

УДК 616.892+616.895]-079.4:159.9.072.5:615.851

ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Канд. мед. наук В. Е. ГОНЧАРОВ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Представлен анализ современных литературных данных об актуальности вопроса социальной адаптации больных шизофренией и применяемых психологических подходах к существующим проблемам.

Ключевые слова: шизофрения, лечение, социальная адаптация.

Современные требования к качеству психиатрической помощи подчеркивают необходимость применения в терапевтическом процессе не только высокоэффективных антипсихотических препаратов, но и проведения психокоррекционной работы. В первую очередь это касается больных, страдающих шизофренией. Речь идет о необходимости восстановления утраченных в результате болезни навыков, познавательных возможностей, социальных связей [1, 2].

Литературные материалы позволяют ознакомиться с большим количеством исследований, направленных на изучение и восстановление когнитивных ресурсов пациентов, перенесших шизофренический психоз. В последние годы именно дефициту познавательных возможностей при шизофрении уделяется все большее внимание. Указанный фактор в настоящее время рассматривается ведущими специалистами как один из базовых при данном заболевании, наравне с продуктивными и негативными симптомами. Основанием для подобного отношения служит выявляемая у 94% больных шизофренией различная степень нейрокогнитивной недостаточности. В здоровой популяции этот показатель составляет всего 7%. Проведенные исследования показали [2–4], что

когнитивный дефицит достаточно часто наблюдается и у родственников пациентов, страдающих шизофренией; это подчеркивает его генетическую обусловленность.

Предположение о возможном формировании нейрокогнитивного дефицита и негативной симптоматики при шизофрении в результате приема нейролептиков скорее всего является отзвуком существующей в обществе стигматизации. Личностная измененность, утрата активности и интересов зачастую относятся окружающими и самим пациентом к воздействию принимаемых лекарств, а не к последствиям развившегося заболевания. Подобное недопонимание создает серьезные препятствия в своевременном оказании психиатрической помощи заболевшему шизофренией [3, 5, 6].

Как показывают результаты проведенных исследований, когнитивный недостаток выявляется у пациентов с первым приступом болезни еще до начала приема лекарственных препаратов, а максимальное его углубление происходит в первые 5 лет после начала заболевания. Высокая биологическая токсичность психотического состояния при манифестации заболевания является тяжелым биологическим и социальным стрессом для пациента и его окружения. Высказывается предположение

о прямой зависимости качества ремиссии от длительности периода болезни, протекающей без необходимой терапии. По сути дела, своевременное начало лечения шизофрении является первым шагом в сохранении возможностей успешной социальной адаптации пациента в будущем [2, 3, 7].

Прием современных антипсихотических препаратов позволяет существенно уменьшить разрушительные последствия заболевания и предупредить наступление необратимого ущерба. Именно по этой причине во многих странах пересмотрена концепция оказания психиатрической помощи и активно создаются клиники первого психотического эпизода. При этом предпочтение отдается полустационарной и амбулаторной форме обслуживания пациентов. Если острота психотической симптоматики требует помещения в стационар, то на следующем этапе терапия может быть продолжена в амбулаторных условиях. Имеющийся опыт свидетельствует, что до 60% больных с первым эпизодом шизофрении могут обходиться без госпитализации. При этом подчеркивается необходимость психосоциальной направленности терапии с самых ранних ее этапов [3, 6].

Подобный подход позволяет сохранить отношения пациента с обществом, предупредить обрыв социальных связей и формирование явлений госпитализма. Длительное нахождение в стационаре приводит к угасанию потребностей в общении и укреплению избегающей модели поведения. В результате мотивация становится бедной, круг интересов и потребностей узким, что значительно усугубляет имеющийся когнитивный дефицит. Больной не совершает даже тех действий и поступков, для реализации которых имеет достаточно психологических ресурсов [8].

Очевидно, влияние этого фактора является одной из причин того, что подавляющее большинство публикаций о психореабилитационных программах касается больных с малой длительностью заболевания. Проведенные невыборочные исследования диспансерного контингента отчетливо показывают его структуру по принципу формирующихся особенностей личности, которые в ряде случаев значительно ограничивают перспективы психокоррекционных мероприятий. При этом около 30% наблюдаемых больных может быть отнесено к категории со сверхчастыми госпитализациями, что укрепляет порочный круг. Как показывают проведенные исследования, повторные госпитализации не всегда являются обоснованными и возникшие у пациента проблемы могут быть решены другим способом [8, 9].

