

СОДЕРЖАНИЕ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Донецкий медицинский университет им. Максима Горького

Описана инновационная модель экзистенциально-личностной реабилитации больных шизофренией. Проведен анализ медицинских, социальных и личностных показателей ее эффективности у пациентов через полгода, год и два года после манифестации болезни. Модель реабилитации доказала свою эффективность.

Ключевые слова: экзистенциально-личностная реабилитация, больные шизофренией.

Манифестация шизофрении представляет собой тяжелую кризисную жизненную ситуацию для пациента, которая вызывает внутренний дистресс, сталкивает человека с такими важными экзистенциальными составляющими жизни, как свобода, смерть, изоляция, бессмысленность, заставляет человека заново пересмотреть систему своих ценностей, а социальные ограничения, связанные с психиатрическим диагнозом, требуют пересмотра возможностей, целей и мотивации [1, 2]. Жизнь человека с диагнозом психического расстройства увеличивает риск ощущения им бессмысленности дальнейшего существования, отказа от реализации себя в профессии и семье, обесценивает прежние достижения, затрудняет видение новых возможностей, самостоятельное решение проблем, автономное принятие решений и взятие ответственности за свою жизнь. Этому способствует также невнимание специалистов к восстановлению целостности личности больных психическими расстройствами, помощи в принятии нового пережитого ими опыта и обучении их полноценной жизни с психическим расстройством [3]. Большое влияние также оказывает самостигматизация пациентов, принятие ими «ярлыка» психического заболевания [4] и неправильное поведение родственников, которые берут на себя всю ответственность и полностью контролируют жизнь пациентов, делая их зависимыми и лишая их самостоятельности [5].

В последние десять лет делались попытки «закрепить» и улучшить полученные в результате фармакотерапии достижения путем использования на фоне поддерживающего медикаментозного лечения различных реабилитационных программ, которые были направлены на улучшение социальной адаптации пациентов и реинтеграции их

в социум [6,7]. Однако существует еще один значимый аспект личностного восстановления человека после болезни, который пока еще не охвачен ни реабилитацией, ни другими видами профессиональной помощи, — это восстановление гармоничности его внутреннего субъективного мира, избавление от душевного страдания и дистресса, которые привнесены болезнью, и актуализацией экзистенциальных параметров человеческой жизни (смерти, свободы, бессмысленности и изоляции, нарушения системы ценностей, мотивов, целей и смыслов). Эти аспекты легли в основу разработанной нами в рамках личностно-ориентированного подхода к оказанию психиатрической помощи модели экзистенциально-личностной реабилитации больных шизофренией.

Термин «экзистенциально-личностная реабилитация» используется для обозначения процессов, направленных на личностное выздоровление больных с начальными проявлениями шизофрении, достижение оптимального уровня их функционирования, восстановления полноценной жизни, обретения ими устойчивого чувства защищенности, независимости и самоуважения. Это достигается путем психотерапевтической коррекции, направленной на осознание и осмысление роли экзистенциальных аспектов в жизни человека, проработку субъективных переживаний и внутриличностных проблем с опорой на индивидуальные потребности человека, развитие и укрепление позитивных аспектов личности больного, его сильных сторон и здоровых личностных качеств. Данная методика способствует формированию целенаправленной деятельности, осмысленному и ответственному принятию полномочий, касающихся контроля заболевания и своей жизни.

Экзистенциально-личностная реабилитация включает три блока: 1) *управление и самоуправление болезнью* — осуществление процесса «передачи полномочий» пациенту по управлению своим заболеванием, создание условий для реализации пациентами своей экзистенциальной свободы, помощь в **осознании своих возможностей**, обучение принятию личной ответственности за свою болезнь, жизнь и **реализацию ее смысла в той степени**, в какой позволяет психическое состояние; 2) *самоуправление стрессом* — обучение пациента разрешению стрессогенных ситуаций, повышение уровня стрессоустойчивости; 3) *экзистенциально-личностное выздоровление* включает восстановление целостности личности больного за счет работы с **субъективным миром пациента**, восстановлением его самоидентичности, психотерапевтической работы с **экзистенциальными аспектами его жизни** и компонентами личностной направленности (ценностями, целями, смыслами). Большое значение в данном процессе имеют усиление адаптационных личностных ресурсов (копинг-стратегий, механизмов психологических защит, адекватной когнитивной репрезентации ситуации, социальной поддержки) и ослабление дезадаптивных факторов (стресс-реакций, стресс-синдромов, стресс-факторов, стигмы, употребления алкоголя и психоактивных веществ, потенциальных рисков для успешной социализации личности больного, самостигматизации), которые оказывают влияние на социальное функционирование больных, качество их жизни, внутреннее субъективное самочувствие и деятельность.

