М. В. Абрамова

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАКТОРОВ СЕМЕЙНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

Выявлены факторы семейного функционирования, оказывающие влияние на социальную адаптацию больных шизофренией юношей и девушек: эмоциональное реагирование родителей, стратегия поведения родителей, родительские оценки, родительские ожидания, оценка больными и их родителями изменения ролевой структуры семьи после начала заболевания. Доказаны различия в особенностях влияния данных факторов на социальную адаптацию больных в зависимости от пола. Особенности функционирования, свойственные семьям до начала заболевания, не оказывают влияния на социальную адаптацию больных.

Ключевые слова: социальная адаптация, семья, шизофрения, гендерные особенности, эмоциональное реагирование, стратегия поведения, ролевая структура семьи, родительские оценки, родительские ожидания.

M. Abramova

GENDER FEATURES OF SOCIAL ADAPTATION OF MALE AND FEMALE ADOLESCENTS WITH SCHIZOPHRENIA DEPENDING ON FAMILY FACTORS

Family factors influencing social adaptation male and female adolescents with schizophrenia have been identified, there factors are: emotional reaction of parents, parents' strategy of behavior, parental assessment, paternal expectations, assessment of the alteration of family role structure before and after the beginning of the disease. The differences in the influence of these factors on social adaptation depending on gender have been observed. The family features inherent before the beginning of the disease do not influence social adaptation of patients.

Keywords: social adaptation, family, schizophrenia, gender characteristics, emotional reaction, strategy of behavior, family role structure, parental assessment, parental expectations.

В настоящее время шизофрения остается одним из самых распространенных психических заболеваний. Данное заболевание манифестирует, как правило, в юношеском возрасте и влечет за собой высокий риск социальной дезадаптации [2; 9; 13; 14].

В связи с высоким уровнем развития психиатрии, в частности психофармокологии, период пребывания больных в стационаре сокращается. Становятся все более актуальными вопросы оказания помощи больным во вневрачебных условиях, в которых важная роль принадлежит семейному окружению [4; 13; 16]. Существует множество исследований, свидетельствующих о влиянии семьи на развитие и течение шизофрении. При этом семья может оказывать и психотравмирующее влияние, и быть источником поддержки, способствуя скорейшему выздоровлению и реабилитации больного [6; 10; 16].

Вместе с тем остаются малоизученными особенности влияния семейных отношений на социальную адаптацию больных шизофренией разного пола.

Целью данного исследования является изучение влияния семейных отношений на успешность социальной адаптации юношей и девушек, больных шизофренией.

Исследовались больные шизофренией юношеского возраста и их родители. Первую группу испытуемых составляли юноши (61 человек) и их родители (80 родителей: 61 мать и 19 отцов). Вторую — девушки (54 человека) и их родители (72 родителя: 54 матери и 18 отцов). Возраст наблюдаемых пациентов — от 18 до 25 лет. Все они проживали в родительской семье. Состояние в период проведения обследования характеризовалось как период становления ремиссии после выхода из острого состояния. Общим для группы было отсутствие дефицитарных расстройств и выраженных изменений личности.

Были использованы следующие методики:

1. *Патопсихологическое обследование* — использовалось для изучения характера психической деятельности больных с целью оценки их адаптационных возможностей.

2. *Полуструктурированное интервью* — было разработано нами в соответствии с целями исследования. Проводилось с родителями больных. Использовалось для изучения особенностей функционирования семей до и после начала заболевания юноши или девушки; характера эмоционального реагирования родителей на заболевание ребенка; особенностей поведения родителей по отношению к больному (или больной).

3. *Опросник «Анализ семейного воспитания»* (Э. Эйдемиллер, В. Юстицкий) — использовался для изучения особенностей семейного воспитания, для обнаружения каких-либо отклонений и выявления причин их возникновения [17].

4. *Модифицированная методика исследования самооценки Дембо, Рубинштейна* (А. Ш. Тхостов, Д. А. Степанович). С помощью этой методики осуществлялось исследование родительских представлений о больном, в частности особенностей их оценок и ожиданий [12].

