

В. Е. Гончаров, канд. мед. наук

Харьковская медицинская академия последипломного образования
(г. Харьков)

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЕЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Проведено исследование с целью разработки эффективной реабилитационной модели, позволяющей гармонизировать внутрисемейные отношения и улучшить социальные перспективы болеющих шизофренией. В исследовании приняли участие 30 пациентов обоего пола, находящихся на стационарном лечении. Медикаментозная терапия сопровождалась психотерапевтической коррекцией, которая проводилась с пациентом и его близкими родственниками на этапе редукции продуктивной симптоматики и после выписки из стационара. Полученные результаты позволили установить отчетливую положительную динамику во внутрисемейных отношениях, повысить уровень комплаентности и добиться регулярного приема поддерживающей терапии.

Ключевые слова: шизофрения, лечение, социальная реабилитация.

Социальная дезадаптация является одним из неизбежных последствий шизофренического процесса. Продуктивные, негативные и когнитивные нарушения, вызванные болезнью, существенно искажают и дезорганизуют систему нормальных межличностных отношений. Учитывая распространенность шизофрении (которой, по различным данным, страдают от 1 % до 2 % населения), эта проблема имеет значительные социальные последствия — тем более, что в нее в той или иной степени вовлекаются все члены семьи болеющего, его близкие родственники, друзья, а зачастую и соседи [6, 14].

В настоящее время идеи реадaptации и ресоциализации лиц, страдающих шизофренией, переживают значительный подъем. Активно создаются отделения первичного эпизода, призванные обеспечить максимально щадящие условия для пациента, нуждающегося в интенсивной антипсихотической терапии. Обсуждение указанной проблемы в специальной литературе и общедоступных изданиях создает ощущение существенных достижений и близости ее разрешения. В общественном сознании все более утверждается концепция «*recovery*», выздоровления при шизофрении [3, 4]. В связи с возрастающим количеством публикаций по указанному поводу, демонстрацией отдельных впечатляющих случаев клинического и социального восстановления, формируется очень важный психологический механизм — надежда на выздоровление. В первую очередь это касается родственников больного, которые после отчаянных попыток «спасти» заболевшего нередко теряют надежду, на смену которой приходит чувство безысходности и бессмысленности всех усилий. Таким образом формируется отказ не только от активного коллективного сопротивления болезни, но и от попыток сохранить социальные перспективы больного. Позиция родственников, при дефиците мотивации у самого болеющего шизофренией, имеет чрезвычайно важное значение. Ближайшее окружение, по сути, может взять на себя роль пейсмекера, т. е. руководить ритмом активности больного и в какой-то степени компенсировать дефицитарность мотивационно-волевых механизмов последнего.

В связи с этим особую актуальность приобретает проблема отсроченной реабилитации пациентов, страдающих шизофренией [7]. Так, большинство исследований, подтверждающих успех психотерапии при шизофрении, посвящены амбулаторным и полустационарным контингентам больных [2]. Разрабатываются различные психотерапевтические методики, семинары и тренинги, на которые приглашаются пациенты, выписавшиеся из стационара. Описываются преимущества групповой формы работы с пациентами [13], подчеркивается необходимость проведения обучающих программ для родственников, разъяснения им особенностей переживаний и поведения болеющих шизофренией [10].

Одной из проблем, которые возникают при долговременном планировании реабилитационных мероприятий, является психологический защитный механизм вытеснения из сознания пациента переживаний, связанных с болезнью, своеобразное игнорирование факта перенесенного психоза, бегство от болезни («Это был просто нервный стресс, как у всех бывает»; «Госпитализация была чистой случайностью»; «Давно все само прошло и больше никогда не повторится»). При подобной позиции крайне сложно убедить пациента в необходимости соблюдения определенного профилактического режима, приема поддерживающих препаратов, участия в регулярных осмотрах и других медицинских мероприятиях («Мне это не нужно, это для больных»). Подобную ситуацию необходимо предупреждать, фиксируя внимание больного на необходимости реабилитационных и поддерживающих усилий с самых начальных этапов активной терапии.

