

ЗАМУЖЕМ ЗА БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Ольга Яковлевна Симак^{1,2}, Виктор Александрович Солдаткин¹

¹Ростовский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии и наркологии ФПК и ППС, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, д. 29,

²Психоневрологический диспансер, 344010, г. Ростов-на-Дону, пер. Семашко, д. 120,
e-mail: amey88@mail.ru

Реферат. Комплексный подход к терапии шизофрении должен быть направлен как на восстановление психофизических функций — с помощью рациональной психофармакотерапии, так и обеспечивать максимальное социальное приспособление больных — с помощью психотерапии пациента и его ближайшего окружения. В статье описан клинический случай шизофрении и влияние семейного окружения на протекание болезни и психосоциальное благополучие пациента.

Ключевые слова: шизофрения, семья, брак, биопсихосоциальный подход, семейный анализ.

**MARRIED TO A SCHIZOPHRENIC PATIENT:
A CLINICAL CASE**

Olga Ya. Simak^{1,2}, Victor A. Soldatkin¹

¹The Rostov State Medical University, Department of Psychiatry and Narcology, 29, Nakhichevansky Str., Rostov-on-Don, 344022, ²Psychoneurological dispensary, 120, Semashko Str., Rostov-on-Don, 344010, e-mail: amey88@mail.ru

An integrated approach to the treatment of schizophrenia should be aimed both at restoring psychophysical functions — using rational psychopharmacotherapy and ensuring maximum social adjustment of patients — using psychotherapy of the patient and his immediate environment — the family. The article describes a clinical case of schizophrenia and influence of the family environment on the course of the disease and the psychosocial well-being of the patient.

Key words: schizophrenia, family, marriage, biopsychosocial approach, family analysis.

Применение биопсихосоциального подхода в психиатрии является трендом сегодняшнего дня [6]. Использование комплексного подхода к терапии требует конкретизации психического состояния, стадии заболевания, ведущего синдрома, личностного отношения больного к своему психическому состоянию, социальным возможностям и к сложившейся вокруг него социальной ситуации. В систему рассмотрения должен включаться анализ построения межличностных отношений в семье больного: выраженность внутрисемейной конфликтности, психо-

логические установки больного и членов его семьи по отношению друг к другу; а также анализ сочетания сохранных и патологически измененных сторон личности супругов [5, 8]. Психологические особенности лиц, состоящих в браке с пациентом с шизофренией, определяют «психотерапевтичность» супругов друг для друга, риск формирования психических расстройств различного уровня либо обострения имеющейся психической патологии.

Отношения внутри семьи часто являются производными от клинического состояния психически больного. Верным можно считать и обратное утверждение: клиническое состояние психически больного является производным от отношений внутри семьи. В публикациях 60–90-х годов влияние семьи на прогноз заболевания анализировалось на уровне здравого смысла: чем меньше конфликтов между родственниками, тем лучше состояние больного; не имеющие или потерявшие семью имеют худший прогноз. Правда не ставился вопрос, почему больной не смог создать семью или почему она распалась? По мере усложнения методов исследования стала появляться и другая информация: благоприятно для клинического прогноза не просто наличие семьи, а только собственной или полной родительской [цит. по 8].

Как правило, у родных, проживающих совместно с больным, возникает трудно корригируемое представление о болезни и о том, как надо вести себя с пациентом. D. Hell утверждал, что семейные отношения у больных шизофренией не поддаются коррекции, можно только повысить информированность родственников, которая часто катастрофически низка [цит. по 8].

С 90-х годов XX века по настоящее время проведено не менее 30 исследований, доказывающих влияние «выраженности эмоциональных реакций» родственников на клинический и соци-

альный прогноз больных шизофренией, в частности, появились рекомендации по профилактике рецидивов шизофрении, где указывалось, что чем менее эмоциональны родственники больного и чем меньше он контактирует с ними, тем лучше [7].

В современной литературе в большей мере освещены патогенные семейные факторы при шизофрении, вызывающие либо психическую травматизацию родственников [3], либо являющиеся внешним фактором риска развития или обострения болезни у пациента. Болезнь вызывает страдание каждого члена семьи, что требует особого внимания. В тоже время, семья обладает исключительным лечебно-оздоровительным потенциалом при конструктивном подходе к болезни. Пациент с шизофренией в этом случае рассматривается как биопсихосоциальное явление, и семейное окружение, гармонично воздействуя на социальную (личностную) подструктуру человека, влияет и на болезненный процесс, posos по А.В. Снежневскому [5, 6], в рамках вторичной профилактики шизофрении. Данный потенциал зачастую теряется в ходе как лечебного и реабилитационного процессов, так и при недостаточном психообразовании и выработке «беспомощной» позиции родственников. Изучение семьи как мощного терапевтического фактора, фактора вторичной и третичной профилактики, реадaptации и ресоциализации пациентов можно использовать для разработки и совершенствования модели оказания помощи больным шизофренией.

