

НАПРАВЛЕНИЕ 5. ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

М.Л. Новикова

**Стратегии работы психолога с пациентами,
страдающими шизофренией, в рамках
био психосоциальной модели психических
расстройств**

Научный руководитель С.В. Березин

По данным Всемирной организации здравоохранения, шизофренией страдает около 1 % всего населения Земли. Больные шизофренией составляют от 25 до 50 % пациентов психиатрических клиник в разных странах. Шизофрения является причиной почти 40 % случаев инвалидности в связи с психическим расстройством. [7, С.42-43].

Распространенность, тяжесть симптомов, риск хронизации и связанные с этим социальные и экономические затраты подчеркивают значимость исследований в области данного заболевания.

Представления об этиологии, патогенезе и лечении шизофрении менялись на протяжении XIX – XX веков. Несмотря на то, что вариативность и значимость предлагаемых теорий были достаточно высоки, их уязвимой стороной являлось стремление рассматривать в качестве причины заболевания лишь один какой-либо аспект, без учета сложной системы взаимодействующих при шизофрении факторов.

Современный этап исследований в области проблем шизофрении характеризуется комплексным подходом к изучению этого феномена. С конца 50-х годов прошлого века стали проводиться систематические междисциплинарные исследования, доказавшие влияние социальных и социально-психологических факторов на распространение и

течение шизофрении. Наиболее значимыми направлениями в этой области были:

1. Работы в рамках теории ярлыков (*labeling theory*), показавшие, что не только психические нарушения ведут к «наклеиванию ярлыка» психически больного, но существует и обратная зависимость: ярлык усугубляет болезнь за счет неадекватного отношения к больному и его заболеванию со стороны социального окружения (Scheff, 1973);

2. Изучение негативной роли длительного пребывания в клинике, или госпитализма (*institutionalism-study*). К наиболее существенным его последствиям относится разрушение социальных связей больного и утрата социальных навыков (Wing, Brown, 1970);

3. Исследования связи, существующей между социальным положением и психическими заболеваниями, выявившее большее распространение последних среди городского населения, а в городе, – среди мало обеспеченных социальных слоев. Выявленная зависимость объяснялась большей стрессогенностью жизни бедных городских слоев населения по сравнению с сельскими жителями и обеспеченными социальными классами (Hollingshead, Redlich, 1958);

4. Исследования, посвященные проблеме влияния стрессогенных жизненных событий на манифестацию и течение психических заболеваний (*stressfull life events study*). Здесь речь идет, в первую очередь, о стрессах в межличностных отношениях (смерть близких, развод, другие межличностные потери) (Brown, Birley, 1968);

5. Изучение влияния коммуникативного стиля семьи на течение заболевания, установившее зависимость между частотой обострений болезни и уровнем эмоциональной экспрессии в семье, показавшие, что высокий уровень семейной критики и других негативных эмоций вдвое увеличивает количество рецидивов заболевания (Bateson, 1956; Brown, Birley, Wing, 1972; Palazzoli, 1974);

6. Исследования влияния социальных сетей и социальной поддержки на психическое здоровье (*social network and social support study*), в результате которых была выявлена зависимость между количеством и качеством социальной поддержки и психическим здоровьем (Brugha, 1995).

На основе полученных данных был сделан вывод о сложной многофакторной биопсихосоциальной природе психических расстройств.

Биопсихосоциальную модель можно определить как динамическое единство, включающее различные подструктуры, находящиеся в процессе постоянного изменения и взаимного влияния. Подструктуры имеют иерархическую организацию, в основании которой лежат физикальные подсистемы (частицы и атомы); далее следуют органические системы (клетки, органы и системы органов); затем личностные подсистемы (переживания и поведение личности); и, наконец, культурные и общественные системы. Каждая система функционирует по собственным законам и для анализа феноменов каждого уровня необходимы специфические и адекватные этому уровню средства. Находящиеся в иерархическом единстве подсистемы состоят в непосредственном контакте и взаимно влияют друг на друга, что выражается в постоянном взаимодействии органических, психологических и социокультурных факторов (Engel, 1980).