Следует отметить несколько важных аспектов коллективного противодействия развивающейся дезадаптации. На фоне целого ряда работ, призывающих к тренингу когнитивных способностей, все чаще акцентируется существенная роль реакции личности на болезнь и опасность госпиталистской пассивно-обреченной позиции больного, которая может формироваться в результате длительного стационарного лечения [9, 11]. Симптоматика, оцениваемая как негативная, в определенной мере является проявлением пассивного способа адаптации, как одной из наиболее доступных форм приспособления в условиях общества с высокими социальными стандартами. Если говорить о механизмах формирования и, что очень важно, о путях преодоления указанной проблемы, то в центре внимания оказывается именно мотивация пациента. Для специалиста эта сфера должна становиться отправной точкой к относительно сохранным, но не реализуемым или заблокированным психологическим ресурсам пациента.

Ожидания в отношении реабилитационных программ, направленных на возвращение больных шизофренией в общество, достаточно высоки. Однако, говорить об удовлетворительном разрешении проблемы представляется преждевременным. Для достижения приемлемых результатов необходимо преодолеть не только «биологическую» симптоматику, эмоциональные и личностные

изменения вследствие шизофренического процесса, но и стигматизацию пациента со стороны общества (то есть последствия известного феномена «социального клейма», обуславливающего избегание контактов с психически больными), а также тенденцию к игнорированию масштабов и остроты самой проблемы существования душевных болезней, имплицитные представления об их неизлечимости, об исключительно «изолирующей» функции психиатрических стационаров [8]. Известно, что даже тех пациентов, которые искренне стремятся восстановить приемлемый уровень социального функционирования, современное общество по-прежнему склонно отвергать, едва получив информацию о болезни или распознав очевидные психические отклонения. Таким образом, необходима разработка и осуществление открытых психообразовательных программ, формирующих толерантное отношение к людям с патологическими особенностями психической деятельности.

Если говорить об уже реализуемых психосоциальных программах, то одним из наиболее распространенных вариантов является проведение групповых тренингов с пациентами. Естественным недостатком коллективных занятий является отсутствие индивидуального подхода и недостаточный контроль реакций каждого участника в процессе работы. Мотивация и внимание пациента зачастую неустойчивы, и поэтому важно не только содержание беседы, но и тот объем, который он сумел усвоить из сказанного, и особенно степень реализации им полученных знаний и представлений в обыденной жизни. Приоритетное значение должны иметь практические занятия и решение реальных проблем конкретного пациента. В результате подобной работы пациент понимает, что в конкретной ситуации должен поступить определенным, наиболее адекватным и адаптивным образом. Однако, при изменении привычного стереотипа окружающей обстановки, в каких-либо новых обстоятельствах или в новых контактах, болеющий шизофренией обычно затрудняется применить приобретенный опыт. Способность эмпатически «чувствовать собеседника», улавливать аналогию и/или принципиальные отличия в разных ситуациях — является тонким интуитивным навыком, спонтанность и безусловность которого при шизофреническом процессе распадается, подчас в грубой степени, еще на ранних этапах болезни.

Одной из первоочередных целей является «возвращение в семью». Это имеет значение еще и потому, что модель семейных отношений во многом служит основой для установок и поведения индивида в обществе. Весь опыт распределения социальных ролей, ответственности, обязанностей, способов решения конфликтных ситуаций, многократно воспроизведенный и закрепленный в «семейном» сознании, переносится и лишь отчасти трансформируется в более широком социальном пространстве. В то же время, семья является важным буфером между пациентом и обществом. Если внешняя среда по каким-либо причинам отторгает человека, он возвращается за утешением и поддержкой туда, где для безусловного принятия не потребуют каких-либо заслуг, привлекательности, общительности, особых умений или индикаторов высокого статуса. Зрелая и психически здоровая личность способна интуитивно находить наиболее оптимальные для нее способы интеграции в конкретную среду или адаптации к конкретным обстоятельствам. Болеющий шизофренией зачастую утрачивает такую способность [1, 5, 12].