Основными стратегическими направлениями экзистенциально-личностного выздоровления больных шизофренией являются: феноменологический анализ и **психотерапевтическая реконструкция психотического способа существования**, анализ и психотерапевтическая реконструкция личностной направленности, программа восстановления и **поиска самоидентичности**, психотерапевтическая работа по осознанию смысла перенесенного психиатрического опыта, исследование и **психотерапевтическая коррекция основных экзистенциальных параметров существования**.

Каждый реабилитационный блок содержит психотехнологии, направленные на реализацию конкретных целей и задач. Оценка эффективности психотехнологий включает изучение медицинских показателей, к которым относятся качество ремиссии, наличие рецидивов и госпитализаций за исследуемый временной период, социальных показателей — уровня качества жизни и социального функционирования, трудоспособности и показателя инвалидизации, социальных потерь в профессиональной сфере и сфере семейных

взаимоотношений, а также **личностных показателей** выздоровления.

Цель данного исследования — анализ медицинских, социальных и личностных показателей эффективности экзистенциально-личностной реабилитации больных шизофренией через полгода, год и два года после манифестации болезни.

Выборка обследованных включала 237 пациентов (139 (58,6±3,2%) мужчин) и 98 (41,4±3,2%) женщин) в **возрасте 18–35 лет, поступивших в отделение Областной клинической психиатрической больницы г. Донецка с первым манифестным приступом шизофрении**. Это понятие объединяет по синдромальному принципу схожие состояния расстройства психики, которые проявляются нарушением мышления, бредом, галлюцинациями, психомоторным возбуждением, нарушенным аффектом и дезориентировкой [8].

Для достижения цели исследования из выборки обследуемых было сформировано две группы. Основную группу составили 122 пациента, которые после медикаментозного купирования продуктивной симптоматики в условиях стационара, были включены в программу интегрированного лечения. Пациенты ($n = 115$), отказавшиеся от реабилитационных мероприятий и после купирования «острого» состояния получавшие только поддерживающую фармакотерапию, были определены в группу сравнения.

Распределение больных по диагностическим категориям в соответствии с МКБ-10 [9] было следующим: шизофрения параноидная, период наблюдения менее года (F20.09) — 63 (26,6%) пациента; шизофрения кататоническая, период наблюдения менее года (F20.29) — 5 (2,1%); шизоаффективное расстройство (F25) — 65 (27,4%); острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении (F23.0) — 19 (8,0%); острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1) — 71 (30,0%); острое шизофреноподобное психотическое расстройство (F23.2) — 14 (5,9%).

Перенесенный манифестный приступ шизофрении приводит к дезинтеграции психической деятельности человека, что отражается на целостности и адекватности восприятия больным своего «Я», обуславливает нарушение самоидентичности и **блокирует потребности в выздоровлении, личностном росте и самоактуализации**. Восстановление указанных потребностей через воздействие на личностный и **духовный ресурс человека с использованием экзистенциального, человекоцентрированного и позитивного подхода к пациенту является стратегической целью реабилитационных воздействий**.

В соответствии с программой интегрированного лечения пациенты основной группы получали

поддерживающую терапию базовым нейролептиком и одновременно с этим экзистенциально-личностную реабилитацию, продолжительность которой составляла полгода. На протяжении этого времени больные посещали психотерапевтические занятия 3–4 раза в неделю, а через полгода — переходили на поддерживающее реабилитационное лечение 1–2 раза в месяц.

Анализ медицинских, социальных и личностных показателей эффективности экзистенциально-личностной реабилитации больных ши-

зофренией за полгода, год и два года представлен в таблице.

При межгрупповом сравнении медицинских, социальных и личностных показателей эффективности отмечены статистически значимые различия в сторону лучших показателей у пациентов основной группы: личностное выздоровление отмечено у 77 (63,1±4,4%) больных через полгода после манифестации болезни и у 81 (66,4±4,3%) — через два года, а в группе сравнения эти показатели составили 24 (20,9±3,8%) и 35 (30,4±4,3%)

Медицинские, социальные и личностные показатели эффективности экзистенциально-личностной реабилитации больных шизофренией