Таким образом, в рамках биопсихосоциальной модели снимается вопрос о том, какие факторы главные, и встает вопрос о характере их взаимодействия. Только в отношении конкретной проблемы может быть определен удельный вес различных факторов.

Данная модель на сегодняшний день становится методологической основой изучения психических расстройств во многих странах, включая Россию, и в популярной терминологии получает название диатез-стрессовой модели.

Применяя диатез-стрессовую модель к шизофрении, можно следующим образом описать механизм возникновения этого психического заболевания: с одной стороны генетические, органические и биохимические, с другой стороны – психологические и социальные комплексы факторов в различных комбинациях ведут к формированию преморбидно уязвимых личностей, склонных чрезмерно сильно реагировать на нагрузки напряжением, страхом, растерянностью, нарушениями мышления, переживаниями дереализации и деперсонализации вплоть до бреда и галлюцинаций. После одного или нескольких острых психотических эпизодов дальнейшее развитие определяется взаимодействием личностных особенностей и психосоциальных фак-

Стратегии работы психолога с пациентами, страдающими шизофренией ...

торов. При этом возможны различные вариации течения: от полного выздоровления до резидуальных состояний и тяжелой хронификации (Сюмри, 1984).

С начала 90-х годов прошлого века основные научные центры России, такие как Московский Научно-исследовательский институт психиатрии, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. Бехтерева, Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. Сербского, занимаются разработкой соответствующих программ реформирования российской психиатрической системы на основе комплексной биопсихосоциальной модели. Суть изменений можно обозначить тремя основными направлениями: от профессиональной самодостаточности к полипрофессиональному взаимодействию, от врача-психиатра к специалистам по психическому здоровью, от внутрибольничной работы к «полевой» работе, сочетающей занятость пациентов в соответствующих сферах и просветительскую деятельность.

Помимо традиционных проблем организационно-экономического характера остро встал кадровый вопрос: новая система психиатрической помощи требовала большого количества специалистов-непсихиатров, готовых работать не только во «вредных условиях труда», но и в условиях повышенной неопределенности. На сегодняшний день работа так называемых бригад психического здоровья уже давно является неотъемлемой частью лечения психически больных во многих странах. Эти бригады различаются по составу и характеру деятельности. Предполагалось, что в состав полипрофессиональной психиатрической бригады должны входить врач-психиатр, психотерапевт, психолог, социальный работник и медсестра. Однако до настоящего времени отсутствуют научно обоснованные критерии оптимальной структуры бригады и модели её работы. Остается также открытым вопрос о границах полномочий и способах взаимодействия членов бригады.

Опыт работы немногочисленных полипрофессиональных бригад в нашей стране позволяет сделать определенные выводы об отсутствии соответствующих ресурсов, прежде всего психотерапевтических и психологических, для проведения лечебных и реабилитационных

мероприятий в рамках данного подхода. В частности, остается мало изученным вопрос о том, какое место в системе оказания психиатрической помощи занимает психолог, каковы границы его компетенций и специфика психологической помощи при работе с больными шизофренией.

Кроме того, закрепленный действующим законодательством принцип оказания психологической помощи лицам с психическими расстройствами только специалистами с базовым медицинским образованием, на практике означает движение от патологии, что, на наш взгляд, существенно ограничивает терапевтические и реабилитационные возможности как самих психологических вмешательств, так и профессиональные возможности психолога.

Тем не менее, уже сейчас существенное значение, на наш взгляд, играют два фактора: 1) вовлечение в закрытую психиатрическую систему специалистов-непсихиатров и признание за ними определенной роли в успешности лечения психических заболеваний; 2) обеспечение права пациента на выбор формы терапевтического вмешательства при лечении психического расстройства.

Целью нашего исследования было изучение особенностей психосоциальной реабилитации и психокоррекции пациентов с диагнозом шизофрения в условиях амбулаторной психиатрической службы.

В основе нашей гипотезы лежит представление о том, что этиология и патогенез шизофрении связаны со стилем семейной коммуникации, специфической личностной уязвимостью и нейрокогнитивным дефицитом, вызывающим нарушения социального функционирования [2], [9], [10].