Таким образом, комплексный подход к терапии шизофрении должен быть направлен как на восстановление психофизических функций – с помощью рациональной психофармакотерапии, так и обеспечивать максимальное социальное приспособление больных – с помощью психотерапии пациента и его ближайшего окружения – семьи. Однако, на этом пути есть масса нерешенных вопросов. Их иллюстрацией является следующее клиническое наблюдение.

Семейная пара – Игорь Владимирович, 1981 г.р. (37 лет) и Илья Олеговна, 1983 г.р. (35 лет). Анамнез Игоря Владимировича (со слов матери, отца, мед. документации): наследственность психопатологически отягощена – мать страдает шизофренией, дед по линии матери злоупотреблял алкоголем. Отец перенес рак легкого, успешно оперирован в 2012 г. Есть сестра старше на 2 года, здорова.

Беременность вторая, роды протекали без патологии. Раннее развитие по возрасту. На первом году

часто плакал, был крикливым. По характеру отличался подвижностью, общительностью, самостоятельностью, высоким жизненным тонусом, любил компании и стремился руководить сверстниками. Воспитывался в полной семье, всегда помогал родителям. Мать и дед были религиозны. Наиболее доверительными, эмоционально теплыми были отношения с бабушкой, обращался к нему за советом, считал его «практически отцом». Мать работала медсестрой, по характеру – спокойная, ответственная, мягкая, отходчивая. Отец работал шахтопроходчиком, был строгим, прямолинейным, жестким по характеру, в семье «его слово считалось законом», следил за поведением детей, приучал к труду, иногда физически наказывал обоих. Отношения между братом и сестрой были хорошими, но периодически соперничали между собой, дрались.

Пациент помнит себя с 4-х лет. В этом возрасте пошел в детский сад, быстро нашёл общий язык с другими детьми, предпочитал активные игры, хотел быть лидером, старался отстаивать свои позиции, поэтому часто дрался. В школу пошел с 7 лет, учился хорошо, нравились «познавательные науки – история, литература», точные науки давались тяжело. Начал активно заниматься спортом – футболом, утром до школы и вечером после уроков посещал тренировки. Выиграл 5 поездок в Крым по результатам ежегодного футбольного зачета. Играл на баяне, пел в хоре при музыкальной школе. В школе выступал на утренниках и во Дворце культуры на соревнованиях между музыкальными школами.

Пубертатный период с 13-14 лет, протекал физиологически, с заострением личностных гипертимных черт, стал более чувствителен к замечаниям, например, один раз хотел уйти из дома после ссоры с родителями, но вернулся обратно. С 15 лет начал жить половой жизнью, гетеросексуален. Романтические отношения были достаточно короткими. Примерно в этом возрасте попробовал алкоголь в компании, отмечались либо седативный либо эйфоризирующий эффекты.

Первые изменения психического состояния возникли в 16 лет, когда без явных причин снизилось настроение, стал говорить, что болен СПИДом, читал литературу на эту тему, высказывал суицидальные мысли, почти не выходил из дома. Казался сам себе изгоем, думал, что не нужен обществу, понял это «на основании бесед с друзьями», хотя объективных конфликтов и унижений со стороны окружающих не было. К врачам не обращался, состояние прошло в течение 1,5 месяцев.

С 9 по 11 класс, со слов пациента, «передрался со всей школой, надо было доказывать лидерство...». Окончил 11 классов общеобразовательной школы и музыкальную школу по классу баяна. После школы обучался в Шахтинском филиале Московского института по специальности «финансы, экономика». В возрасте около 18 лет попал в ДТП, получил черепно-мозговую травму с потерей сознания, лечился стаци-

онарно около недели, в дальнейшем жалоб не предъявлял.

В конце 1990-х г. (19–20 лет) начал работать в фирме, вместе с другом купил машину, хотел открыть свой бизнес. В возрасте пациента 21 год умер дедушка по линии матери. В это время подрабатывал в г. Ростов-на-Дону, продолжал учиться в университете. Приехал на похороны деда, остро переживал утрату, смерть деда казалась несправедливой. Во время возвращения домой вышел на промежуточной остановке, так как показалось, что за ним следят бандиты, а каждый прохожий был подставным лицом. Был уверен, что находится под постоянным видеонаблюдением, начал скрываться и прятаться от преследователей, бродил по безлюдному дачному поселку. Появилось ощущение, что его поймают, будут над ним издеваться, пытать. На высоте страха решил убить себя, чтобы никто другой не смог над ним издеваться. В одном из домов разбил стекло и ударил себя осколком в область сердца, что вызвало массивное кровотечение. Был «ошарашен», на короткое время пришел в себя, искал помощи, стучался в дома, пока ему не помогли. Лечился в травматологическом отделении ЦРБ. Во время лечения вернулись мысли о преследовании, пытках, издевательствах, в связи с чем обманным путем проник в подвал и пытался убить себя ударом тока, засунув руки в распределительный щит. Был найден медперсоналом в подвале в «неистовом психомоторном возбуждении» и далее переведен в психиатрическую больницу. Психопродуктивная симптоматика купировалась на фоне нейролептической терапии.

