

УДК: 616.895.8:615.821-08.168

*Г.Г. Пуятин***ПСИХО-СОЦИАЛЬНАЯ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ
ГОСПИТАЛИЗМА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ОЦЕНКА ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: шизофрения, госпитализм, реабилитация, эффективность

Современный этап развития реабилитационной методологии в психиатрии характеризуется значительным повышением роли активного участия в реабилитационном процессе самого пациента и отношением к методам психосоциального вмешательства как к приоритетным и обязательным при оказании психиатрической помощи (1, 2).

Важнейшей клинической предпосылкой низкого качества жизни и социальной компетентности больных шизофренией, ограничивающей их реабилитационный потенциал, является формирующееся при этом заболевании состояние малообратимого психического дефекта, затрагивающего все стороны функционирования и жизнедеятельности. Выраженность этого состояния, помимо патогенетических механизмов шизофренического процесса, определяется длительностью пребывания пациента в ограничительных, социально дестимулирующих условиях психиатрического стационара, способствующих нарастанию тяжести дефицитарной симптоматики и регрессу индивидуально-личностных особенностей (3-5).

Однообразие и «тусклость» жизненных событий в условиях изоляции снижают самооценку больных, формируют такие качества как «отстраненность», покорность судьбе, ослабляют внутренние ресурсы преодоления проблем. Патерналистические отношения персонала отделения и недостаток социальной поддержки способствуют появлению у них феномена «заученной негибкости», представляющего собой общее нарушение социальных навыков. По существу, для многих больных шизофренией со сформировавшимся синдромом госпитализма, среда их длительного обитания (психиатрический стационар) и жизненное пространство, с которым они постоянно соприкасаются, приобретают черты агрессивности. В этих условиях у больных наблюдается прогрессирующее снижение «эмоциональной силы» и личностного ресурса, форми-

руется чувство зависимости, происходит «заталкивание» их в группу маргинальных личностей. Агрессивная по отношению к ним социальная среда, хронические социальные затруднения и ролевые ограничения способствуют закреплению у таких больных дезадаптивных форм поведения и делают их плохо приспособленными для жизни во внебольничных условиях.

Наиболее оптимальной формой профилактики и коррекции госпитализма у больных шизофренией является реализация стратегии деинституционализации с расширением альтернативных форм внебольничной психиатрической помощи с наименее стигматизирующими условиями ее оказания и центров по социальной интеграции пациентов.

Однако неизбежность в современных условиях длительного пребывания больных шизофренией в психиатрических стационарах и повышенная вероятность формирования у них синдрома госпитализма ориентирует на оптимизацию реабилитационных возможностей в рамках существующей системы оказания психиатрической помощи.

Исходя из этого, нами разработана система превенции и коррекции госпитализма у больных шизофренией в период их пребывания в психиатрическом стационаре, которая включала три аспекта:

1. Создание условий для удовлетворения жизненно важных потребностей больных.
2. Улучшение эмоциональной и социальной поддержки больных в том числе на семейном уровне.
3. Создание системы преодоления проблем.

Для достижения положительного клинического результата и улучшения социальной адаптации больных с охватом как можно большего количества реабилитационных целей осуществлялось адекватное сочетание различных реабилитационных вмешательств. Основными критериями отбора конкретных методов (или их эле-

ментов) являлись объективно зафиксированные индивидуальные уровни функционального психосоциального дефицита, социальных навыков и семейной поддержки пациента.

Логика построения программы психосоциальной реабилитации определялась как движение от реализации когнитивных и информаци-

онных задач к нормализации самооценки (личностной и социальной идентификации) и функционирования пациентов.

Основные мишени реабилитационно-профилактического вмешательства на различных этапах формирования госпитализма у больных шизофренией показаны на рис. 1.