Мы исходим из предположения, что выбор стратегий психологического вмешательства при работе с больными шизофренией детерминирована личностными особенностями и жизненной ситуацией пациента и не зависит от факта заболевания.

В рамках исследования нами проводилась индивидуальная и групповая работа с пациентами, а также работа с родственниками больных. Из 18 пациентов с параноидной формой шизофрении, принимавших участие в исследовании, у 16 в клинической картине отмечалось эмоционально-волевое снижение; возрастной диапазон участ-

Стратегии работы психолога с пациентами, страдающими шизофренией ...

ников – 21 – 53 года. При необходимости интенсивного вмешательства индивидуальные занятия проводились через день в течение 2 – 3 недель, затем их частота сокращалась до 1 занятия в неделю. Поддерживающая терапия проводилась с частотой 1 раз в месяц в течение года.

Вопрос о необходимости интенсивного вмешательства изначально ставил участковый врач-психиатр, непосредственно наблюдавший пациента. Основным поводом для интенсивного вмешательства служила тяжелая жизненная ситуация пациента (смерть близкого родственника, развод, болезнь ребенка, длительный судебный процесс и т.п.), либо ситуация, переживаемая пациентом как критическая (выписка из психиатрического стационара, разрыв с любимым человеком и т.п.)

В основном в работе использовались приемы когнитивно-поведенческой терапии с элементами тренинга социальных навыков, эмоционально-образная терапия, а также психодраматические методы. Тренинг коммуникативных навыков и ролевые игры использовались, когда пациент выражал готовность опробовать какую-либо новую форму поведения, или для прояснения того, почему другие люди определенным образом реагируют на его поступки.

Высокую эффективность показал прием зеркального отражения, когда ведущий демонстрирует пациенту его поведение, а затем предлагает другой вариант поведения, более уместный в данной ситуации, и пациенту предлагается сравнить плюсы и минусы приведенных поведенческих моделей.

Особое значение имеет психообразовательное направление работы. Анозогнозия является распространенным явлением среди больных шизофренией, особенно на начальных этапах заболевания. Вследствие этого пациенты отказываются посещать врача и принимать лекарственные препараты. Результатом такого поведения чаще всего бывают продолжительные недобровольные госпитализации в психиатрический стационар. Психолог, не являясь врачом, не вызывает у пациента ощущения непосредственной угрозы, того, что его «залечат», но в то же время он является для больного значимым лицом, порой единственным, с кем пациент может говорить после того как в силу болезни его социальные связи разрушаются. Обычно пациент бывает заинтересован тем, что он может избежать госпитализаций,

если научиться контролировать определенные состояния (усиление негативной симптоматики, – снижение настроения, подавленность, повышенная тревожность, отсутствие аппетита и т.д.) и вовремя принимать минимальные дозы лекарств. С пациентами, не отрицающими факта заболевания, психообразовательное занятие может быть направлено на обучение различению симптомов болезни и характерологических особенностей. Как правило, психообразовательные занятия дают хороший результат: с ростом ответственности пациента за свое здоровье у него растет и чувство уверенности в том, что он сам способен влиять на то, что ранее казалось ему неподвластным. Наблюдение за пациентами, получившими хотя бы элементарные знания о своем заболевании, показало, что этот контингент больных значительно быстрее восстанавливается, в первую очередь, в плане социального функционирования, если госпитализации все-таки не удалось избежать. Таким образом, психообразовательная работа с пациентами показала высокую эффективность.

Групповая работа с пациентами проводилась на базе амбулаторного отделения Самарского психоневрологического диспансера. Группу составляли 2 мужчины и 4 женщины. Возрастной диапазон участников – 23 – 52 года, все с параноидной формой шизофрении и эмоционально-волевым снижением, интеллектуально сохранны. Группа закрытая. Занятия проводились 1 раз в 2 недели на протяжении 5 месяцев. Всего было проведено 10 занятий продолжительностью по 1,5 часа. Целью групповой работы было достижение личностных изменений, повышение автономности и оптимизация межличностных отношений. Изначально у всех пациентов был высокий уровень мотивации к участию в групповой работе. Каждое занятие включало разминку, основную часть, обсуждение и подведение итогов, упражнение на релаксацию. Пациенты быстро включались в работу, участвовали в групповых дискуссиях, оказывали друг другу поддержку. Когда участники испытывали затруднения в выражении чувств, использовались ролевые игры и другие психодраматические приемы, а также методы терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно. Активность участников возрастала в те моменты, когда ведущий поддерживал предложенное кем-либо из них неожиданное и оригиналь-

Стратегии работы психолога с пациентами, страдающими шизофренией ...