Показатели	Основная группа, n = 122			Группа сравнения, n = 115			p*	
	полгода	год	2 года	полгода	год	2 года		
Медицинские	Качество ремиссии (PANSS)	68,3±3,8	40,1±2,3	39,5±1,5	66,2±3,3	62,2±3,0	60,1±2,7	<0,001
	Рецидивы	2 (1,6±1,1%)	9 (7,4±2,4%)	12 (9,8±2,7%)	17 (14,8±3,3%)	33 (28,7±4,2%)	47 (40,9±4,6%)	<0,001
	Госпитализации	2 (1,6±1,1%)	8 (6,6±2,2%)	10 (8,2±2,5%)	16 (13,9±3,2%)	33 (28,7±4,2%)	47 (40,9±4,6%)	<0,001
Личностные	Личностное выздоровление	77 (63,1±4,4%)	93 (76,2±3,9%)	81 (66,4±4,3%)	24 (20,9±3,8%)	36 (31,3±4,3%)	35 (30,4±4,3%)	<0,001
	Инвалидизация	—	—	2 (1,6±1,1%)	—	5 (4,3±1,9%)	19 (16,5±3,5%)	<0,001
Социальные	<i>Уровень качества жизни:</i>							
	высокий		18 (14,8±3,2%)			3 (2,6±1,5%)		<0,001
	удовлетворительный		73 (59,8±4,4%)			51 (44,3±4,6%)		<0,001
	ограниченный		31 (25,4±3,9%)			59 (51,3±4,7%)		<0,001
	низкий		—			2 (1,7±1,2%)		<0,005
	<i>Уровень социального функционирования:</i>							
	высокий		25 (20,5±3,7%)			5 (4,3±1,9%)		<0,001
	удовлетворительный		81 (66,4±4,3%)			20 (17,4±3,5%)		<0,001
	ограниченный		16 (13,1±3,1%)			84 (73,0±4,1%)		<0,001
	низкий		—			6 (5,2±2,1%)		<0,001
Потеря прежней работы/учебы	15 (12,3±3,0%)	10 (8,2±2,5%)	8 (6,6±2,2%)	44 (38,3±4,5%)	52 (45,2±4,6%)	50 (43,5±4,6%)	<0,001	
Потеря прежних достижений	19 (15,6±3,3%)	11 (9,0±2,6%)	15 (12,3±3,0%)	56 (48,7±4,7%)	65 (56,5±4,6%)	69 (60,0±4,6%)	<0,001	
Распад семьи	—	3 (2,5±1,4%)	4 (3,3±1,6%)	5 (4,3±1,9%)	15 (13,0±3,1%)	21 (18,3±3,6%)	<0,001	

* Различия статистически значимы при $p < 0,05$.

случаев соответственно ($p < 0,001$), что доказывает эффективность использования экзистенциально-личностной реабилитации для данного контингента больных.

Производные от личностного выздоровления показатели — качество жизни и социальное функционирование — также подтверждают целесообразность использования данной реабилитационной модели. Ни один пациент, прошедший программу экзистенциально-личностной реабилитации, не имел низкого уровня социального функционирования и не оценивал свое качество жизни как низкое, в то же время в группе сравнения такие больные были.

В основной группе достоверно ($p < 0,001$) преобладали пациенты, имеющие удовлетворительный уровень качества жизни (73 (59,8±4,4%) больных) и функционирования в различных социальных сферах жизни (81 (66,4±4,3%) больной). В группе сравнения большинство составили пациенты с ограниченным функционированием (84 (73,0±4,1%) больных) и качеством жизни (59 (51,3±4,7%) больных). В основной группе высокий уровень качества жизни после манифестного приступа шизофрении отмечали 18 (14,8±3,2%) больных, высокий уровень функционирования в различных сферах жизни — 25 (20,5±3,7%), а в группе сравнения — 3 (2,6±1,5%) и 5 (4,3±1,9%) пациентов соответственно ($p < 0,001$).

Через два года после манифестации болезни 98,4% пациентов основной группы были трудоспособны, 93,4% — сохранили свой профессиональный уровень, 87,7% — свои профессиональные достижения, только у 3,3% распались семьи. В то же время анализ данных показателей через два года после начала болезни у представителей группы сравнения выявил в 43,5% случаев актуальные проблемы с работой или учебой, в 60,0% — потерю прежних достижений, в 18,3% наблюдений произошел распад семей психически больных ($p < 0,001$).

Показатели клинического исхода болезни — качество ремиссии, количество рецидивов и госпитализаций после первого манифестного приступа шизофрении — были статистически значимо ($p < 0,001$) лучше у пациентов основной группы. Несмотря на то что на момент купирования продуктивной симптоматики средний показатель методики PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) при межгрупповом сравнении достоверно не отличался (68,3±3,8 и 66,2±3,3 балла, $p > 0,005$), эти отличия становились статистически значимыми уже через год (40,1±2,3 и 62,2±3,0 балла, $p < 0,001$) и два года (39,5±1,5 и 60,1±2,7 балла, $p < 0,001$) после психотического приступа.