К наиболее важным «навыкам выживания», которые необходимо восстановить или выработать заново в ходе реабилитационной терапии, относятся и отношения недавнего пациента с членами семьи. Следует отметить, что механическое, алгоритмизированное под общепринятые стереотипы объяснение того, как надо строить эти отношения, часто разбивается о ту или иную внутрисемейную дисгармонию. Нередко родственники больного сами обнаруживают признаки нейрокогнитивной недостаточности, а в ряде случаев и отчетливую психопатологическую симптоматику. В подобных обстоятельствах пациент практически лишается возможности построить отношения, соответствующие установленным в обществе стандартам. Реалистичней было бы говорить о реабилитационном тренинге как о своеобразном «психологическом костыле», который мы подгоняем индивидуально, с учетом не только прямых последствий болезни, но и специфики ближайшего микросоциального окружения, которым является семья. В данном случае не так важно соответствие психокоррекционной работы существующим нормам или организационным протоколам, как важна эффективность реабилитации, достигнутый уровень адаптированности больного в среде близких людей, наличие у него зоны хотя бы относительного психологического комфорта. Реальным успехом можно считать ситуацию, создающую ощущение безопасности и неизменной доброжелательности. Семейный микроклимат, выполняя стабилизирующую и активирующую функцию, не должен требовать от пациента постоянных внутренних сверхусилий и изнурительного контроля над своими поступками и действиями в непреходящем страхе ошибки.

Нами было проведено исследование с целью разработки эффективной реабилитационной модели, позволяющей гармонизировать внутрисемейные отношения и улучшить социальные перспективы болеющих шизофренией. В исследовании приняли участие 30 пациентов обоего пола, страдающих параноидной формой шизофрении и находящихся на стационарном лечении в различных отделениях Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3. Лечение проводилось в соответствии с утвержденными протоколами оказания психиатрической помощи и сопровождалось психотерапевтической работой. Совместные беседы проводились с пациентом и его близкими родственниками в процессе стационарной терапии на этапе редукции продуктивной симптоматики. Оптимальным можно считать курс из 5—7 подобных встреч. После выписки целесообразно уменьшить частоту визитов до 1 раза в 2 недели, а при стабилизации состояния — до ежемесячных встреч для контроля достигнутого терапевтического эффекта, осуществления определенной психологической разрядки и подкрепления выработанной модели поведения.

Комплексный учет сложившихся внутрисемейных отношений, индивидуальных особенностей каждого члена семьи, актуальных и вероятных источников конфликта позволял добиться отчетливой положительной динамики в системе взаимоотношений. Кроме того, между врачом и пациентом достаточно естественным образом формировалось доверие, повышался уровень комплаентности не только самих больных, но и членов их семей, участвующих в психокоррекционной программе. Указанные тенденции имеют принципиальное значение в плане социальных перспектив больного. Следует

отметить, что на начальных этапах реабилитационной работы нередко приходилось сталкиваться с искаженными, дезадаптивными установками родственников, — когда, например, мать больного активно пытается использовать врача как дополнительный «рычаг» для безоговорочного подчинения пациента. При этом ссылка на врача применяется как *ultima ratio*, последний и самый веский аргумент, не требующий доказательств и не терпящий возражений. Обычно подобное манипулятивное поведение родственников обосновывается благими целями и сопровождается непоколебимой уверенностью в собственной правоте. Истинной же причиной является переоценка реальных возможностей больного. Так, при наличии признаков специфической шизофренической дефицитарности у пациента, матери могли настаивать на его поступлении в институт, на стремлении к «престижной» должности, на немедленном создании семьи или на смене места проживания. Указанная позиция представляет реальную опасность для психического и психологического благополучия пациента. В качестве примера можно привести также поведение отца, который с заслуживающей лучшего применения педантичностью подсчитывал количество таблеток, принятых его заболевшим сыном со времени манифеста; этим количеством затем «аргументировалась» необходимость прекращения терапии: «Недопустимо принимать столько лекарств». Примечательно, что сам пациент возражал на это: «Папа, но мне же от них лучше, а без лекарств все начинается опять»...

Нередко родители больного занимают противоположную, пассивную, сугубо наблюдательную позицию по отношению к больному, практически исключая его из круга социальных и семейных обязанностей и тем самым усугубляя статус больного, неполноценного, недееспособного человека. Иные действительно неадекватные поступки и высказывания пациента шокируют родственников, приводят их в состояние растерянности и психологической беспомощности, формируют привычку «не трогать» пациента, чтобы «не провоцировать».

