 95% — 1-2 уровень) соответственно. Однако через 10 лет прослеживается большая прогрессивность семейной шизофрении у сибсов сравнительно с контрольной группой (74-82% у сибсов, 76% — в контрольной). По истечении 15-20 лет болезни количество больных контрольной группы и клинической группы сибсов, достигших исходного состояния было одинаковым (40% и 42% при $p < 0,05$).

Об уровне социальной адаптации косвенно свидетельствовало количество поступлений на первом десятилетии болезни. Частота поступлений сибсов в стационар превышала аналогичный показатель контрольной группы примерно в 1,5 раза, что также указывает на прогрессивность течения семейной шизофрении.

Анализ семейного положения сибсов показал стабильное семейное положение больных семейной шизофренией: три четверти (60-80%) не имели собственной семьи и не оформляли брачных отношений на протяжении всего периода болезни. В браке состояли до 22% «младших сибсов» и 18% «старших сибсов». Количество разводов «младших сибсов» отмечено в пределах от 4% до 10%, «старших сибсов» — от 8% до 32%. Распад семьи был связан с существующим заболеванием, в связи с чем, большая часть сибсов проживала в родительских семьях, преимущественно с больными родителями. Это существенно влияло на психологический микроклимат семьи, нарушало

неустойчивую компенсацию и адаптацию больных, как в семье, так и на работе.

Сравнение с контрольной группой показало, что больные контрольной группы в 30% случаев имели собственную семью и в 60% проживали с родителями на период первой госпитализации. Количество разводов увеличивалось на протяжении болезни с 6% до 26%, однако 14% больных контрольной группы в периоды ремиссии пытались создать собственную семью. Проживание в семье со здоровыми родителями обеспечивало больным контрольной группы социальную и психологическую поддержку, качественно лучшую семейно-бытовую и социально-трудоустройственную адаптацию.

Выводы

Таким образом, уровень социальной адаптации сибсов подвержен значительным колебаниям, в целом, аналогичен уровням адаптации больных контрольной группы. Во всех сравниваемых группах снижение уровня адаптации зависело от темпа прогрессивности заболевания, при этом периоды стабилизации процесса совпадали, а варианты исходных состояний были сходными. Наихудшие клинические и социальные показатели, характеризующие адаптацию, выявлены в группе «младших сибсов».

Литература

1. Алекперов Ф. Г. Клинико-генеалогическое изучение шизофрении в инбридной популяции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Баку; 1997; 26.

Полный список литературы см. на сайте urmj.ru

Повышение адаптационных возможностей у больных шизофренией с различной степенью дефицитарных расстройств в результате комплексной психотерапии

А. В. Голенищенко

Оренбургская государственная медицинская академия, кафедра психиатрии и медицинской психологии

Резюме

В статье представлены результаты изучения влияния психотерапевтических подходов (когнитивной, семейной и театр-психотерапии) на формирование адаптивного копинг-поведения у больных шизофренией с различной выраженностью дефицитарных расстройств с использованием клиничко-психопатологического метода «Шкала позитивных и негативных синдромов» (PANSS), разработанного и стандартизованного S. R. Kay, L. A. Opler и A. Fiszbein (1986), а также психологических методик: Heim (1988), направленной на изучение копинг-механизмов и шкалы SVF, разработанной W. G. Erdmann, W. Kallus (1985) с целью верификации и выявления преобладающих копинг-стилей. Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности проведенных психотерапевтических мероприятий.

Ключевые слова: психотерапия; психотерапевтические методы; копинг-механизмы при шизофрении.