После этого случая произошло осознание возможности несчастного случая: «Конечно, после такого случая начинаешь понимать, что все могло закончиться плохо», стал больше верить, съездил с паломниками в Оптину Пустынь, стал более сдержанным в поступках, что не выходило за рамки социокультуральных норм. После выписки в течение 7 лет состояние было стабильным. Работал в г. Белая Калитва, занимался предпринимательством, нигде долго не задерживался. Выпивал алкоголь в компании, изредка начал выпивать для поднятия настроения.

Мать занимала гиперопекающую позицию с реальной оценкой ситуации в отношении психического здоровья пациента и активной деятельности по организации его лечения. Данная ситуация вызывала реакцию оппозиции у пациента, однако в целом, отношения с родительской семьей сохранялись теплыми.

Летом 2009 года уехал на заработки в Москву, где стал деятельным, возбужденным, не спал ночами, раздавал деньги незнакомым людям, например, организовал сбор средств и пожертвовал деньги на операцию девушке. Много молился, считал, что у него имеются особые способности, например, лечить людей молитвой. Попал в драку, был госпитализирован в травматологическое отделение. К психиатрам не обращался, состояние нормализовалось самостоя-

тельно. Настроение оставалось ровным, в течение года работал, занимался частным предпринимательством.

В августе 2010 г. ухудшился сон, настроение было стойко приподнятым с оттенком эйфории. Раздавал нуждающимся на улице деньги, лечил людей наложением рук. Однажды после бессонной ночи «увидел в небе образ Святой Матрёны, которая ему сказала, что его миссия – восстановить храмы на земле русской и заложить три новых храма». Выносил из дома деньги и вещи, раздавал в церкви незнакомым людям. Видел внутри прохожих бесов, изгонял их молитвами. «Читал мысли окружающих». Проходил лечение в ПНД с диагнозом: «Приступообразная шизофрения, смешанный (биполярный) вариант, маниакальный тип, синдром маниакально-бредовой». Получал лечение: гемодез, натрия тиосульфат, транквилизаторы, зуклопентиксол, рисперидон. Выписан под амбулаторное наблюдение, получал рисперидон 2–4 мг/сут., окскарбазепин 600 мг/сут.

После выписки был психически стабилен. Работал директором спортивного комплекса. В течение 5 лет проживал в неофициальном браке, в семейных отношениях оставался спокойным, быстро отходил в ситуации конфликта, любил приемного сына. Материально помогал семье. Постепенно в семье возникли проблемные отношения в связи с изменами супруги. Прощал жену, просил о совместном ребенке, однако женщина, не ставя пациента в известность, предохранялась. Узнав это, пациент воспринял ситуацию как предательство и разорвал отношения. На этом фоне в 2014 году появились страхи, казалось, что за ним следят машины, его телефоны прослушивают, на улицах смотрят. Иногда говорил, что слышит «голоса» внутри головы. Амбулаторно начал принимать трифлуоперазин, тригексифенидил, окскарбазепин, что ослабило симптоматику.

В возрасте 34 лет закончил очно-заочный факультет института физической культуры. Затем мать перевела пациента в центр внешкольной работы, работал детским тренером. Примерно с 2016 года наблюдался у врача-психиатра. В связи с жалобами на низкую переносимость трифтазина коротким курсом получал кветиапин, чувствовал, что «ноги отбивает, ноги становились ватными», поэтому вернулся к прежней схеме терапии. Продолжал профессионально расти, закончил курсы футбольного арбитра в 2017 г.

С апреля 2017 года начал нарушать прием лекарств, так как посчитал себя здоровым. Появилось возбуждение, меньше спал, был активным, деятельным, строил много планов. Начал искать новую работу, заводил множество знакомств, совершал операции по купле-продаже. Занялся ремонтом новой квартиры. Громко слушал музыку, наряжался в яркие цвета, на улице всем махал, со всеми здоровался, как будто все люди его знают. Начал много курить. С середины июля 2017 года начал много молиться, говорил, что ему помогает Господь. Стал замечать особые знаки,

видел пророческие сны, например, во сне привиделся Георгий Победоносец, который «привел» пациента к храму – при этом пациент сам нашел храм и, увидев икону именно этого святого, расценил это событие как чудо. Появились сны с указаниями от ангелов, что делать, например, как правильно поставить кровать в квартире. Начало «приходить знание», так понял, что на диване в его квартире кого-то когда-то зарезали. Появилась тревожность, начал видеть во всем угрозу. Появились проблемы с работой в спортивной школе, стал более чувствительным к нарушениям поведения у детей, раздражался.

С 22.07.17 года амбулаторно начал получать клозапин 75 мг/сут., трифлуоперазин 15 мг/сут., тригексифенидил, вальпроевую кислоту 500 мг/сут, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин до 6 мг/сут. Страхи уменьшились, однако не купировались, сохранялся стойко повышенный фон настроения, нарушения сна. Придумывал новые законы, говорил, что чувствует себя прекрасно. «Читал мысли людей», диагностировал у них болезни, одержимость бесами. «Получил видение», что может лечить людей молитвами, совершая круговые движения по часовой стрелке над болевой точкой, либо проводя рукой вверх-вниз, после чего было необходимо помыть руки.

