

УДК:167.1:177.8:616.895.8 – 058.57

© Спирина И.Д., Леонов С.Ф., Николенко А.Е., Шустерман Т.Й., Рокутов С.В., 2012

ПРОБЛЕМЫ ОДИНОЧЕСТВА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ИХ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Спирина И.Д., Леонов С.Ф., Николенко А.Е., Шустерман Т.Й., Рокутов С.В.

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия»

Шизофрения - болезнь, которая затрагивает социальные аспекты жизни человека, т.к. проявляется она нарастанием замкнутости, неуверенности в себе, страхом перед окружающей действительностью и неумением адекватно ее оценить, утратой эмоциональных контактов, социальных навыков. Это приводит к выпадению таких людей из общества, что еще больше способствует прогрессированию болезни.

Одиноким больным шизофренией, не состоящим в браке, проживающим одни, не имеющие близких родственников или не поддерживающих с ними отношений составляют примерно 15-20% от всех больных шизофренией. Отсутствие поддержки семьи, в определенной степени смягчающей недостатки социального функционирования и последствия их несостоятельности, усугубляет у них тенденцию к снижению уровня социального функционирования. Хотя фактор одиночества неоднозначно оказывает влияние на отношение к работе, в целом эти больные чаще теряют работу, у них быстрее наступает снижение квалификации и инвалидизация, ухудшение финансового положения. Одиноким больным хуже социализируются и трудоустраиваются после перенесенного приступа. Фактор одиночества у больных шизофренией негативно отражается на своевременности обращения к врачу при обострениях болезни, получения помощи по поводу соматических заболеваний, на соблюдении режима фармакотерапии, способствует неухоженности, запущенности быта, утрате социальных, а также санитарно-гигиенических навыков. Одиноким больным требуют особого внимания к вопросу соблюдения режима терапии, сохранения и улучшения комплайенса. Нередко в связи с этим они нуждаются в большей частоте назначаемых визитов к врачу, иногда с вынужденным предпочтением пролонгированных препаратов при поддерживающей терапии, обращения внимания больных на необходимость своевременного обследования и лечения по поводу соматических заболеваний. Безусловно, необходима организация всесторонней социальной (инструментальной и эмоциональной) поддержки со стороны социального работника. Целесообразно вовлечение таких больных в групповые психосоциальные занятия, поскольку пациенты, посещающие эти группы, часто сохраняют установившиеся во время занятия связи и восполняют, таким образом, дефекты социальных сетей одиноких больных. При возможности необходима работа по активизации чрезвычайно бедных, в том числе деградированных за время болезни, социальных сетей больных. Наконец, важно вовлечение этих пациентов в группы самопомощи - общественные организации пациентов и их родственников.

Выделяют три уровня переживания одиночества: психопатологический (синдромальный), психологический и соматический [4,5].

При создании программ по реабилитации и ре-

социализации одиноких психически больных необходимо учитывать как клинические особенности болезни, так и личностные установки, субъективные представления больных об оптимальном образе жизни [6]. Социальная поддержка – это вовлечение в психосоциальные группы, приобретающие характер терапевтических сообществ, тренинг социальных навыков и использование психообразовательной методики с агентами (комплайенс, режим психофармакотерапии и своевременное обращение в случае соматических заболеваний), вовлечение в группы самопомощи.

Исследования установили, что в большинстве семей психически больных отношения нарушены, вплоть до отказа родственников от совместного проживания с больными. Частое нарушение у них социальной адаптации [1], малая изученность проблемы и отсутствие программы по реабилитации данного контингента больных определяют актуальность настоящего исследования.

Цель исследования: определение причин одиночества, отношение к нему больных, механизмы их переживаний и потребность в реабилитационных мероприятиях. Работа выполнялась в рамках научной темы кафедры (№0104U000180), которая включает в себя вопросы социальной дезадаптации и реабилитации больных.

Материалы и методы исследования. Обследованы 35 больных женщины с диагнозом шизофрения в возрасте от 60 до 88 лет, средний возраст 71 год. Продолжительность заболевания варьировала от 5 до 25 лет, которые находились на стационарном лечении в хроническом женском отделении Днепропетровской областной клинической психиатрической больницы. В 24 случаях течение заболевания было непрерывно-прогредиентным, в 9 – приступообразно-прогредиентным. У 25 больных ведущим был галлюцинаторно-параноидный синдром, у 3 – депрессивно-параноидный.

Соматическое заболевание отмечалось у всех больных; у 26 оно было субкомпенсированным, у 9 - отмечалась легкая или умеренная декомпенсация. Длительность проживания в одиночестве составила от 2 до 23 лет.

Полученные результаты и их обсуждение. Больные шизофренией супруги оставляли вскоре после начала болезни, основанием для этого было неправильное поведение пациентов или страх у родственников перед диагнозом "шизофрения", взрослые дети отказывались от больных из-за их бредового или психопатоподобного поведения. Женщины с органическим поражением головного мозга разводились с мужьями, а с детьми отказывались жить из-за неправильного понимания близкими болезненных проявлений. Больные шизофренией реже тяготились одиночеством, чем больные с психоорганическими расстройствами, некоторые относились положительно.

Отрицательному отношению к одиночеству содействовали на психопатологическом уровне бред преследования, депрессия, психопатоподобные расстройства, лакунарная деменция. Индифферентное отношение к одиночеству на психопатологическом уровне коррелировало с шизофреническим дефектом. На психологическом уровне происходила психологическая защита по типу вытеснения, религиозностью ("Так хочет бог"); на соматическом - отсутствие серьезной патологии.