Через полгода после первого манифестного приступа шизофрении у 17 (14,8±3,3%) обследованных группы сравнения болезнь рецидивировала и у 16 (13,9±3,2%) из них потребовала госпитализации, а в основной группе повторный рецидив случился у 2 (1,6±1,1%) пациентов.

К концу двухлетнего периода у 12 (9,8±2,7%) больных основной группы наблюдался один рецидив болезни, 10 (8,2±2,5%) из них прошли повторное стационарное лечение, в то время как в группе сравнения было 47 (40,9±4,6%) пациентов с рецидивами и повторными госпитализациями ($p < 0,001$).

Среди пациентов основной группы через два года после манифестации болезни только 1,6% больных получили группу инвалидности, в то время как в группе сравнения этот показатель составил 16,5% ($p < 0,001$).

Таким образом, проведенная оценка эффективности экзистенциально-личностной реабилитации больных шизофренией показала целесообразность ее использования. Личностно-ориентированные технологии реабилитации отвечают потребностям и запросам больных шизофренией и членов их семей на современном этапе, что позволяет значительно улучшить медицинские, социальные и личностные показатели эффективности. Число пациентов, достигших личностного выздоровления, было более чем в 2 раза выше к концу двухлетнего периода среди тех, кто прошел курс экзистенциально-личностной реабилитации. Подтверждение эффективности данного инновационного внедрения создает мощную теоретико-прикладную основу для будущих исследований в области реабилитации больных шизофренией.

Список литературы

1. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом.— М.: Класс, 1999.— 265 с.
2. Мэй Р. Истоки экзистенциального направления в психологии и его значение // Экзистенциальная психология. Экзистенция; пер. с англ. М. Занаворова, Ю. Овчинниковой / Р. Мэй.— М.: Апрель Пресс; Эксмо-Пресс, 2001.— С. 113.
3. Сенс перенесеного психіатричного досвіду у хворих з першим психотичним епізодом: метод. рек. / Н. О. Марута, В. А. Абрамов, О. І. Осокіна [та ін.].— Донецьк, 2013.— 24 с.
4. Личностно-ориентированная психиатрия: ценностно-гуманистические подходы / В. А. Абрамов, О. И. Лихолетова, Г. Г. Путятин [и др.] // Журн. психиатрии и мед. психологии.— 2012.— № 4 (31).— С. 5–16.
5. Roberts G. The rediscovery of recovery: open to all / G. Roberts, P. Wolfson // Advances in psychiatric treatment.— 2004.— Vol. 10.— P. 37–48.

6. *Абрамов В. А.* Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполов.— Донецк: Каштан, 2009.— 584 с.
7. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-years international follow-up study / G. Harrison, K. Hopper, T. Craig [et al.] // *British J. of Psychiatry*.— 2001.— Vol. 178.— P. 506–517.
8. *Мангуби Д. А.* Первичный психотический эпизод: новые лекарственные формы как альтернатива инъекциям / Д. А. Мангуби // *Здоров'я України*.— 2011.— № 4 (19).— С. 32–33.
9. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств.— СПб.: АДИС, 1994.— 304 с.

ЗМІСТ ТА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЕКЗИСТЕНЦІЙНО-ОСОБИСТІСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

О. І. ОСОКІНА, В. А. АБРАМОВ, С. Г. ПИРКОВ, О. М. ВИГОВСЬКА, О. М. ГОЛОДЕНКО

Описано інноваційну модель екзистенційно-особистісної реабілітації хворих на шизофренію. Проведено аналіз медичних, соціальних та особистісних показників її ефективності у пацієнтів через півроку, рік і два роки після маніфестації хвороби. Модель реабілітації довела свою ефективність.

Ключові слова: екзистенційно-особистісна реабілітація, хворі на шизофренію.

THE CONTENT AND EFFICACY ASSESSMENT OF EXISTENTIALLY-PERSONAL REHABILITATION OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS

O. I. OSOKINA, V. A. ABRAMOV, S. G. PYRKOV, E. M. VYGOVSKAYA, O. N. GOLODENKO

The authors describe an innovative model of existentially-personal rehabilitation of schizophrenia patients. Medical, social and personal indicators of existentially-personal rehabilitation its efficacy were analyzed 0.5 years, 1 year and 2 years after the disease manifestation. The rehabilitation model proved its efficacy.

Key words: existentially-personal rehabilitation, schizophrenia patients.

Поступила 19.03.2014