5. *Опросник «Семейные роли»* (А. В. Черников). С помощью данного опросника изучались особенности изменения субъективных представлений юношей и девушек, а также их родителей об изменении ролевой структуры семьи в связи с начавшимся психическим расстройством на разных временных этапах [15].

6. *Шкала социальной адаптации.* Использовалась для оценки уровня социальной адаптации, достигнутого больными спустя год после манифестного приступа. В соответствии с целями исследования и контингентом исследуемых больных нами была модифицирована шкала социально-трудовой адаптации для больных эпилепсией [11].

Полученные эмпирические данные были обработаны с помощью контент-анализа и следующих методов математической статистики:

– корреляционный анализ (коэффициент корреляции Спирмена);

– анализ межгрупповых различий (*U*-критерий Манна—Уитни).

Данные обрабатывались с помощью компьютерной программы SPSS. Statistics. 17.0.

Исследование состояло из трех этапов.

1-й этап заключался в клиническом и экспериментально-психологическом исследовании юношей и девушек после выхода из острого состояния, а также их родителей. На данном этапе решались следующие задачи:

– уточнялся характер нарушений психической деятельности юношей и девушек с точки зрения их возможностей социальной адаптации;

– изучались особенности воспитания, характерные для семей больных обеих групп;

– изучались особенности представлений юношей и девушек и их родителей о распределении семейных ролей до и сразу после начала заболевания;

– исследовались особенности родительских представлений о сыне или дочери — особенности их оценок и ожиданий.

На *2-м этапе* происходило амбулаторное обследование больных и их семей через полгода после выписки юношей и девушек из дневного стационара. На данном этапе решались следующие задачи:

– изучалось изменение представлений юношей и девушек и их родителей о распределении семейных ролей через полгода после начала заболевания;

– выявлялись изменения, произошедшие в семьях, вследствие начавшегося у юноши или девушки психического расстройства;

– исследовались особенности эмоционального реагирования родителей обеих групп на психическое заболевание ребенка;

– анализировался характер поведенческого контроля за больным или больной со стороны родителей;

На *3-м этапе* происходило катамнестическое обследование девушек и юношей через 12 месяцев после первоначального обследования. На данном этапе решались следующие задачи:

– оценивался достигнутый больными уровень общей социальной адаптации, а также адаптации в разных сферах социального функционирования;

– сравнивался уровень общей социальной адаптации и адаптации в различных сферах жизнедеятельности у юношей и у девушек;

– выявлялись качественные различия во влиянии семейных факторов на социальную адаптацию пациентов обеих групп.

Исследование позволило выявить особенности функционирования, свойственные семьям больных шизофренией юношеского возраста, и определить семейные факторы, способствующие социальной адаптации больных.

Были выделены факторы семейного функционирования, часто встречающиеся в семьях до начала заболевания ребенка — «Неполная семья», «Наследственная отягощенность психической патологией», «Конфликтная обстановка в семье», «Низкая осведомленность родителей о психических заболеваниях».

Также были выявлены особенности воспитания, свойственные семьям до начала заболевания юноши или девушки. Для большинства семей обеих групп был характерен гиперпротективный тип воспитания, но для семей юношей — потворствующий, а для семей девушек — доминирующий.

Как показали результаты исследования, перечисленные факторы, а также особенности семейного воспитания не оказывают влияния на социальную адаптацию больных.

Были выделены факторы, играющие существенную роль в успешности социальной адаптации больных обеих групп: эмоциональное реагирование родителей, стратегия поведения родителей, особенности родительских оценок и родительских ожиданий, оценка больными и их родителями изменения ролевой структуры семьи после начала заболевания. Данные факторы оказывают различное влияние на социальную адаптацию юношей и девушек.