Находился на стационарном лечении с диагнозом: «Шизофрения параноидная, эпизодический тип течения, отсутствие ремиссии» (F20.016). На момент поступления: «В отделение заходит в сопровождении родственников. Громко разговаривает, активно жестикулирует, не может усидеть на одном месте. Речь ускорена вплоть до словесной окрошки. Сознание формально ясное, не может назвать текущую дату, считает, что находится в г. Шахты, в санатории, верно называет себя. Мимика, пантомимика ускорены, лицо гиперемировано, обильно потеет, трясутся руки. Жалоб нет. При расспросе считает, что «просто начал ходить в церковь, видеть в людях бесов». Чувствует в себе поток энергии, идей, планов, не хочет спать, постоянно пытается кому-то позвонить, вложить деньги в «реальные проекты». Галлюцинаторные переживания сформулировать не может: «Ну, бывает, говорят высшие существа». Замечает, что на улице на него не так смотрят, следят, рассказывает о возможном наличии подслушивающего устройства или камеры, боится, что за ним будут следить. Настроение повышено, испытывает радость, восторг. Темп мышления повышен, разнопланов, тематически отклоняем вплоть до скачки идей. Ощущает у себя множество способностей, умеет читать мысли, познавать скрытую суть вещей. Внимание неустойчиво. Память без особенностей. Аппетит повышен. Бессонница. Критики нет. Согласен на госпитализацию и лечение, «чтобы расслабиться». Получал лечение: галоперидол до 30 мг/сут. в/м и внутрь с переводом на оланзапин до 10 мг/сут., лития карбонат до 1200 мг/сут., бромдигидрохлорфенилбензодиазепин до 2 мг/сут. в/в капельно и внутрь,

тригексифенидил до 6 мг/сут., эналаприл до 5 мг/сут. За время пребывания в стационаре купировалась острая психопродуктивная симптоматика, стабилизировался аффект, упорядочилось поведение. В психическом статусе сохранялись эпизодические диссомнии. PANSS от 20.09.17 г.: Позитивная симптоматика – 12 баллов, Негативная симптоматика – 11 баллов, Композитный индекс = 1, Общепсихопатологическая симптоматика – 19 баллов, Анергия – 5 баллов, Нарушения мышления – 8 баллов, Возбуждение – 5 баллов, Параноидный кластер – 3 балла, Депрессия – 4 балла, Агрессия – 9 баллов.

После выписки регулярно консультировался у врача-психиатра, принимал оланзапин 5-10 мг/сут., лития карбонат 1200 мг/сут. Проживал в родительской семье, вернулся на прежнюю работу, был успешен, восстановил прежний круг общения, поддерживал контакт с наиболее сохранными пациентами, с которыми познакомился в больнице. На фоне приема оланзапина в осенне-зимний период жаловался на набор веса, несмотря на активную физическую нагрузку. Летом 2018 г. на фоне снижения оланзапина до 2,5 мг/сут. стал гиперактивным, деятельным, строил бизнес-проекты, не связанные с основной работой, ездил к друзьям в другие города, меньше спал. На фоне повышения оланзапина до 5 мг/сут. фон настроения стабилизировался. В осеннее время начал жаловаться на набор веса, быструю утомляемость после привычных нагрузок, увеличение времени сна.

Летом 2018 г. начал встречаться с девушкой, трепетно относился к ней и ее детям, заботился о них. Отношения отличались доверительностью, высоким взаимопониманием и поддержкой. Рассказал девушке о том, что страдает психическим расстройством, встретил адекватную реакцию. Познакомился с дочерью и сыном девушки, временами проявлял себя в роли отца. Появились мысли о совместном проживании, ведении общего хозяйства, возможном планировании детей. На этом фоне стал аккуратнее в приеме препаратов, следил и за физическим, и за психическим состоянием. Начал интересоваться вопросами наследственности при шизофрении, влияния препаратов на репродуктивную функцию.

Согласился на участие в исследовании семейного функционирования лиц с шизофренией, сообщил об этом девушке, которая также проявила интерес к данному исследованию.

Психический статус на 03.11.18 г.: Осмотрен в присутствии жены. Сознание ясное, алло-, аутопсихически ориентирован верно. Внешне опрятен, аккуратен. Мимика, пантомимика слегка сглажены, синтонны, легко включается в осмотр. Голос обычной громкости, интонирован, речь обычным темпом, последователен. Жалуется на усиление утомляемости в осенние месяцы, что не зависит от нагрузки: «Что на работе, что на выходных – какая-то усталость, вечером уже сам засыпаю...». Интересуется возможностями

лабораторной диагностики психоза: «Как узнать, будет он потом, не будет? И вот лекарства, они как-то влияют на детей? И может болезнь по наследству передаваться?». При этом смотрит на жену, волнуется. Эутиимичен. Обманы восприятия, нелепые идеи отрицает, что подтверждается словами жены. Описывает свои отношения с женой как «полное взаимопонимание, и в интеллектуальном смысле – я что-то говорю, и у нас мысли совпадают, даже не знаю, как это, но это круто». Рассказывает, что ощущение спокойствия в жизни, семейных отношениях отражается на психическом состоянии: «Когда спокойствие, тогда и психическое состояние ровное». Считает, что после перенесенного психоза очень хорошо активизируют занятия спортом, общение с хорошими друзьями и поддержка близких: «Конечно, о болезни знает узкий круг друзей, потому что сейчас все, в основном, об этом злорадствуют, но те, кто знает, еще с первого раза, те все остались». Мышление обычным темпом, периодически соскальзывает, отмечаются элементы резонерства. Внимание, память без грубых нарушений. Критичен к болезни.

