

УДК 616.89–056.77

## КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ

Л. Н. Юрьева<sup>1</sup>, Т. И. Шустерман<sup>2</sup><sup>1</sup>Днепропетровская государственная медицинская академия,<sup>2</sup>Днепропетровская областная клиническая психиатрическая больница, Украина

Одной из наиболее приоритетных задач на следующее десятилетие, согласно Европейской декларации по охране психического здоровья, принятой в Хельсинки в январе 2005 года, является осуществление совместных действий, направленных на борьбу со стигматизацией, дискриминацией и неравенством лиц с проблемами психического здоровья и членов их семей. Необходимо расширение прав и возможностей данных лиц с оказанием им поддержки в целях привлечения их к активному участию в данном процессе [4].

Согласно статистике каждая четвертая семья в мире имеет одного члена, страдающего психическими нарушениями [1]. Социально-экономические изменения, происходящие в стране, оказывают неблагоприятное влияние на наиболее незащищенные слои населения, среди которых психически больные занимают особое место [6, 7]. Эти лица крайне нуждаются в поддержке, однако, за счет негативного отношения общества привлекают незаслуженно меньше внимания к своим проблемам по сравнению с другими социально уязвимыми категориями населения. Процесс деинституционализации, происходящий в настоящее время в психиатрии, вследствие которого пациенты большую часть времени проводят в семье, предполагает, что основная нагрузка и стрессовые переживания выпадают на долю родственников [9]. Семья остается основной поддерживающей структурой, несет основное бремя ответственности, а зачастую и повседневного ухода за своими близкими. Это вызывает тяжелый психосоциальный стресс в семье, снижает качество жизни психически больных и их родственников [6].

Во многих случаях члены семьи проявляют личную заботу и оказывают не только практическую помощь, но и эмоциональную поддержку, притом, что очень часто происходят те или иные изменения характера прежних эмоциональных связей. Так, изменение обычных характеристик взаимоотношений может быть либо непродолжительным (во

время острого приступа психического расстройства), либо продолжительным (в случае хронического заболевания), кроме того, в последнем случае меняется соотношение сил, поскольку стороны становятся опекающими и опекаемым [10, 14].

Когда тяжелое заболевание приходит к семье нарушается сформировавшийся гомеостаз семейной системы. Нельзя игнорировать систему семьи, в противном случае семья будет действовать против усилий врачей со своим предубеждением, отрицанием, стигмой, амбивалентностью, неправильным отношением [8].

Наиболее важным этапом в развитии, течении и прогнозе болезни является ее дебют (первый эпизод). В работе с родственниками больных с первым психотическим эпизодом (ППЭ) есть свои трудности: многие родственники впервые заболевших пытаются отрицать сам факт болезни; стесняются встретить кого-то из знакомых, сослуживцев, соседей; считают, что основное лечение болезни – медикаментозное. Важнейшую роль в преодолении этих трудностей играет процесс дестигматизации [2, 12]. P.Solomon и соавт. в своем рандомизированном контролируемом исследовании установили, что усиление контактов членов семьи с врачами по вопросам, связанным с их больным родственником, может повышать эффективность вмешательства как у членов семьи, так и у больных [13]. Работа с родственниками пациента позволяет снизить стресс и нагрузку на семью (проявляющуюся в эмоциональных, физических, финансовых и других перегрузках, испытываемых членами семьи) и уменьшить стигму психического расстройства [3].

Семейные вмешательства позволяют достичь лучшего комплайенса, сократить частоту обострений психического расстройства и повторных госпитализаций [3, 5, 11].

**Целью** исследования было изучение клинических и психологических особенностей психической дезадаптации (ПД) у родственников больных с ППЭ.

### Материалы и методы

В исследовании принимали участие 88 родственников 55 больных с ППЭ. Основные характеристики группы родственников приведены в табл. 1.

Анализируя данные табл. 1 следует отметить, что среди группы родственников преобладали матери – 52,3%, работающие – 44,3%, состоящие в браке – 60,2%, со средним и средним специальным образованием – 76,1%.

Критериями включения родственников в исследование были: добровольное согласие на проведение анкетирования, клинического, клинко-патопсихологического и психологического обследования; отсутствие ранее обращений за помощью к психиатру и наркологу; 1–2 степень родства с боль-

ным с ППЭ (более отдаленные родственники в исследование не включались).