Подобные крайности в моделях поведения близких людей существенно ограничивают шансы больного на обретение комфортного микроклимата. Их наличие и достаточно высокая встречаемость говорит о том, что проблема адаптации больного шизофренией не является лишь «делом рук самого больного», как в известном саркастическом лозунге. Высокая, при этом зачастую недооцениваемая ответственность лежит на ближайшем окружении, в первую очередь на родственниках. Они могут стать как незаменимым союзником, так и непреодолимым препятствием на этом пути. Проведение психообразовательных занятий является естественным и эффективным способом выхода из проблемной ситуации. Необходимо подчеркнуть, что насыщенность таких тренингов научно-медицинскими или статистическими данными, специальными психиатрическими терминами, психофармакологическими выкладками, по нашим наблюдениям, только снижает эффективность работы, особенно по сравнению с демонстрацией и разъяснением особенностей поведения конкретного болеющего человека в конкретных, наиболее распространенных ситуациях.

Полученные в исследовании результаты показывают, что необходимым является совместное обсуждение деталей перенесенного психоза, формирование у пациента представлений о пережитых им или резидуальных

симптомах именно как о проявлениях болезни, а не как о чем-то реально существующем. В ходе обсуждений обязательно затрагиваются вопросы отношения к возможной эксацербации, описание ранних предвестников наступающего обострения, определяются ближайшие и отдаленные планы пациента с учетом его психических возможностей. Оговаривается также круг обязанностей пациента в семье, основные принципы его взаимодействия с ее членами, правила поведения в затруднительных или конфликтных ситуациях. В процессе указанных бесед желательно рассматривать конфликты, существовавшие до госпитализации, вскрывать их причины и вырабатывать по возможности компромиссную, оптимальную позицию по каждому поводу. Отметим в связи с этим, что иногда сам пациент подсказывает подходы и решения. Даже в случае алогичности или принципиальной невыполнимости таких предложений, их наличие не препятствует становлению условного равновесия во внутрисемейных отношениях, а, напротив, способствует укреплению доверительности, взаимной заинтересованности и равноправной активности всех членов семьи. Следует, однако, исключить отклонение подобных идей просто «по определению» — без мягкого и достаточного объяснения их неосуществимости, а тем более с оскорбительными, травмирующими формулировками типа «это бред», «больные фантазии» и т. п. Утверждается обязательность поддерживающей терапии, регулярного психиатрического наблюдения и коррекции, а в случае необходимости и «подстройки» микросоциальных отношений.

Предлагаемая психотерапевтическая модель по своей сути является переходной формой, в комплексе объединяющей элементы индивидуальной, семейной и групповой терапии. Родственник больного, выступая в качестве полноправного члена группы, принимает активное участие в проявлении особенностей состояния пациента и обсуждении оптимальных вариантов реагирования. Мнение семьи учитывается и при необходимости корректируется врачом. В то же время, постоянная апелляция к больному как к полноправному участнику психотерапевтического процесса позволяет завуалировать коррекционный характер воздействия, направленного, в том числе, и на присутствующего родственника, смягчить его восприятие. Особо акцентируется позиция, активность и ответственность членов семьи, принимающих участие в судьбе больного. В результате пациент оказывается в среде добровольных помощников и заинтересованных союзников терапевта, реагирующих на малейшие попытки «избежать» врачебной опеки и призывающих к соблюдению усвоенной психологической модели.

Таким образом, проблема социальной адаптации лиц, страдающих шизофренией, значительно шире традиционной сугубо «стационарной» терапии. В частности, ресоциализация требует специфических, чаще всего непривычных, а иногда и неблагодарных усилий со стороны семьи пациента, предъявляя к ней достаточно высокие требования. В значительной степени решение проблемы связано с формированием в семье (а затем и в обществе как таковом) осознанно толерантного отношения к человеку с болезненными изменениями психики. Комплексный подход к реабилитационной и ресоциализационной работе существенно повышает шансы пациента на восстановление приемлемого уровня социального функционирования.

Список літератури

1. Роль семьи в соблюдении больным шизофренией режима лечения / [Абрамов В. А., Ряполова Т. Л., Смоликова Н. В., Лепшина Е. А.] // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1 (50), додаток. — С. 146.

2. Вид, В. Д. Психотерапия шизофрении / В. Д. Вид. — СПб.: Питер, 2001. — 428 с.