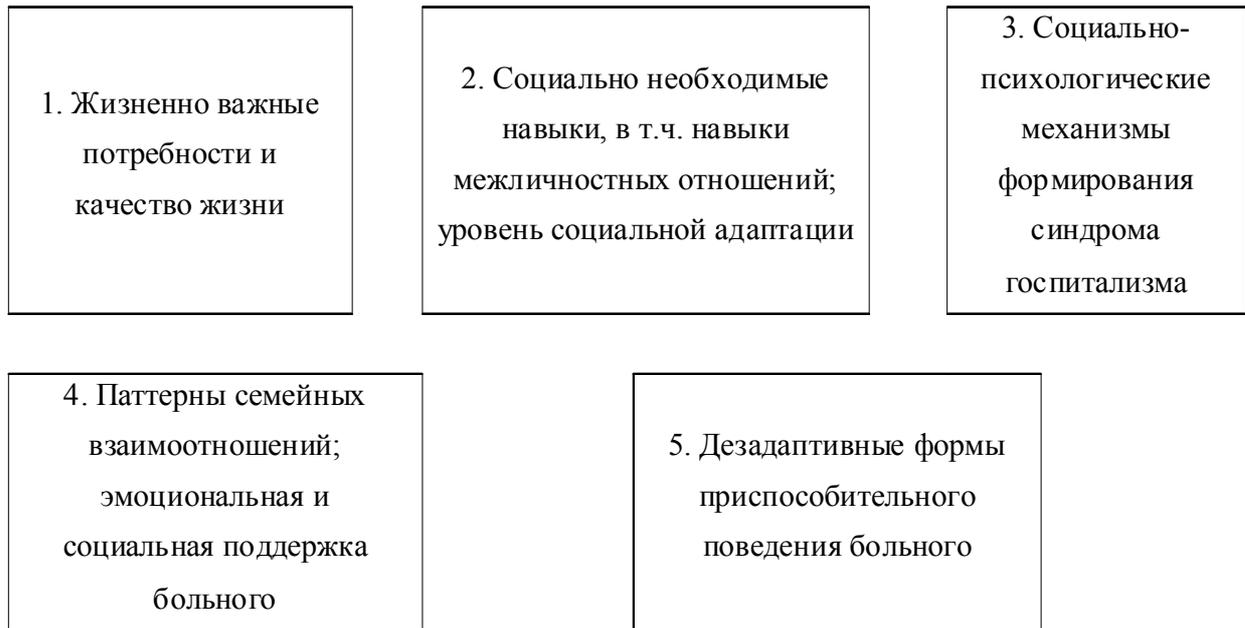


Рис. 1. Основные мишени реабилитационно-профилактического вмешательства на различных этапах формирования госпитализма у больных шизофренией.

В процессе реабилитационного вмешательства решались следующие задачи:

1. Уменьшение стигматизации и аутостигматизации больных путем наделения их определенными полномочиями.

2. Создание минимально ограничительных условий оказания психосоциальной помощи с целью «смягчения» проявлений социальной депривации.

3. Формирование межличностных отношений пациентов и медперсонала на принципах взаимного доверия и партнерства.

4. Улучшение возможностей самореализации и удовлетворения общечеловеческих потребностей.

5. Преодоление или предупреждение кризиса идентичности.

6. Преодоление дезадаптивных форм приспособительного поведения (самоизоляция) и расширение социальных контактов пациентов.

Для реализации реабилитационно-профилактических задач использовались следующие методы (реабилитационные техники):

1. Создание в отделении адекватной терапев-

тической среды.

2. Терапия занятостью.

3. Когнитивно-поведенческая терапия с элементами тренинга социальных навыков.

4. Психообразовательные занятия.

5. Семейная терапия.

Терапевтическая среда. Цель создания терапевтической среды (ТС) предусматривала создание динамической системы межперсональных взаимоотношений между пациентами и медицинским персоналом, позволяющей свести к минимуму изоляционно-ограничительные эффекты от пребывания в нем пациентов и достичь лечебно-реабилитационных и профилактических целей.

Реабилитационная направленность терапевтической среды обеспечивалась двумя функциональными векторами, способствующими доступу к социально ценным ролям, возможности участвовать в деятельности, обеспечивающей их жизнь, формирования широкого спектра добровольных отношений и независимого функционирования:

1) особым микроклиматом в отделении, ори-

ентированном на признание и удовлетворение потребностей пациента и оптимизацию их жизнедеятельности;

2) комфортным партнерским взаимоотношением всех участников реабилитационного процесса.

Основной предпосылкой функционирования ТС являлось создание терапевтического коллектива, предусматривающего проведение комплекса терапевтических мероприятий, специально ориентированных на объединение пациентов вокруг общей цели и выполнение общественно значимой деятельности, имеющей личностный смысл для каждого из них. Формой организации терапевтического коллектива служили так называемые функциональные группы, в которых пациенты взаимодействовали в течение всего периода госпитализации. Такие группы использовались для поиска путей самопомощи и оптимальной реализации их реабилитационного потенциала. Совместная деятельность пациентов функциональных групп обеспечивала достаточно быстрое вовлечение их в индивидуальную реабилитационную программу, более продуктивное участие в ее реализации, а также развитие эффективных стратегий совладания с болезнью и сложившейся ситуацией.