ное решение и сам выступал в качестве соучастника группового творческого процесса. Очень важным было поощрение инициативы каждого члена группы. Опыт групповой работы показал, что чем менее структурированы занятия и больше возможностей для проявления творческой инициативы участников, тем более открытыми становятся пациенты в своих эмоциональных проявлениях, что особенно важно с учетом отмечаемого в анамнезе эмоционально-волевого снижения.

Работа с родственниками пациентов проводилась с периодичностью 1 раз в неделю в течение 1,5 – 2 месяцев, затем поддерживающие занятия 1 раз в месяц в течение полугода. В исследовании принимали участие матери больных шизофренией. Возраст участниц – 45 – 66 лет, все с высшим образованием, одна из них работала, остальные прекратили трудовую деятельность, объясняя это наличием в семье тяжело больного человека.

В отличие от своих страдающих шизофренией детей, которые в большинстве случаев с осторожностью и сдержанностью вступали в контакт с ведущим, мамы пациентов в течение первых двух занятий стремились рассказать как можно больше («накопилось за столько лет») и были очень эмоциональны, особенно характеризуя отношения с больным ребенком и своими матерями. Таким образом, первые 2 занятия, как правило, занимал процесс эмпатического слушания и сбор информации об особенностях семейного функционирования и семейных коммуникаций.

Когда эмоциональный фон стабилизировался, мамы занимали выжидательную позицию. Анализ ситуации показал, что почти все они рассчитывали в обмен на «открытость» и «откровенность», проявленные ими по ходу первых двух встреч, услышать, что конкретно психолог теперь намерен предпринять в отношении их больного ребенка («теперь, когда Вы знаете его намного лучше, что Вы собираетесь с *ним* делать?»)

Занятия с мамами пациентов были направлены на осознание и разрешение ими собственных проблем, определение роли, которую отношения по поводу болезни играют в стабилизации семьи, а также принятие своей доли ответственности за состояние семейных отношений.

Если в личной жизни или поведении матери происходили изменения, это неизбежно сказывалось на всех членах семьи, в результате чего пациент был вынужден приспосабливаться к изменениям в привычном укладе жизни и сложившейся системе отношений. Как правило, пациенты реагировали на это либо замкнутостью и отчуждением, либо нарастающим возбуждением и агрессией. И в том, и в другом случае приспособительная реакция пациента рассматривалась врачом и родственниками как обострение заболевания, в результате чего пациенту проводилось корректирующее медикаментозное лечение, а контакты с психологом ограничивались.

Можно отметить следующие особенности, характеризующие позицию матерей в отношении болезни ребенка: а) противоречие между отнесением на счет болезни всех возникающих жизненных трудностей и малая осведомленность о конкретных проявлениях данного заболевания; б) склонность называть болезнью любое «неудобное» характерологическое проявление или поведение пациента; в) склонность к предельной детализации получаемой о болезни информации, повышенное внимание и озабоченность в процессе уточнения симптомов заболевания, переходящие в безразличие или фрустрацию, если речь заходит о личностных качествах и индивидуальных особенностях ребенка; г) использование полученной на психообразовательном занятии информации для контроля за врачебными назначениями и вмешательства в отношения врач – пациент; д) использование болезни как исключительного обстоятельства, дающего дополнительные права (посещение занятия не в установленное время, просьбы получить консультацию врача или психолога вне очереди, преобладание в речи оборотов «вы должны», «они должны», «мне должны» и т.д.)