В первую очередь речь идет о необходимости приобретения недостающих навыков приспособления к жизни в новом состоянии, сформированном психическим заболеванием. Если попытаться определить основную суть применяемых с этой целью врачами-психиатрами методов, то она будет сводиться к обучению. Существует три способа реализации указанной задачи. Речь идет

о групповых, индивидуальных и семейных формах работы с пациентами. Существенно различается указанная работа и по своей сути [10, 11].

Самой устоявшейся моделью является работа в производственных мастерских при психиатрических стационарах. Пациенты в большинстве случаев с охотой откликаются на предложение сменить пребывание в отделении на посильный физический труд. Предоставление подобной возможности является проявлением доверия к пациенту, подтверждением формирования ремиссии и, как правило, этапом, предваряющим выписку из стационара. Подтверждением психотерапевтической значимости подобного занятия является проявление пациентами желания трудиться в производственных мастерских и после выписки из стационара [11].

Усовершенствованной формой подобной работы выступают курсы, обучающие навыкам определенной профессии. Речь идет о возможности последующего трудоустройства, что, безусловно, способствует укреплению уверенности в себе и улучшению социальной адаптации. Однако необходимость тонко учитывать индивидуальные особенности, возможности и текущее состояние пациента не позволяет сделать подобную модель массовой. Отдельной проблемой является дефицит специалистов по реабилитации, способных выполнять эту сложную, кропотливую работу [12].

Представляет интерес обращение к искусству, творческой деятельности как способу самореализации, раскрытия внутреннего мира пациента. Сложно найти другую ценность в результатах деятельности лиц, страдающих шизофренией. Действительно, настоящий талант в подобном случае может получить дополнительную яркость, своеобразие, неповторимость. Однако в абсолютном большинстве случаев в результате занятий творчеством пациент получает больше, чем способен отдать в результате своего труда. Для общества такая деятельность имеет весьма ограниченную ценность и поэтому не удается увидеть в подобной модели эффективный путь к успешному возвращению к полноценным социальным отношениям [13].

Еще более неординарной выглядит идея с включением пациентов в занятия по ландшафтному дизайну. Не вызывает сомнения искренняя вовлеченность больных шизофренией в указанный процесс. Прикосновение к природе, возможность наслаждаться ее красотой, гармоничностью, творчески преобразовать ее, безусловно, дают существенную эмоциональную подпитку. Однако сфера практического приложения подобных навыков остается весьма сомнительной, поскольку она доступна ограниченному числу даже психически здоровых специалистов [14].

Заслуживает внимания форма адаптации с проживанием пациентов после выписки из стационара в специальных общежитиях. Подобный подход позволяет после периода длительной

вынужденной изоляции от общества постепенно адаптироваться к социальным отношениям. Под контролем медицинского персонала пациенты восстанавливают навыки ведения домашнего хозяйства, планирования своего времени и бюджета, построения отношений с ближайшим окружением. Доброжелательная среда и возможность получить необходимую подсказку, поддержку позволяет почувствовать себя уверенней и в полной мере раскрыть свой потенциал. В ряде случаев удается подобрать пациентам посильные занятия. Подобная возможность проверить и укрепить на практике необходимые навыки имеет существенные преимущества перед лекционными формами просветительной работы [15, 16].

В результате пациент возвращается в общество, имея в своем арсенале проверенную модель поведения. Первым экзаменом на соответствие этой модели устоявшимся требованиям, стандартам, ожиданиям социума является возвращение в семью. К сожалению, именно ближайшее окружение пациента зачастую выступает фактором, провоцирующим нагнетание внутренней напряженности, ощущения собственной ненужности и непонятности, а иногда и открытого противостояния. Результатом часто становится разрыв семейных отношений, родственных связей, еще больше увеличивающих дистанцию между психически больным человеком и обществом. В то же время семья обладает огромными потенциальными ресурсами для реадaptации пациента в социальной среде. Находясь в непосредственной близости к пациенту, родные люди имеют возможность деликатно и своевременно подкорректировать его суждения, решения и поступки. Именно семья может вернуть больному утраченное ощущение своей ценности, уверенности в себе, сформировать мотивы и смыслы существования в соответствии с реальными возможностями. Существующий опыт образовательных программ для родственников, имеющих в составе семьи психически больных, убедительно подтверждает обоснованность такого утверждения [17–19].