Эмоциональное реагирование родителей и социальная адаптация юношей и девушек

Тип эмоционального реагирования родителей	*Средний уровень социальной адаптации юношей (в баллах)*	*Средний уровень социальной адаптации девушек (в баллах)*
Осознали и адаптировались	64,7	75,2
Осознали, но не адаптировались	43,9	51,4
Не осознали, но адаптировались	30,9	60,4
Не осознали и не адаптировались	22,9	41,4

Для юношей и для девушек самым благоприятным оказался одинаковый тип эмоционального реагирования — когда родители осознали наличие у своих детей психического расстройства и смогли адаптироваться к произошедшему, но механизм влияния данного фактора на социальную адаптацию различается в зависимости от пола больного. Для юношей большее значение имеет осознание родителями наличия психического расстройства, а для девушек более важной оказывается адаптация родителей к изменениям, возникшим вследствие заболевания. То есть для девушек более важными, чем для юношей, являются спокойная обстановка в семье и адекватное поведение родителей. Это может объясняться тем, что у девушек менее устойчивая самооценка, они более чувствительны к отношению со стороны и больше нуждаются в поддержке [7]. Возможно, что для них знание того, что они страдают психическим расстройством, является более травматичным, и, следовательно, не совсем уверенное поведение родителей (в случае частичной адаптации самих родителей) при полном их, родителей, осознании серьезности ситуации является менее эффективным для последующей социальной адаптации дочерей, чем уверенное поведение при отсутствии полного понимания ситуации.

И для юношей, и для девушек самой удачной оказалась стратегия сотрудничества, а самой неудачной — стратегия отстранения. Но, как видно из таблицы, следующей по эффективности после стратегии сотрудничества для девушек является авторитарная стратегия, а для юношей — субъективная. Данное различие объясняется гендерным разделением социальных ролей. Девушки изначально пассивнее, им более свойственна позиция подчинения, чем молодым людям [1; 3].

Стратегия поведения родителей и социальная адаптация юношей и девушек

Стратегия поведения родителей	*Средний уровень социальной адаптации юношей (в баллах)*	*Средний уровень социальной адаптации девушек (в баллах)*
Сотрудничество	65,3	76
Субъективная	48,7	54,7
Авторитарная	41,2	68,1
Отстранение	23,9	44,3

Оценка распределения семейных ролей больными и их родителями и социальная адаптация больных

Оценка распределения семейных ролей больным и родителями	*Средний уровень социальной адаптации юношей (в баллах)*	*Средний уровень социальной адаптации девушек (в баллах)*
Совпадает	49,7	67,9
Не совпадает	25,8	45

Можно видеть, что данный фактор оказывает одинаковое влияние на социальную адаптацию больных обеих групп. Это представляется вполне логичным, так как совпадение оценок распределения семейных ролей свидетельствует о том, что больные способны адекватно оценивать собственные возможности, и, следовательно, их состояние улучшилось. А родителям в данном случае удалось совладать со своим состоянием, преодолеть кризис, связанный с заболеванием ребенка, благодаря чему ситуация в семье была более благоприятной.

Для социальной адаптации девушек наиболее благоприятной является завышенная родительская оценка, когда как для юношей — заниженная. Это можно объяснить гендерными различиями: у девушек менее устойчивая и более уязвимая самооценка, чем у юношей [1], то есть их состояние в большей степени зависит от родительской оценки [18]. Заниженная родительская оценка будет в данном случае иметь негативный эффект. Юношей, наоборот, заниженная родительская оценка подтягивает.

Можно видеть, что молодых людей высокие ожидания родителей стимулируют к активности, когда как на девушек они не оказывают такого же эффекта. Это также можно объяснить большей ранимостью представительниц женского пола, уязвимостью их самооценки. Ситуация, когда существуют высокие ожидания, которые могут быть не оправданы, является для них стрессовой. Положительное влияние оптимистических ожиданий на успешность социальной адаптации юношей также может объясняться влиянием общественных гендерных стереотипов: мальчикам и мужчинам предписывается быть целеустремленными, добиваться успехов [3; 5; 8;18], высокие родительские ожидания действуют в данном случае как подкрепление, подстегивая их [19].

В ы в о д ы

1. В результате проведенного экспериментально-психологического исследования были выявлены особенности функционирования семей больных шизофренией юношей и девушек.