Для выявления клинических и психологических особенностей ПД у родственников больных с ППЭ применялись клинко-психопатологический и психодиагностический методы. Клинко-психопатологический метод исследования использовали у родственников больных с ППЭ на основе общепринятых подходов относительно психиатрического обследования пациентов. Диагностику психических расстройств осуществляли согласно критериям МКБ-10. Психодиагностический метод включал следующие методики: скрининговую анкету для выявления депрессии; скрининг-тест для выявления тревожных расстройств; скрининг-тест для выявления суицидального поведения; оценочную шкалу депрессии Гамильтона (HDRS-21); личностную шкалу выявления тревоги Тейлор; методику «Выход из трудных жизненных ситуаций»; методику «Незаконченные предложения» Сакса и Леви. Статистическую обработку материалов исследования проводили с использованием методов биометрического анализа, реализованных в пакетах программ Excel-2003®, Statistica 5.0.

Таблица 1

#### Характеристика группы родственников

Признак		Количество родственников	
		Абс. (n=88)	(%)
Пол	Мужчины	30	34,1
	Женщины	58	65,9
Средний возраст	Мужчины	45,3±2,2	
	Женщины	47,5±1,6	
Трудовая занятость	Работает	39	44,3
	Временно не работает	27	30,7
	Инвалид вследствие соматического заболевания	2	2,3
	Учащиеся	1	1,1
	Пенсионер по возрасту	12	13,6
	Работающий пенсионер	7	8,0
Семейное положение	В браке	53	60,2
	Вдовец (ва)	9	10,2
	В разводе либо расстались	16	18,2
	В браке никогда не состоял(ла)	10	11,4
Образование	Незаконченное среднее	1	1,1
	Среднее	39	44,3
	Среднее специальное	28	31,8
	Высшее	20	22,8
Степень родства с больным с ППЭ	Матери	46	52,3
	Отцы	21	23,9
	Братья	9	10,2
	Сестры	7	7,9
	Бабушки	3	3,4
	Дети (дочки)	2	2,3

#### Результаты исследования и их обсуждение

По результатам клинко-психопатологического исследования у 53 (60,2%) родственников были выявлены признаки психических расстройств; 35 (39,8%) обследованных составили группу условной психиатрической нормы, то есть имели другие проблемы, связанные с группой первичной поддержки, включая семейные обстоятельства, которые не достигали клинического уровня (табл. 2).

Анализируя данные табл. 2, следует отметить, что среди выявленной патологии у родственников больных с ППЭ преобладали невротические, связанные со стрессом расстройства (F4) – 77,3%. Аффективные (депрессивные) расстройства (F3) составили 20,8%, острые психотические расстройства (F2) – 1,9%.

Согласно приведенной нами классификации выявленных расстройств по МКБ-10 все участники

Таблица 2

#### Психопатологические расстройства у родственников больных с ППЭ

Нозология	Шифр по МКБ-10	Количество родственников	
		Абс. (n=88)	(%)
Острое шизофреноподобное расстройство	F23.2	1	1,1
Легкий депрессивный эпизод	F32.0	1	1,1
Умеренный депрессивный эпизод	F32.1	9	10,2
Тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами	F32.3	1	1,1
Генерализованное тревожное расстройство	F41.1	7	8,0
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	F41.2	11	12,5
Расстройство адаптации в форме пролонгированной депрессивной реакции	F43.21	14	15,9
Расстройство адаптации в форме смешанной тревожной и депрессивной реакции	F43.22	9	10,2
Условная норма	Z 63.7	35	39,8
Всего		88	100

исследования были разделены на три клинические группы:

1) группа родственников с аффективными (депрессивными) расстройствами (F32.0, F32.1, F32.3) – 11 (12,6%) человек;

2) группа родственников с невротическими расстройствами (F41.1, F41.2, F43.21, F43.22) – 41 (47,2%) человек;

3) группа условной нормы, у представителей которой выявлены некоторые незначительные нарушения, не достигающие клинического уровня (Z 63.7) – 35 (40,2%) человек.

Одна обследованная (мать) не была включена ни в одну группу, так как у нее было диагностировано острое шизофреноподобное расстройство.