3. Гурович, И. Я. Выздоровление при шизофрении. Концепция «recovery» / Гурович И. Я., Любов Е. Б., Сторожакова Я. А. // Социальная и клиническая психиатрия. — 2008. — Т. 18. — № 2. — С. 7—14.

4. Гурович, И. Я. Ремиссии и личностно-социальное восстановление (recovery) при шизофрении: предложения к 11 пересмотру МКБ / Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А. // Там же. — 2008. — Т. 18. — № 4. — С. 34—39.

5. Діхтяр, В. О. Особливості сімейної взаємодії «пацієнт — родина» як основа для розробки засад застосування психотерапії в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію / В. О. Діхтяр, М. В. Маркова // Медицинская психология. — 2009. — Т. 4, № 2—3. — С. 141—147.

6. Ежов, А. В. Анализ роли семейного фактора в механизмах формирования психопатологии и реабилитации больных / А. В. Ежов // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1 (50), додаток. — С. 182.

7. Каменков, К. А. Подходы к анализу причин феномена отсроченной реабилитации в психиатрии / К. А. Каменков, А. Ф. Быков // Соц. и клин. психиатрия. — 2009. — Т. 19. — № 3. — С. 15—19.

8. Кожухарь, Г. С. Проблема толерантности в межличностном общении / Г. С. Кожухарь // Вопросы психологии. — 2006. — № 2. — С. 3—12.

9. Коцюбинский, А. П. Значение адаптационно-компенсаторных механизмов в синдромогенезе шизофрении / Коцюбинский А. П., Скорик А. И., Пенчул Н. А. // Социальная и клиническая психиатрия. — 2007. — Т. 17, № 2. — С. 103—107.

10. Ландышев, М. А. Психообразовательная работа с родственниками больных с частыми госпитализациями / М. А. Ландышев // Там же. — 2006. — № 3. — С. 99—103.

11. Молчанова, Е. С. Вторичная выгода от болезни и механизмы психологической защиты у пациентов с соматоформными расстройствами и шизофренией / Молчанова Е. С., Авдошина Т. // Там же. — 2007. — Т. 17, № 1. — С. 14—18.

12. Пріб Г. А. Дисфункція соціальних ролей у пацієнтів, які страждають на психічні розлади / Г. А. Пріб // Архів психіатрії. — 2007. — № 1—2. — С. 26—33.

13. Рычкова, О. В. Когнитивно-ориентированное направление в психотерапии и психосоциальной терапии больных шизофренией / О. В. Рычкова // Социальная и клиническая психиатрия. — 2007. — № 4. — С. 91—105.

14. Юр'єва, Л. М. Психокорекція психічної дезадаптації у родичів хворих на первинний психотичний епізод / Л. М. Юр'єва, Т. Й. Шустерман // Український вісник психоневрології. — 2007. — Вип. 1. — С. 253.

Надійшла до редакції 08.12.2010 р.

V. E. Goncharov

Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)

Особливості соціальної реабілітації хворих на шизофренію

Проведено дослідження з метою розробки ефективної реабілітаційної моделі, яка дозволить гармонізувати внутрішньосімейні відносини та поліпшити соціальні перспективи хворих на шизофренію. В дослідженні брали участь 30 пацієнтів обох статей, які перебували на стаціонарному лікуванні. Медикаментозна терапія супроводжувалась психотерапевтичною корекцією, яка проводилась з пацієнтом та його близькими родичами на етапі редукції продуктивної симптоматики та після виписки із стаціонару. Отримані результати дозволили встановити відчутну позитивну динаміку внутрішньосімейних відносин, покращити комплаєнтність та домогтись регулярного прийому підтримуючої терапії.

Ключові слова: шизофренія, лікування, соціальна реабілітація.

V. E. Goncharov

Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education (Kharkiv)

Specifics of social rehabilitation suffering schizophrenia

Conducted a study to develop an effective rehabilitative model, with allowing harmonizing and improving relations within the social prospects of suffering from schizophrenia. The study involved 30 patients of both sexes who are hospitalized. Drug therapy was accompanied by psychological correction, which was conducted with the patient and his close relatives in during the reduction productive symptoms and after discharge from hospital. The results obtained allowed to establish a clear positive trend in intra-family relationships, improve complaining level and make regular use of maintenance therapy.

Keywords: schizophrenia, treatment, social rehabilitation.