2. На уровень социальной адаптации больных обеих групп существенное влияние оказывают факторы семейного функционирования, формирующиеся после начала заболевания: эмоциональное реагирование родителей, стратегия поведения

Родительская оценка и социальная адаптация юношей и девушек

Тип родительской оценки	*Средний уровень социальной адаптации юношей (в баллах)*	*Средний уровень социальной адаптации девушек (в баллах)*
Завышенная	44,9	81,1
Заниженная	62,8	58,9
Реалистическая	26,2	48,2

Родительские ожидания и социальная адаптация юношей и девушек

Тип родительских ожиданий	*Средний уровень социальной адаптации юношей (в баллах)*	*Средний уровень социальной адаптации девушек (в баллах)*
Оптимистические	57,3	54,4
Пессимистические	47,6	44,4
Отсутствие ожиданий	27,5	79,5

родителей, особенности родительских оценок и родительских ожиданий, оценка больными и их родителями изменения ролевой структуры семьи после начала заболевания.

3. Доказаны и объяснены различия в особенностях влияния перечисленных факторов на социальную адаптацию больных разных групп.

4. Особенности функционирования и воспитания, свойственные семьям до начала заболевания, не оказывают влияния на успешность социальной адаптации больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Бендас Т. В.* Гендерная психология. СПб.: Питер, 2006.
2. *Березин Ф. Б.* Психологическая и психофизиологическая адаптация. Л.: Наука, 1988.
3. *Берн Ш.* Гендерная психология. М.: Прайм-Еврознак, 2004.
4. *Богомолов В. А., Ениколопов С. Н.* Психосоциальные методы работы с семьями больных шизофренией: обзор исследований // Современная терапия психических расстройств. 2008. № 1.
5. *Здравомыслова Е., Темкина А.* Социальное конструирование гендера как феминистская теория //Женщина. Гендер. Культура. М., 1999.
6. *Казьмина О. Ю.* Социальные сети и развитие социального поведения// Руководство по оценке уровня развития социального поведения старшеклассников. М. 1993. С. 32–48.
7. *Клецина И. С.* Психология гендерных отношений: Автореф. дис. … д-ра психол. наук. СПб., 2004.
8. *Кон И. С.* Мальчик — отец мужчины. М.: Время, 2009.
9. *Критская В. Н., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф.* Патология психической деятельности при шизофрении. М.: Изд-во МГУ, 1991.
10. *Поляков Ю. Ф., Казьмина О. Ю., Крупышева И. Б.* Сравнительное исследование особенностей социальной поддержки в системе межличностных взаимодействий здоровых испытуемых и больных юношеской малопрогредиентной шизофренией // Вестник МГУ. Серия «Психология». 1995. № 1.
11. Социально-трудовая адаптация больных эпилепсией / Под. ред. Л. И. Кругловой. М., 1985.
12. *Тхостов А. Ш., Степанович Д. А.* Влияние кризисной жизненной ситуации на структуру самооценки// Вопросы психологии. 1987. № 2. С. 128–135.
13. *Хмелевский Д. Л., Осьмакова Е. И.* К особенностям семейной адаптации больных вялотекущей шизофренией // Вопросы внебольничной психиатрической помощи. М., 1978 С. 87–98.
14. *Цуцульковская М. Я., Бильжо А. Г., Критская В. П., Мелешко Т. К.* Клинико-психологические особенности больных при благоприятных исходах юношеской малопрогредиентной шизофрении // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1986. № 12. С. 1825–1831.
15. *Черников А. В.* Системная семейная терапия. М.: Независимая фирма «Класс», 2001.
16. *Эйдемиллер Э. Г.* Исследование взаимоотношений между подростками, больными шизофренией, и их родителями// Патологические нарушения поведения у подростков. Л., 1973. С. 48–55.
17. *Эйдемиллер Э. Г.* Методы семейной диагностики и психотерапии: Методическое пособие. Серия «Психодиагностика: педагогу, врачу, психологу» / Под общ. ред. Л. И. Вассермана. — М.: Фолиум, 1996. Вып. 1
18. *Gilligan C.* In a differences voice: women's conceptions of self and of morality // The psychology of women: Ongoing debates. New Haven; L., 1987. P. 278–320.
19. *McGlashan T. H., Bardenstein K. K.* Gender differences in affective, schizoaffective and schizophrenic disorders // Schizophrenia Bulletin. 1990. № 16. P. 319–326.