Следует остановиться на влиянии социальной среды на самочувствие пациента, страдающего шизофренией. Отношение общества к психически больному человеку в высокой степени усугубляет

его ущербное положение и ограниченные болезнью возможности самореализации. Стремление обывателя избежать контактов с психически больным по своей сути близко к инстинктивным реакциям самосохранения. Одна из ведущих причин подобной сенсбилизации кроется в дефиците информации о психических заболеваниях. А все неизвестное, непонятное, непредсказуемое пугает [5, 20].

Проблема взаимоотношения с психически больными имеет давнюю историю и на различных этапах развития человеческого общества решалась по-разному. Одной из наиболее ранних и грубых форм была их изоляция в монастырях, помещение в оковы. Развитие культуры, становление общественной морали потребовало отказаться от подобных отношений. Сегодня гуманистические тенденции в обществе переживают период своего стремительного подъема. Уровень требований по отношению к человеческой личности поднят на такую высоту, что общество подчас не способно обеспечить условия для их реализации. Так, говоря о правах и свободах психически больных, груз ответственности в значительной степени возлагается на плечи работников психиатрической службы. Государство выделяет на реализацию данных целей весьма ограниченные ресурсы, в значительной степени оставаясь в стороне от участия в решении проблемы. Существуют лишь отдельные попытки создать психиатрическим пациентам охранительную, доброжелательную, реабилитационную среду с участием социальных служб [5, 21]. Эту же задачу традиционно берет на себя церковь, проповедующая взаимное принятие и берущая под свою опеку психически больных [22]. Однако, как показывает жизнь, этих усилий недостаточно.

По данным ВОЗ, в современных условиях около 15% населения каждой страны страдает различными психическими заболеваниями. Проблемы подобного масштаба могут быть решены только общенациональными усилиями. Речь идет об образовательных, просветительных программах, формирующих толерантное, глубоко осознанное отношение к членам общества, страдающим нарушениями психики. Задача врачей заключается в формировании принципов подобных отношений и дальнейшем совершенствовании методов терапии и социальной реабилитации [23–25].

Литература

1. Рычкова О. В. Когнитивно-ориентированное направление в психотерапии и психосоциальной терапии больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия.— 2007.— № 4.— С. 91–105.
2. Gold J. M., Harvey P. D. Cognitive deficits in schizophrenia // *Psychiatr. Clin. North Am.*— 1993.— Vol. 16.— P. 295–312.
3. Codistribution of a sensory gating deficit and schizophrenia in multi-affected families / M. C. Waldo, G. Carey, M. Myles-Worsley et al. // *Psychiatr. Res.*— 1991.— Vol. 39.— P. 257–268.
4. Park S., Holzman P. S., Goldman-Rakic P. S. Spatial working memory deficits in the relatives of schizophrenic patients // *Arch. Gen. Psychiatry.*— 1995.— Vol. 52.— P. 821–828.
5. Психиатрическая мифология и проблема сотрудничества / А. И. Скорик, А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина, И. О. Аксенова // *Соц. и клин. психиатрия.*— 2009.— № 3.— С. 31–36.
6. Polimeni J., Reiss J. P. Humor perception deficits in schizophrenia // *Psychiatry Res.*— 2006.— № 141.— P. 229–232.