У обследованных первой клинической группы были выявлены следующие симптомы: снижение настроения, потеря интересов и способности получать удовольствие (90,9%), снижение способности к сосредоточению и концентрации внимания (81,8%), снижение самооценки и чувство неуверенности в себе (72,7%), идеи вины и самоуничтожения (81,8%), мрачное и пессимистическое видение будущего (63,6%), нарушение сна (72,7%), снижение аппетита (54,5%). Не отрицали наличия суицидальных мыслей 7 человек, но ни один из них суицидальных попыток не предпринимал. Отметим изоляцию в обществе и сужение круга интересов семьи 36,4% лиц. «Соматические симптомы» обнаружены у 7 обследованных, а именно: потеря интереса и удовольствия от деятельности – 85,7%, пробуждение утром на 2 или более часов чем обычно – 71,4%; большая тяжесть депрессии в утреннее время – 57,1%; объективно регистрируемая заторможенность – 28,6%; снижение аппетита и веса – 28,6%. У 1 родственника установлен тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами, которые были представлены бредовыми идеями отношения, греховности, самообвинения.

У родственников второй группы встречались симптомы, которые характеризовали нарушения в эмоциональной сфере, прежде всего, диффузные опасения и тревожные ожидания (90,2%), снижение настроения (51,2%), потеря жизненных интересов и ощущения удовольствия (29,3%), снижение энерге-

тического потенциала (43,9%) и яркости эмоциональных реакций (19,5%). Проявления тревожного характера были такими: симптомы генерализованной тревоги (92,75%) и повышенной возбудимости (87,8%), снижение способности к сосредоточению внимания (78,0%). Кроме того, достаточно выраженными были изменения поведенческих реакций: избегающее поведение (26,8%), которое сопровождалось стремлением к изоляции и ограничению контактов (17,1%), повышенная утомляемость (87,8%), снижение самооценки и уверенности в себе (75,6%). Также значимым был вес симптомов, которые отображали соматическую составляющую данных расстройств: затрудненное засыпание и частые ночные пробуждения (73,1%), резкое снижение аппетита (43,9%), мышечное напряжение (26,8%).

Далее всем родственникам была проведена скрининговая диагностика депрессии. Скрининг-тест не выявил признаков депрессии у 26 (29,5%) человек, 62 (70,5%) – дали позитивные ответы на вопросы скрининговой анкеты. Родственники, у которых по данным скрининга обнаружены признаки депрессии, были обследованы по шкале Гамильтона (табл. 3).

Как видно из приведенных в табл. 3 данных, у родственников больных с ППЭ преобладает легкая депрессия – 27,3%. Депрессия средней тяжести зарегистрирована у 23,9% родственников. У 1,1% обследованных обнаружена тяжелая депрессия. Следует отметить, что у 18,2% лиц, которые дали позитивные ответы на скрининг-тест для выявления депрессии, по шкале Гамильтона депрессия отсутствовала. Таким образом, по данным скрининговой анкеты для выявления депрессии и шкалы Гамильтона у 47,5% участников исследования выявлена норма.

Все родственники согласились пройти обследование скрининг-тестом для выявления тревожных расстройств. Не было обнаружено тревожных расстройств у 53 (60,2%) лиц, у 35 (39,8%) была отмечена тревога. Родственники, у которых была выявлена тревога, прошли обследование по личностной шкале Тейлор для определения уровня тревоги (табл. 4).

Таблица 3

Показатели шкалы Гамильтона у родственников больных с ППЭ

Количество родственников	Норма	Легкая депрессия	Депрессия средней тяжести	Тяжелая депрессия
Абс.	16	24	21	1
%	18,2	27,3	23,9	1,1

Таблица 4

Показатели шкалы Тейлор у родственников больных с ППЭ

Количество родственников	Низкий уровень тревоги	Средний уровень тревоги с тенденцией к низкому	Средний уровень тревоги с тенденцией к высокому	Высокий уровень тревоги	Очень высокий уровень тревоги
Абс.	0	5	11	18	1
%	0	5,7	12,5	20,5	1,1

Таким образом, у всех участников исследования, которые дали позитивный ответ на скрининг-тест для выявления тревожных расстройств, при обследовании с помощью шкалы Тейлор был обнаружен тот или иной уровень тревоги. Анализируя данные табл. 4, можно отметить, что среди обследуемых, преобладает высокий уровень тревоги – 20,5%. Средний уровень тревоги с тенденцией к высокому обнаружен у 12,5% родственников, средний уровень тревоги с тенденцией к низкому – в 5,7%, очень высокий уровень тревоги зарегистрирован у 1,7% лиц. Низкий уровень тревоги не был выявлен ни у одного родственника.

Скрининг-тест для выявления суицидального поведения был предложен всем участникам исследования. Наличие суицидальных мыслей отрицали 92% опрошенных. Позитивный ответ на скрининг-тест дали 7 (8%) родственников, то есть у них были обнаружены суицидальные мысли.