PANSS [2] от 03.11.18 г.: Позитивная симптоматика – 10 баллов, Негативная симптоматика – 8 баллов, Композитный индекс = 2, Общепсихопатологическая симптоматика – 19 баллов, Анергия – 4 балла, Нарушения мышления – 6 баллов, Возбуждение – 5 баллов, Параноидный кластер – 3 балла, Депрессия – 4 балла, Агрессия – 6 баллов.

Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич) [2] от 03.11.18 г.: Тревога – 6,04; Невротическая депрессия – 7,03; Астения – 5,5; Истерический тип реагирования – 7,24; Обсессивно-фобические нарушения – 6,03; Вегетативные нарушения – 15,09.

Соматоневрологический статус: В области левой грудной мышцы шрам неровной формы. В остальном – без особенностей. *Данные лабораторного исследования от 25.10.18г.* на фоне терапии: оланзапин 5 мг/сут., лития карбонат 1200 мг/сут.: литий крови 0,224 ммоль/л; гормоны щитовидной железы: ТТГ 2,2577 мМЕ/мл, Т4 (свободный) 14,27 пкмоль/л, Т3 (свободный) 4,26 пкмоль/л; пролактин: 125,73 мМЕ/л; глюкоза крови 5,54 ммоль/л, триглицериды 0,69 ммоль/л, холестерин общий 5,4 ммоль/л, ЛПВП 1,32 ммоль/л, ЛПНП 3,4 ммоль/л, ЛПОНП 0,32 ммоль/л.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования от 13.11.2018 г. На основании клинической беседы, проективных методик, тестовых опросников, особенностей мышления (снижение критичности мышления, резонерство, трудности синтеза), можно сделать вывод о наличии шизофренического симптомокомплекса.

Анамнез Иланы Олеговны, 1983 г.р., 35 лет (со слов обследуемой, пациента): Данных о наследственности, беременности, родах, раннем развитии нет. Известно, что обследуемая росла в полной семье, имеет среднее специальное образование. В пубертатном периоде

иногда прогуливала уроки. Обследуемая описывает себя по характеру как «позитивная, активная, общительная, веселая, быстро переживающая психотравмирующие ситуации», отличалась «высоким жизненным тонусом, ощущением энергичности». В ситуации повышенной ответственности и дефицита времени склонна к ощущению тревоги, беспокойства, неудобства, что приводит к мобилизации активности на решение проблемы и стабилизации самочувствия после разрешения ситуации. Имеет широкий круг общения, легко заводит новые контакты, отдыхает вместе с друзьями. Употребляет алкоголь по социально одобряемым мотивам в компании друзей. Эффект от приема алкоголя чаще релаксирующий, слегка повышающий настроение. Употребление психоактивных веществ отрицает. Состояла в браке, характеризовавшемся агрессивными тенденциями со стороны мужа. Есть 2 детей: 13 лет и 8 лет, проявляет себя как заботливая и любящая мать. Работает в сфере активного взаимодействия с окружающими, рабочая. Перенесла несколько психотравмирующих событий: была свидетелем ДТП с летальным исходом пассажиров, недолгое время пробыла на месте аварии и вскоре уехала – испытывала потрясение, подавленность, состояние стабилизировалось в течение нескольких часов, воспоминаний и кошмаров на эту тему не испытывала. В декабре 2014 года пережила землетрясение в г. Сочи, что вызвало сильный испуг, страх, но также быстро мобилизовало обследуемую на решение текущих проблем. Наиболее травмирующим событием была смерть племянницы 6 лет, страдавшей хроническим заболеванием, в тот момент была подавлена, расстроена, угнетена, переживала о родных. В течение жизни отрицает наличие психопродуктивной симптоматики тяжелее реактивной тревоги в ситуации объективного стресса. Знакомство с пациентом произошло во время отдыха на море летом 2018 года, когда «увидели друг друга и поняли, что это – судьба». Обследуемая осведомлена о психическом заболевании супруга, толерантна к данному факту, спокойно относится к совместному проживанию.