7. Neuropsychological functioning of first-episode schizophreniform patients / A. L. Hoff, H. Riordan, D. W. O'Donnell et al. // *The Am. J. of Psychiatry.*— 1992.— Vol. 149.— P. 898–902.
8. *Wajid A.* Schizophrenia and hospitalization // *JCPSP.*— 2006.— Vol. 16 (3).— P. 223–226.
9. *Васильева Е. А.* Больные шизофренией с высокой обращаемостью за психиатрической помощью, не обусловленной клиническими показаниями // *Соц. и клинич. психиатрия.*— 2007.— Т. 17.— № 1.— С. 10–13.
10. *Еричев А. Н.* Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией // *Соц. и клинич. психиатрия.*— 2007.— Т. 17.— № 3.— С. 43–46.
11. *Никифоров Ю. В., Котова Л. В.* Влияние трудотерапии как метода медико-социальной реабилитации на психическое и социальное функционирование пациентов с психическими расстройствами // *Журн. психиатрии и мед. психол.*— 2008.— № 1.— С. 62–65.
12. *Рудык И. Н., Малтанар О. К.* Роль психолога в проведении психокоррекционных мероприятий в условиях психиатрического стационара // *Журн. психиатрии и мед. психол.*— 2008.— № 1 (18).— С. 86–89.
13. *Ольшевская Н. С.* Лечебные эффекты арт-терапии при реабилитации психически больных // *Укр. вісн. психоневрології.*— 2007.— Т. 15.— Вип. 1 (50).— С. 215.
14. *Баран В. И., Никифоров Ю. В.* Ландшафтотерапия как один из эффективных методов медико-социальной реабилитации пациентов с психическими расстройствами // *Журн. психиатрии и мед. психол.*— 2008.— № 1 (18).— С. 90–93.
15. *Карлинг П. Д.* Возвращение в сообщество. Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью.— Киев: Сфера, 2001.— 418 с.
16. *Уткин А. А.* Инновационная форма психосоциальной терапии и реабилитации «жилье с поддержкой» при лечении больных с хроническими психическими заболеваниями // *Соц. и клинич. психиатрия.*— 2009.— Т. 19.— № 3.— С. 20–23.
17. Роль семьи в соблюдении больным шизофренией режима лечения / В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова, Н. В. Смоликова, Е. А. Лепшина // *Укр. вісн. психоневрології.*— 2007.— Т. 15.— Вип. 1.— С. 146.
18. *Юр'єва Л. М., Шустерман Т. Й.* Психокорекція психічної дезадаптації у родичів хворих на первинний психотичний епізод // *Укр. вісн. психоневрології.*— 2007.— Вип. 1.— С. 253.
19. *Ежов А. В.* Анализ роли семейного фактора в механизмах формирования психопатологии и реабилитации больных // *Укр. вісн. психоневрології.*— 2007.— Т. 15.— Вип. 1.— С. 182.
20. *Кожухарь Г. С.* Проблема толерантности в межличностном общении // *Вопр. психологии.*— 2006.— № 2.— С. 3–12.
21. *Папсуев О. О., Висневская Л. Я., Шевченко В. А.* Опыт взаимодействия психиатрической службы и комплексного центра социального обслуживания // *Соц. и клинич. психиатрия.*— 2008.— Т. 18.— № 4.— С. 69–72.
22. *Брагин Р. Б., Тахташова Т. Р.* Психическое здоровье и религия: роль фактора социальной (общинной) поддержки // *Укр. вісн. психоневрології.*— 2007.— Т. 15.— Вип. 1 (50).— С. 158.
23. *Войтенко Р. М.* Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии.— СПб.: Фолиант, 2002.— 256 с.
24. *Гурович И. Я., Семенова Н. Д.* Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции // *Соц. и клинич. психиатрия.*— 2007.— Т. 17.— № 4.— С. 78–85.
25. *Ступин С. С.* К вопросу о правильной организации работы душевнобольных в психиатрических больницах // *Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.*— 2007.— № 2.— С. 49–52.

ПРОБЛЕМА СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

В. Є. ГОНЧАРОВ

Представлено аналіз сучасних літературних даних про актуальність питання соціальної адаптації хворих на шизофренію і психологічних підходів, що застосовуються для вирішення існуючих проблем. Ключові слова: шизофренія, лікування, соціальна адаптація.

THE PROBLEM OF SOCIAL ADAPTATION OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS

V. E. GONCHAROV

The analysis of contemporary literature data about significance of the question of social adaptation of schizophrenia patients and applied psychological approaches to the existing problems are presented. Key words: schizophrenia, treatment, social adaptation.

Поступила 22.01.2010