С помощью методики «Выход из трудных жизненных ситуаций», которая позволяет обнаружить доминирующий способ решения жизненных проблем, было выявлено, что 47 (53,4%) обследованных имеют сложности в переживании трудных жизненных ситуаций. Легко выходят из трудных ситуаций 40 (45,5%) родственников. Психологически неадекватное реагирование в трудных жизненных ситуациях обнаружено у 1,1% лиц.

Все участники исследования были обследованы по методике «Незаконченные предложения» Сакса и Леви, лишь одна мать отказалась от обследования, так как считала это «лишним экспериментом».

Ответы, которые мы смогли расценить как выражающие точное отношение, приводим в табл. 5.

Темы, приведенные в табл. 5, можно условно объединить как выражающие отношение к близкому кругу или семье, к внешним отношениям, отношению к прошлому и будущему. Анализ полученных данных показывает, что основное негативное отношение у обследованных связано с семьей. Так, негативное отношение к отцу превышает такое к матери в 2,8 раза. Треть обследованных негативно относятся к себе. Негативно оценивают сексуальные отношения 31,0% участников исследования, что свидетельствует об эмоциональном напряжении в семье. Половина родственников выразили свое отношение к семье как позитивное, но показатель негативного отношения достаточно высок – 19,5%.

Отношение к внешним обстоятельствам, не связанным с семьей (к вышестоящим лицам, сотрудникам, подчиненным), наиболее позитивно, это можно рассматривать как компенсаторный механизм по преодолению семейных проблем. Отношение к прошлому 72,4% родственников выразили как позитивное, потому что в семье на то время все еще были здоровы. Свое будущее видят позитивным 81,6% участников исследования.

Темы «Нереализованные возможности», «Страхи и опасения», «Отношение к друзьям», «Отношение к лицам противоположного пола», «Чувство вины» сложны для однозначной интерпретации, поэтому приводятся в описательном виде.

Считают, что не реализовали свои возможности по отношению к сохранению здоровья близкого

Таблица 5

Показатели методики «Незаконченные предложения» Сакса и Леви

Название темы отношения	Количество	Негативное отношение	Нейтральное или противоречивое	Позитивное отношение
Отношение к себе	Абс.	25	24	38
	%	28,7	27,6	43,7
Отношение к отцу	Абс.	31	22	34
	%	35,6	25,3	39,1
Отношение к матери	Абс.	11	8	68
	%	12,6	9,2	78,2
Отношение к семье	Абс.	17	23	47
	%	19,5	26,4	54,0
Сексуальные отношения	Абс.	27	16	44
	%	31,0	18,4	50,6
Отношение к своему прошлому	Абс.	10	14	63
	%	11,5	16,1	72,4
Отношение к будущему	Абс.	5	11	71
	%	5,7	12,6	81,6
Отношение к вышестоящим лицам	Абс.	8	19	60
	%	9,2	21,8	69,0
Отношение к сотрудникам	Абс.	8	7	72
	%	9,2	8,0	82,8
Отношение к подчиненным	Абс.	8	17	62
	%	9,2	19,5	71,3

человека, своего здоровья и окружающих 77,0% родственников, 66,7% опрошенных имеют нереализованные возможности в общечеловеческих ценностях: счастье, любовь, понимание, справедливость. Нереализованные возможности в близких отношениях в семье, с детьми, внуками, супругом (супругой) отметили 32,2% лиц; в изменениях в себе – 28,7%; в специальности, образовании и работе – 17,2%; в деньгах, достатке – 17,2%; в вещах, приобретениях – 11,5% родственников.

В ответах на незаконченные предложения по теме «Страхи и опасения» 60,9% лиц выразили негативное отношение, 33,3% – позитивное и 5,7% – нейтральное или противоречивое. Боятся болезней, смерти (своей, близких), а также беспомощности 52,9% участников исследования. Побаиваются одиночества, потери семьи, близких 41,4% родственников; 34,5% лиц отметили глобальные страхи: будущего, неизвестности, нестабильности, войны, безработицы, старости, неприятностей, трудностей и др. Определенные страхи (темноты, высоты, замкнутых пространств, животных) обнаружены у 28,7% обследованных. Побаиваются плохого со стороны других, окружающих, а именно: насмешек, плохо выглядеть в глазах других, огласки, сплетен, потери уважения 28,7% родственников. Сделать что-либо не так, ошибок, ответственности боятся 13,8% лиц. Не боятся ничего 8,0% родственников, 5,7% боятся безденежья, 3,4% – признать свою вину, сознаться.