Психический статус на 03.11.18 г.: Сознание ясное. В собственной личности, месте, времени, происходящей ситуации ориентирована верно. Аккуратна, следит за внешним видом, умеренно пользуется косметикой, подчеркивает достоинства. В беседу вступает с некоторым опасением, легкой тревожностью, биографические данные не раскрывает, мотивируя тем, что «не хочет посвящать посторонних в свою жизнь». Жалоб на самочувствие не предъявляет, объективных признаков психотической дезорганизации поведения, мышления, аффективной сферы не выявляется. Эутимия. Мышление обычным темпом, последовательно. Внимание пассивное и активное в полном объеме. Грубых расстройств памяти не выявляет. Сообщает, что в настоящих отношениях максимально понимает супруга, разделяет его стиль жизни, способ общения: «Нравятся шутки, понимаю с полуслова, и

он также». Сообщает, что в настоящих отношениях практически не возникает конфликтных ситуаций, поскольку проблемы решаются быстро и конструктивно. Находит похожими свой характер и характер пациента. Обследуемой известно о психическом заболевании партнера, что воспринимается как особый уровень доверия. Оценивает реакцию окружающих на психическое расстройство партнера адекватно: «У всех разные мнения, это нормально». Особых изменений жизненного стереотипа в связи с болезнью партнера не отмечает. Вдумчиво отвечает на тестовые вопросы, задает уточняющие вопросы. Самостоятельной активности в беседе о наследственной передаче психической болезни партнера не проявляет, однако проявляет комплекс заинтересованности: поднимает голову, удерживает зрительный контакт с врачом, партнером.

Международное нейropsychиатрическое мини-интервью (M.I.N.I.) [2] от 03.11.18г.: Психических расстройств в анамнезе не обнаружено. *Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич)* от 03.11.18г.: Тревога – 5,69; Невротическая депрессия – 7,05; Астения – 8,62; Истерический тип реагирования – 5,62; Обсессивно-фобические нарушения – 6,39; Вегетативные нарушения – 10,59. *Госпитальная шкала тревоги и депрессии* от 03.11.18г.: Тревога = 3 балла, Депрессия = 1 балл. *Заключение по данным экспериментально-психологического исследования* от 19.11.2018 г.: на первый план выступает заострение в структуре личности эпилептоидных черт, легко выраженное изменение когнитивных процессов по органическому типу. Таким образом, на момент осмотра психических расстройств у обследуемой не выявлено.

Семейный анализ. Для обеспечения поэтапного выявления семейного источника психической травматизации личности [9] были проведены: первичный сбор информации о родительских семьях обследуемых, до- и внутрисемейная информация о партнерах, тестовый мониторинг актуального семейного состояния [4]. Отношения в родительских семьях: с обеих сторон гармоничные. Количество официальных браков: у мужчины – 0, у женщины – 1. Количество внебрачных отношений: у мужчины – в период гипоманиакального состояния частая смена партнеров, у женщины – неизвестное количество. Количество разводов: у мужчины – 0, у женщины – 1. Собственные дети: у мужчины – 0, у женщины – 2. Настоящие отношения продолжаются в течение 6 мес., юридически не оформлены. Супруги проживают вместе на одной территории в течение 1 мес., с детьми жены 13 и 8 лет, что позволяет отнести данные отношения к «внебрачной семье с детьми жены» [4]. Жизненный цикл семьи по классификации Э.Г. Эйдемиллера и Н.В. Александровой соответствует нулевой стадии (прелюдия семейной жизни). На данной стадии у партнеров появляется мотивация к созданию брака, надежда на дальнейшее будущее и вместе с тем происходит переживание тревоги, неуверенности в моменты адаптации партнеров друг к другу.

Особенности функционирования семьи рассматривались в рамках классификации функций семьи Эйдемиллера Э.Г. [9]. Воспитательная функция реализуется женщиной по отношению к собственным детям, воспитание по типу гиперопеки. Роль мужчины для детей в настоящее время не определена, принимает минимальное участие в воспитании. Хозяйственно-бытовая функция характеризуется наличием отдельного дома для проживания пары с детьми, жилищные условия удовлетворительные, материальное обеспечение партнеров равнозначное, удовлетворительное, происходит начало формирования общего бюджета. При описании эмоциональной функции отношений партнеры были одинаково высоко удовлетворены потребностями в симпатии, уважении, признании, эмоциональной поддержке, психологической защите. Демократическая структура отношений. Конфликты отсутствуют либо слабо выражены. Функция духовного обогащения отражалась в совместном досуге в выходные дни, встречах с друзьями. Функция первичного социального контроля реализована полноценно, партнеры в полной мере придерживаются норм социального контроля, поведение упорядочено и последовательно. Сексуально-эротическая функция со слов партнеров удовлетворительна. Присутствует вопрос о влиянии болезни на психическое здоровье потомков.

Семья и болезнь. Наличие психического расстройства у члена семьи может значительно влиять на социально-психологический климат, т.е. на степень удовлетворенности супругов основными аспектами жизнедеятельности семьи, общим тоном и стилем отношений [1]. В данном случае оба партнера осведомлены о психическом расстройстве мужчины. Мужчина полностью осведомлен о причинах, симптомах, лечении и последствиях заболевания. Женщина вследствие малой осведомленности об особенностях заболевания демонстрирует поверхностный уровень знаний. Оба партнера конструктивно относятся к необходимости медикаментозной терапии. За время пребывания в совместном проживании психическое состояние мужчины не изменилось, по мнению пациента гармоничные отношения поддерживают ровное психоэмоциональное состояние. Психическое состояние женщины за время совместного проживания также не изменилось.