REFERENCES

1. *Bendas T. V.* Gendernaja psihologija. SPb: Piter, 2006.
2. *Berezin F. B.* Psihologicheskaja i psihofiziologicheskaja adaptacija. L.: Nauka, 1988.
3. *Bern Sh.* Gendernaja psihologija. M.: Prajm-Evroznak, 2004.
4. *Bogomolov V. A., Enikolopov S. N.* Psihosocial'nye metody raboty s sem'jami bol'nyh shizofreniej: obzor issledovanij // Sovremennaja terapija psihicheskih rasstrojstv. 2008. № 1.
5. *Zdravomyslova E, Temkina A.* Social'noe konstruirovanie gendera kak feministskaja teorija // Zhenschina. Gender. Kul'tura. M., 1999.

6. *Kaz'mina O. Ju.* Social'nye seti i razvitie social'nogo povedenija// Rukovodstvo po ocenke urovnja razvitija social'nogo povedenija starsheklassnikov. M. 1993. S. 32–48.

7. *Kljocina I. S.* Psihologija gendernyh otnoshenij: Avtoref/ dis. … d-ra psihol. nauk. SPb., 2004.

8. *Kon I. S.* Mal'chik — otec muzhchiny. M.: Vremja, 2009.

9. *Kritskaja V. N., Meleshko T. K., Poljakov Ju. F.* Patologija psihicheskoj dejatel'nosti pri shizofrenii. M.: Izd-vo MGU, 1991. S. 254.

10. *Poljakov Ju. F., Kaz'mina O. Ju., Krupysheva I. B.* Sravnitel'noe issledovanie osobennostej social'noj podderzhki v sisteme mezhlichnostnyh vzaimodejstvij zdorovyh ispytuemyh i bol'nyh junosheskoj maloprogredientnoj shizofreniej // Vestnik MGU. Serija «Psihologija». 1995. № 1.

11. Social'no-trudovaja adaptacija bol'nyh jepilepsiej / Pod. red. L. I. Kruglovoj. M., 1985.

12. *Thostov A. Sh., Stepanovich D. A.* Vlijanie krizisnoj zhiznennoj situacii na strukturu samoocenki // Voprosy psihologii. 1987. № 2. S. 128–135.

13. *Hmelevskij D. L., Os'makova E. I.* K osobennostjam semejnoj adaptacii bol'nyh vjalotekuwej shizofreniej // Voprosy vnebol'nichnoj psihiatricheskoj pomoschi. M., 1978. S. 87–98.

14. *Cucul'kovskaja M. Ja., Bil'zho A. G., Kritskaja V. P., Meleshko T. K.* Kliniko-psihologicheskie osobennosti bol'nyh pri blagoprijatnyh ishodah junosheskoj maloprogredientnoj shizofrenii// Zhurnal nevropatologii i psihiatrii im. S. S. Korsakova. 1986. № 12. S. 1825–1831.

15. *Chernikov A. V.* Sistemnaja semejnaja terapija. M.: Nezavisimaja firma «Klass», 2001.

16. *Ejdemiller Je. G.* Issledovanie vzaimootnoshenij mezhdu podrostkami, bol'nymi shizofreniej i ih roditeljami// Patologicheskie narushenija povedenija u podrostkov. L., 1973. S. 48–55.

17. *Jejdemiller Je. G.* Metody semejnoj diagnostiki i psihoterapii. Metodicheskoe posobie / Serija: «Psihodiagnostika: pedagogu, vrachu, psihologu. Vyp. 1 / Pod obsch. red. L. I. Vassermana. M.: Folium, 1996.

18. *Gilligan C.* In a differences voice: women's conceptions of self and of morality // The psychology of women: Ongoing debates. New Haven; L., 1987. P. 278–320.

19. *McGlashan T. H., Bardenstein K. K.* Gender differences in affective, schizoaffective and schizophrenic disorders // Schizophrenia Bulletin. 1990. № 16. P. 319–326.