По отношению к друзьям преобладают позитивные ответы – 74,7% лиц, негативное отношение выразили 21,8% родственников, нейтральное или противоречивое – 3,4%. Считают, что друг – это тот, кто не сделает плохого (не обманет, не предаст и др.) 92,0% лиц. Считают, что друзья оказывают им поддержку, помогают, понимают 48,3% участников исследования. Перечисляют различные позитивные качества: сильный, честный, справедливый, мудрый, веселый и т.д. по отношению к друзьям 44,8% обследованных.

К лицам противоположного пола преобладает негативное отношение у 50,6% лиц, нейтральное или противоречивое отношения – у 28,7% родственников, позитивное – у 26,4%. Идеальной женщиной (мужчиной) считают реального близкого человека (отец, мать, бабушка, дедушка, мужчина, жена, брат, сестра) 49,4% опрошенных; 27,6% родственников при определении своего идеала перечисляют определенные качества: честность, благородство, порядочность; считают идеалом сильных, умных, добрых, чутких, веселых. Знакомого или знаменитого человека, придуманный образ видят своим идеалом 12,6% участников исследования. Идеал женщины (мужчины) отсутствует у 5,7% лиц. Среди недостатков у людей противоположного пола 85,1% родственников выделяют вредные привычки, плохое поведение: сквернословие, курение, пьянство, драчливость, употребление наркотиков, неверность, ложь, вульгарность. Перечис-

ляют отдельные негативные качества (нахальность, жестокость, эгоистичность, непонимание) 14,9% обследованных.

Чувство вины 89,7% родственников отмечают за то, что сделали что-то плохое (обман, обида, злодейство, дорожно-транспортное происшествие, аборт, драки и др.). Чувство вины за ошибки, что сделал не то, не учился, выбрал не того человека, не работал, ушел с работы и др. выразили 71,3% лиц. Ощущают вину за болезнь и состояние здоровья родственника 51,7% опрошенных. Негативные события в прошлом (смерть близких, армия, боль) вызывают вину у 42,5% родственников. Отмечают вину за негативные привычки 8,0% участников исследования. Обвиняют в своих проблемах других и обстоятельства 6,9% обследованных. Не чувствовали и не чувствуют вины 5,7% родственников. Обвиняют себя за то, что не могут постоять за себя, не следуют себе, слишком добрые – 4,6% лиц.

Таким образом, выявленные клинические и психологические особенности ПД у родственников больных с ППЭ свидетельствуют о том, что тяжелое психическое расстройство является большим стрессором для семьи. Родственники психически больных нуждаются в коррекции как на начальных этапах для купирования стресса в связи с психическим расстройством и госпитализацией члена семьи, так и в течение всего периода заболевания. Роль семьи для больных с психическими нарушениями чрезвычайно важна, поскольку вместе с квалифицированным вмешательством может превратиться в полезный терапевтический резерв.

### Выводы

1. Выделены три клинические группы родственников больных с первым психотическим эпизодом: родственники с аффективными (депрессивными) расстройствами – 11 (12,6%) человек; родственники с невротическими расстройствами – 41 (47,2%) человек; группа условной психиатрической нормы – 35 (40,2%) человек. У одного участника исследования диагностировано острое шизофреноподобное расстройство.

2. Среди обследованных 52,3% имеют депрессивные расстройства: преобладают депрессии легкого уровня – 27,3%, средний уровень выявлен у 23,9%, тяжелая депрессия – у 1,1% родственников.

3. Тревога выявлена у 40,4% обследованных: высокий уровень – у 20,5%, средний уровень с тенденцией к высокому – у 12,5%, средний уровень тревоги с тенденцией к низкому – у 5,7%, очень высокий уровень тревоги – у 1,7% родственников.

4. Подтвердили наличие суицидальных мыслей 8% обследованных.

5. Половина родственников имеют сложности в переживании трудных жизненных ситуаций.

6. Основное негативное отношение у родственников связано с семьей. Нереализованные возможности по отношению к здоровью близкого человека отметили 77,0% человек. Имеют определенные

страхи и опасения 60,9% родственников, среди них превалирует страх болезней и смерти близкого человека – у 52,9% лиц. Ощущают вину за болезнь и состояние здоровья своего больного родственника 51,7% участников исследования.