Следующим этапом изучения данной пары стало проведение ряда самооценочных методик для выявления установки клиентов на свои отношения, собственно удовлетворенности браком (см. табл.).

Таким образом, исходя из представленной партерами информации и результатов выполнения самооценочных тестов, нарушений функций семьи в настоящее время не прослеживается, оба партнера считают отношения абсолютно благополучными и максимально психотерапевтичными. В тоже время следует помнить о диагностических проблемах получения информации о семье, как то – проблеме интимности – сокрытие

Таблица

Психометрические показатели семейного функционирования, баллы

03.11.2018г.	Игорь	Ильяна
<i>1. Тест на уровень удовлетворенности браком</i>		
	41	42
<i>2. Тест «Общение в семье»</i>		
Доверительность отношений:		
Оценка, данная себе	4	3,66
Оценка, данная супругу	3,83	3,66
Взаимопонимание между супругами		
Оценка, данная себе	2,83	3,33
Оценка, данная супругу	4	3,66
Сходство во взглядах супругов	3,83	3,66
Общие символы семьи	3,16	3,33
Легкость общения между супругами	3,83	3,83
Психотерапевтическая общность	4	4
<i>3. Анализ семейной тревоги</i>		
Шкала вины	0	0
Шкала тревоги	1	1
Шкала напряженности	1	0
Общий балл	2	1

некоторых областей жизни семьи, проблеме изменчивости – многие события семейной жизни протекают быстро и не фиксируются, и проблеме разбросанности данных – существование явлений в крайне ограниченном спектре ситуаций [9]. Объективные сведения о партнерах и данные семейного анамнеза позволяют установить наличие «внебрачной семьи», для которой характерны следующие явления. Социально-психологические цели внебрачной семьи: достижение чувства облегчения и разрешения возникших проблем межличностного общения с противоположным полом; стабильность отношений; стремление «пожить в свое удовольствие» и испытать романтику свободной любви. Предметно-практическая деятельность такой семьи по содержанию ограничена, хотя периодически не отличается от обычной семьи. В ней доминируют досуговые формы, а благоустройство носит эпизодический характер, наполнение семейного бюджета нестабильно. Для семьи присущ замкнутый характер жизнедеятельности. Круг общения ограничен и как бы раздвоен – у каждого свой, устойчивые связи и контакты между их близкими отсутствуют. В этом случае микроокружение «супруга» более открыто для общения. Если решаются основные вопросы жизнедеятельности семьи, то со временем начинает сказываться дискомфорт отношений и статуса каждого из партнеров. Возможен рост общей нервно-эмоциональной напряженности и распад союза [4].

Обсуждение. Предиспозиционные факторы в случае Игоря – это наследственная отягощенность шизофренией и преморбидная гипертимная

акцентуация. Она протекает в виде четких, очерченных, аутохтонно развивающихся приступов. Сначала эти приступы были разделены продолжительными (по 5–7 лет) качественными ремиссиями, однако с 33-летнего возраста удается добиться только медикаментозно-контролируемой ремиссии, да и то не слишком качественной, аффективные колебания все же были заметны. В основе всех приступов – выраженный аффект – депрессивный и маниакальный. Однако, на фоне аффекта возникали и приобретали клиническое значение идеаторные нарушения. Причем от приступа к приступу их выраженность и тяжесть нарастали – во втором приступе появилась персекуторность (паранойяльного уровня), а с третьего приступа сформировался параноидный синдром. Учитывая эту прогрессивность болезни, а также выявленные психологом структурные нарушения мышления, в нозологической концепции болезнь соответствует шизофрении. Полагаем, что мы видим патоморфоз рекуррентной формы в приступообразно-прогрессивную. При этом, МКБ-10 эту точку зрения не поддержит, по критериям этой классификации речь идет о шизоаффективном расстройстве, которое требуется лечить сочетанием двух базовых классов препаратов: нормотимик (вальпроаты, учитывая присутствие как депрессивных, так и маниакальных состояний) и атипичный антипсихотик (препараты выбора – кветиапин и арипипразол). И, конечно, этот

пациент нуждается в психотерапии. А точнее, в психотерапии нуждается формирующаяся семья.

Нам представляется, что в рутинной работе с подобными пациентами обычно упускаются следующие аспекты:

1. Насколько важно психологическое благополучие в семье для больного как личности, в целом, и для снижения риска развития очередного приступа, в частности? Казалось бы, мы говорим об эндогенном страдании, однако это страдание у чувствующего, думающего, страдающего человека. Стресс является бесспорным провокатором обострений.

2. Семья – «мост» к более качественному комплаенсу. Близким зачастую доверяют больше, чем врачам, и в этом заложен огромный потенциал улучшения приверженности к терапии.

3. Раннее распознавание болезни. Это то, что семья может и должна делать для превенции развития более тяжелых состояний.