Выше перечисленные особенности позволяют сделать предположение о том, что матери пациентов, так же как и сами пациенты, получают вторичную выгоду от болезни. Под вторичной выгодой мы понимаем то преимущество, в первую очередь, в межличностных отношениях и при разрешении различных жизненных ситуаций, которое пациент (а в данном случае и его мать) получает от уже сформировавшихся симптомов, что способствует закреплению болезни и сопротивлению лечению. Возможно, получение вторичной выгоды от

болезни ребенка объясняет низкую эффективность индивидуальной психообразовательной работы с родственниками.

В целом, проведенный анализ полученного в процессе практической работы материала, позволил нам сделать следующие **выводы**:

1) Изменения в поведении матери, связанные с осознанием собственных проблем и роли, которую отношения по поводу болезни играют в стабилизации семьи, вызывают рост активности и агрессии пациента, который рассматривается ближайшим окружением и врачом как обострение заболевания;

2) Наиболее значимые изменения в поведении и отношении к болезни происходят, если вмешательство совпадает с критической жизненной ситуацией пациента и направлено на её разрешение;

3) Интеллектуально сохранные пациенты достигают лучших коррекционных результатов (изменения в поведении, стиле жизни, отношении к болезни, установлении и поддержании контактов), если занятие слабо структурировано и представляет собой спонтанный процесс;

4) Родственники, так же как и пациенты, получают вторичную выгоду от болезни.

Наше предположение о том, что стратегии работы психолога с пациентами, страдающими шизофренией, в большей степени должны быть обусловлены личностными особенностями и актуальной жизненной ситуацией пациента и в меньшей степени зависеть от факта заболевания, во многом нашло подтверждение в процессе проведенного исследования.

Типичные проблемы пациентов, такие как потеря работы, напряженные отношения в семье и трудности в установлении и поддержании контактов с другими людьми в рамках немедицинской модели оказания психологической помощи могут рассматриваться не как последствия болезни, а как закономерное следствие характерологических особенностей пациента. Специфические проблемы, связанные с болезнью, (например, страх регоспитализации) обсуждаются наряду с другими запросами пациентов, как имеющие место, но не определяющие всей жизненной направленности.

Представляется, что медицинская модель психотерапевтической помощи, предполагающая полную ответственность врача за процесс и результаты лечения, делает больного шизофренией ещё более зависимым от медицинского учреждения. В этом смысле альтернативная психологическая помощь, подразумевающая равную ответственность участников, позволила бы определенному контингенту больных шизофренией избежать тотальной «привязанности к лечению» и как можно дольше полагаться на собственный личностный ресурс.

Литература

1. *Бабин С.М., Пустотин Ю.Л., Сировская В.П.* Интеграция психотерапии, психосоциальной реабилитации и психиатрии: итоги и перспективы // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. № 1. С. 117 – 120.
2. *Бейтсон Г.* Экология разума: Избр. ст. по антропологии, психиатрии и эпистемологии. М.: Смысл, 2000. – 476 с.
3. *Вид В.Д.* Психотерапия шизофрении. СПб.: Питер, 2001. – 428 с.
4. *Гурович И.Я.* Реформирование психиатрической помощи: организационно-методический аспект // Социальная и клиническая психиатрия. 2005. № 4. С. 12-17.
5. *Гурович И.Я.* Сберегающее-превентивная психосоциальная реабилитация // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. № 4. С. 5-9.
6. *Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А.* Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004. – 490 с.
7. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. М.: Весь мир, 2001.– 215 с.
8. *Кемпински А.* Психология шизофрении. СПб.: Ювента, 1998. – 294 с.
9. *Кабанов М.М.* Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб.: 1998. – 256 с.
10. *Магомедова М.В.* О нейрокогнитивном дефиците и его связи с уровнем социальной компетентности у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2000. № 4. С. 92-98.

Стратегии работы психолога с пациентами, страдающими шизофренией ...

11. *Палаццоли М.С., Босколо Л., Чеккин Дж., Прата Д.* «Парадокс и контрпарадокс. Новая модель терапии семьи, вовлеченной в шизофреническое взаимодействие». М.: Когито-Центр, 2002. – 207с.

12. *Семенова Н.Д.* Исследования в области групповых психосоциальных подходов к лечению шизофрении: современное состояние и перспективы // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. № 4. С. 96 – 100.

13. *Холмогорова А.В.* Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. № 3. С. 97-104.