7. Полученные данные были использованы для разработки поэтапной дифференцированной системы психокоррекции и программы профилактики психической дезадаптации у родственников больных с первым психотическим эпизодом.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Будза В.Г., Отмахов А.П., Прусс Г.Б. Отделение первого психотического эпизода – новая форма организации психиатрической помощи больным шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2005. Т. 15, № 4. С. 58–62.
2. Гажа А.К., Краснянская С.М. Психосоциальная работа с родственниками больных с первым психотическим эпизодом в Тамбовской психиатрической больнице // XIV съезд психиатров России: Материалы съезда. М., 2005. С. 46–47.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных // Российский психиатрический журнал. 2006. № 2. С. 61–64.
4. Европейская декларация по охране психического здоровья: Проблемы и пути их решения. EUR/04/5047810/6
5. Краснов В.Н., Гурович И.Я., Мосолов С.Н. и соавт. (ред.) Психиатрическая помощь больным шизофренией: Клиническое руководство. М.: ИД Медпрактика-М, 2007. 260 с.
6. Левина Н.Б. О создании общероссийской общественной организации психически больных инвалидов и их родственников «Новые возможности» // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. Т. 11, № 2. С. 108–109.
7. Марута Н.А. (ред.) Критерий качества жизни в психиатрической практике. Харьков: РИФ Арсис, ЛТД. 2004. 240 с.
8. Мэй М., Сарториус Н. Шизофрения. Пер. с англ. / Под ред. В.Штенгелова. Киев: Сфера, 2005. 488 с.
9. Празднова В.А. Варианты организации работы с семьями // XIV съезд психиатров России: Материалы съезда. М., 2005. С. 417–418.
10. Oyeboode J. Assessment of carers' psychological needs // Advances in Psychiatric Treatment. 2003. N 9. P. 45–53.
11. Pearlin I.I., Mullan J.T., Semple S.J. et al. Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures // Gerontologist. 2000. Vol. 30. P. 583–594.
12. Phelan J., Bromet E., Link B. Psychiatric illness and family stigma // Schizophr. Bull. 1998. Vol. 24. P. 115–126.
13. Solomon P., Draine J., Mannion E., Meisel M. Increased contact with community mental health resources as potential benefit of family education // Psychiatric Services. 1999. Vol. 49. P. 333–339.
14. Zarit S.H., Edwards A.B. Family caregiving: research and clinical intervention // Psychological problems of ageing: Assessment, treatment and care / P.T.Woods (Ed.). 1999. P. 153–193.

### КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ

Л. Н. Юрьева, Т. И. Шустерман

Авторами изучены клинические и психологические особенности психической дезадаптации у 88 родственников 55 больных с первым психотическим эпизодом. Выделены три клинические группы родственников: родственники с аффективными расстройствами (12,6%), родственники с невротическими расстройствами (47,2%) и группа условной нормы (40,2%). У 52,3% обследованных выявлена депрес-

сия, у 40,4% – тревога. Наличие суицидальных мыслей подтвердили 8% участников исследования. Полученные данные позволили разработать поэтапную дифференцированную систему психокоррекции и программу профилактики для родственников психически больных.

**Ключевые слова:** психическая дезадаптация, родственники, первый психотический эпизод.

### CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES OF MENTAL MALADJUSTMENT IN FAMILY MEMBERS OF PATIENTS WITH THE FIRST PSYCHOTIC EPISODE

L. N. Yuryeva, T. I. Shousterman

The authors have studied clinical and psychological characteristics of psychological maladjustment in 88 family members of 55 patients with the first psychotic episode. They distinguish three clinical groups of family members: those with affective disorders (12.6%), those with neurotic disorders (47.2%) and the relative norm (40.2%). In 52.3% of the persons investigated they found depression and in 40.4% they found anxiety. Sui-

cidal ideas occurred in 8% of participants of investigation. The data obtained make it possible to develop a stepwise and differentiated system of psychological correction and a prevention program for family members of psychiatric patients.

**Key words:** psychological maladjustment, family members, first psychotic episode.

**Юрьева Людмила Николаевна** – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии факультета последипломного образования Днепропетровской государственной медицинской академии, Украина, e-mail: lyuryeva@a-teleport.com

**Шустерман Тамара Иосифовна** – кандидат медицинских наук, врач-психиатр Днепропетровской областной клинической психиатрической больницы, Украина, контактный телефон: 8-056-753-4375 (рабочий)