4. Проблема здоровья детей, причем в двух разных аспектах – риск передачи болезни и риск от приема медикаментов. Это насущные вопросы, на которые мало убедительных ответов. Категорическое и ортодоксальное – «о каких детях Вы смеете думать с таким диагнозом и такими таблетками?!» – неуместно (хотя звучит весьма часто) и, на наш взгляд, нарушает ключевой постулат морали врача. Нужны доказательные, четкие ответы, желательно, полученные в сотрудничестве с генетиком и клиническим фармакологом. Следует отметить, что предыдущая семья Игоря распалась во многом из-за нерешенности этого вопроса. И нынешняя долго не протянет, если мы не сформулируем понятные ответы.

5. Проблема секса. Что с сексуальной сферой наших больных, страдающих и от приступов, и от лекарств? Крайне редко доводится услышать эту информацию в анамнезе или статусе. Мы редко говорим об этом с больными. Может ли сексуальная депривация быть фактором, способствующим возрастанию риска рецидива шизофрении? Уверены, что да. Например, исследования больных зависимостью – химической и нехимической – убедительно это подтверждают.

6. Подвержены ли члены семьи больного (жены, дети) большему риску развития психических расстройств? Вне всякого сомнения. Но без прояснения вопроса «кто, зачем и почему» выходит замуж за больного шизофренией, мы не сможем предложить работающий алгоритм превенции. В нашей сегодняшней паре Ильяна здорова, но ведь бывают и иные варианты, о которых мы говорим вскользь в ординаторских,

но дальнейшего изучения проблемы не происходит, хотя это принципиально важный вопрос, требующий внимания.

Таким образом, та работа, относящаяся к кругу семейной терапии, важна как для больного, так и для членов ее семьи. В ней – потенциал улучшения эффективности терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Т.В. Психология семьи: учебное пособие. 3-е изд. СПб.: Питер, 2014. 336 с.
2. Клиническая психометрика: учебное пособие [под ред. В.А. Солдаткина]. 2-е изд. Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ, 2018. 339 с.
3. Посттравматическое стрессовое расстройство [под ред. В.А. Солдаткина]. Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ, 2015. 624 с.
4. Прохорова О.Г. Основы психологии семьи и семейного консультирования: учеб. пособие для вузов. 2-е изд. М.: Издательство Юрайт, 2018. 234 с.
5. Психиатрия. Ростовская научно-педагогическая школа. Учебник под ред. д.м.н. В.А. Солдаткина. 3-е изд. Ростов-на-Дону: Профпресс, 2016. 1078 с.
6. Психиатрия: национальное руководство [под ред. Александровского Ю.А., Незнанова Н.Г.]. 2-е изд. М: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 1008 с.
7. Холмогорова А. Психологические аспекты микросоциального контекста психических расстройств (на примере шизофрении) // Московский психотерапевтический журнал. 2000. № 3. С. 5–34.
8. Шейнина Н.С., Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Чумаченко А.А. Психопатологический диатез: (предвестники психических заболеваний). СПб: Гиппократ, 2008. 128 с.
9. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. СПб.: Питер, 2010. 672 с.

REFERENCES

1. Andreeva T.V. *Psikhologiya sem'i: uchebnoe posobie*. 3-e izd. St.Petersburg: Piter, 2014. 336 p. (in Russian)
2. *Klinicheskaya psikhometrika: uchebnoe posobie* [pod red. V.A. Soldatkina]. 2-e izd. Rostov-on-Don: Izd-vo RostGMU, 2018. 339 p. (in Russian)
3. *Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo* [pod red. V.A. Soldatkina]. Rostov-on-Don: Izd-vo RostGMU, 2015. 624 p. (in Russian)
4. Prokhorova O.G. *Osnovy psikhologii sem'i i semeinogo konsul'tirovaniya: ucheb. posobie dlya vuzov*. 2-e izd. Moscow: Izdatel'stvo Yurait, 2018. 234 p. (in Russian)
5. *Psikhiatriya. Rostovskaya nauchno-pedagogicheskaya shkola*. Uchebnik pod red. d.m.n. V.A. Soldatkina. 3-e izd. Rostov-on-Don: Profpress, 2016. 1078 p. (in Russian)
6. *Psikhiatriya: natsional'noe rukovodstvo* [pod red. Aleksandrovskogo Yu.A., Neznanova N.G.]. 2-e izd. Moscow: GEOTAR-Media, 2018. 1008 p. (in Russian)
7. Kholmogorova A. *Moskovskii psikhoterapevticheskii zhurnal*. 2000. № 3. pp. 5–34. (in Russian)
8. Sheinina N.S., Kotsyubinskii A.P., Skorik A.I., Chumachenko A.A. *Psikhopatologicheskii diatez: (predvestniki psikhicheskikh zabolevanii)*. St.Petersburg: Gippokrat, 2008. 128 p. (in Russian)
9. Eidemiller E.G., Yustitskis V. *Psikhologiya i psikhoterapiya sem'i*. 4-e izd. St.Petersburg: Piter, 2010. 672 p. (in Russian)

Поступила 13.01.19.