Больные шизофренией нередко возражали против диспансерного наблюдения или относились к нему безразлично, так как не считали себя психически больными. Значительные трудности пациенты испытывали в связи с соматическим заболеванием, плохими жилищными условиями, недостаточным материальным обеспечением, бытовыми проблемами. Однако, несмотря на это, все больные, за исключением трех, отрицательно относились к помещению в стационар или дом-интернат.

Выводы:

1. Шизофрения больше, чем другие психические заболевания, нарушает взаимоотношения больного с его ближайшим окружением, прежде всего с семьей, способствуя одиночеству. Вместе с тем больные шизофренией в связи с особенностью клинических проявлений легче адаптируются и переживают одиночество. Наблюдается связь механизма переживания одиночества с психопатологическими проблемами, социально-психологическими факторами и соматическим состоянием.

2. Все одинокие психически больные, незави-

симо от характера заболевания, в той или иной степени социально дезадаптированы. Программа реабилитации данного контингента больных должна включать мероприятия, направленные на устранение перечисленных отрицательных моментов, восстановление там, где это возможно, связей с родственниками, и носить дифференцированный характер, учитывая клинические и психологические особенности пациента, причины одиночества, отношение к нему больного, механизм его переживания.

3. На сегодняшний день разработаны специальные методики реабилитации больных, куда входят как индивидуальные, так и групповые формы работы. К ним относятся: тренинги социальных навыков, общения, самоуважения, уверенного поведения, независимого проживания, обучение умению справляться с остаточными симптомами, психоза, семейная терапия. Чем раньше начата реабилитационная работа, тем успешней пациент восстанавливает социальные навыки, а значит, тем меньше урон наносит болезнь. Как правило, элементы реабилитации начинаются сразу после выхода пациента из острого состояния, когда он снова становится способен более или менее адекватно воспринимать окружающее.

Перспективы развития: планируется дальнейшее изучение проблемы одиночества описанного контингента больных, разработка новых методов реабилитации с последующим внедрением разработок на практике.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Барков И.Н. Особенности профилактики общественно опасных действий одиноких психически больных в позднем возрасте/ И. Н. Барков// Актуальные вопросы психиатрии. — М., 1985. — С. 58-64.
2. Гаврилова С.И. Современные проблемы геронтопсихиатрической эпидемиологии и организации геронтопсихиатрической помощи/ С. И. Гаврилова // Журн. неврологии и психиатрии. — 1987. — Т. 87, № 8. — С. 1187-1192.
3. Данилов Ю.М. Семейные отношения психически больных позднего возраста (в связи с задачами вторичной психопрофилактики): /Ю. М. Данилова// Автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. — Л., 1984. — 25с.
4. Друзь В.Ф. Семейная адаптация больных шизофренией в позднем возрасте: /В. Ф. Друзь//Автореф. дис. на

- соиск. учен. степ. канд. мед. наук. - Л., 1989. — 24с.
5. Друзь В.Ф. Некоторые клинические и социальные психологические аспекты реабилитации одиноких психически больных в позднем возрасте/В. Ф. Друзь // Неврологический вестник. - 1994. - Т. XXVI, вып. 3-4. - С.41-44.
6. Корецкий, В. С. Некоторые аспекты социальной адаптации одиноких больных шизофренией / В. С. Корецкий // Социально-правовые аспекты психиатрической помощи / Моск. НИИ психиатрии; под ред. И. Я. Гуровича.- М., 1990.-С. 108-111.
7. Трифонов Е.Г. Клинико-социальная структура диспансерного контингента психически больных пожилого и старческого возраста: /Е. Г. Трифонов // Автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. - М., 1990. -23с.

Спірина І. Д., Леонов С. Ф., Ніколенко А. Є., Шустерман Т. Й., Рокутов С. В. Проблеми самотності хворих на шизофренію та їх реабілітація // Український медичний альманах. — 2012. — Том 15, № 2. — С. 147-148.

Проведене дослідження дозволило виявити соціальні (порушення соціальних навичок та взаємовідносин з оточенням), психологічні та клінічні (втрату емоційних контактів, збільшення замкненості, невпевненість) фактори, які призводять до самотності та дезадаптації хворих на шизофренію. Відзначено необхідність комплексної реабілітаційної програми для хворих даної групи, що викликано їх соціальною дезадаптацією.

Ключові слова: шизофренія, самотність, дезадаптація, реабілітація.

Спирина И.Д., Леонов С.Ф., Николенко А.Е., Шустерман Т.Й., Рокутов С.В. Проблемы одиночества больных шизофренией и их реабилитация // Украинский медицинский альманах. — 2012. — Том 15, № 2. — С. 147-148.

Проведенное исследование позволило выявить социальные (нарушения социальных навыков и взаимоотношений с окружающими), психологические и клинические (утрата эмоциональных контактов, нарастание замкнутости, неуверенности) факторы, которые приводят к одиночеству и дезадаптации больных шизофренией. Отмечена необходимость комплексной реабилитационной программы для больных данной группы, так как все они социально дезадаптированы.

Ключевые слова: шизофрения, одиночество, дезадаптация, реабилитация.

Spirina I.D., Leonov S.F., Nikolenko A.E., Shusterman T.J., Rokutov S.V. The problem of loneliness schizophrenic patients and their rehabilitation // Украинский медицинский альманах. — 2012. — Том 15, № 2. — С. 147-148.

The study revealed the social (violations of social skills and relationships with others), psychological and clinical (loss of emotional contact, growth inhibition, uncertainty) factors that lead to isolation and exclusion of patients with schizophrenia. Noted the need for a comprehensive rehabilitation program for patients of this group, since they are all socially disadapted.

Key words: schizophrenia, loneliness, disadaptation, rehabilitation.

Надійшла 23.01.2012 р.
Рецензент: проф. С.Є.Казакова