Основным принципом работы в условиях терапевтической среды являлась последовательная реабилитационная ориентация всех участников лечебного процесса, включая пациентов. При этом, если традиционные условия длительного пребывания больных в отделении развивают у них инфантильные формы поведения и пассивность, а также поощряют ожидание «специального» ухода и зависимость от медперсонала, то создание терапевтической среды предусматривало использование навыков эмпатических контактов и принципов сотрудничества с пациентами с созданием атмосферы, способствующей расширению их полномочий.

В качестве наиболее конструктивной модели взаимоотношений в системе «врач-пациент» мы использовали коллегиальную модель, основанную на взаимном доверии и равноправных партнерских отношениях. Естественно, мы воздерживались от довольно распространенной в психиатрической практике патерналистской модели отношений между врачом и пациентом (директивно-сопереживающий стиль межличностного общения со стороны врача), основным недостатком которой является не всегда обоснованное лишение пациента возможности активно участвовать в лечебном процессе и перекла-

дывание всей ответственности за его здоровье на врача.

Правильно организованная ТС способствовала выполнению комплекса организационных, лечебно-реабилитационных функций, созданию «защитающей» базы, предполагающей мульти-модальную стратегию ведения больных, направленную на улучшение межличностных отношений и приспособительного поведения.

Терапия занятостью. Этот метод заключался в использовании социально подобранных видов деятельности с целью помочь пациентам максимально восстановить свои функции во всех аспектах повседневной жизни. Сущность терапии занятостью (ТЗ) заключалась в том, чтобы посредством наполненной смыслом деятельности и вовлечения больных в решение повседневных задач в отделении способствовать формированию у них способности межличностного взаимодействия, планирования деятельности, приобретения навыков. При этом ТЗ была структурирована с ориентацией на выполнение организационных, лечебно-реабилитационных и профилактических функций, имеющих специфические особенности у больных с синдромом госпитализма.

Нами использовались следующие типы групповых методов терапии занятостью:

- деятельность, разработанная на основе реально выполнимых физических упражнений;
- деятельность, направленная на развитие социальных взаимодействий и уменьшение изоляции;
- деятельность, основанная на самообслуживании и навыках жизнедеятельности.

Физическая активность и группы для занятий физическими упражнениями были тщательно структурированы, чтобы пациенты могли выдержать достаточное напряжение и нагрузку. Физическая активность, групповые игры, занятия под музыку способствовали повышению общей подвижности, улучшению циркуляции крови и ослаблению скованности.

Деятельность, направленная на развитие социальных взаимодействий и уменьшение изоляции предусматривала модификацию (адаптацию) окружающей среды с целью максимально возможного удовлетворения потребностей пациентов. Чаще всего нами использовались коммуникативные и творческие механизмы арт-терапевтических подходов.

Наконец, деятельность, основанная на восстановлении навыков самообслуживания, заключалась в выполнении заданий, связанных с орга-

низацией работы и поддержанием порядка в отделении: уход за собой, прием пищи, накрывание на стол, полив растений, мытье посуды, общение с членами семьи и т.п.

Когнитивно-поведенческая терапия. Эта структурированная психотерапевтическая процедура ориентирует пациента на активное сотрудничество с врачом и самостоятельные усилия в решении конкретных задач. Исходя из этого, когнитивные подходы являются адекватным методом коррекции госпитализма у больных шизофренией.

При разработке модели когнитивно-ориентированной терапии мы исходили из концепции, декларирующей наличие взаимосвязи нейрокогнитивного дефицита с расстройствами социального познания и нарушениями социальной компетентности больных. Глубина когнитивной коррекции определялась с учетом когнитивного профиля конкретного пациента, позволявшего предположить, какого рода трудности он будет испытывать в обыденной жизни и какие факторы будут ограничивать его социальное и профессиональное функционирование.

Когнитивно поведенческая терапия состояла из нескольких основных направлений, объединяющим моментом которых являлось особое внимание к процессам переработки информации и связанным с ним поведению и социальному функционированию больных. Применялись интервенции, использующие модели нарушений социального познания у больных шизофренией, направленные преимущественно на восстановление социального функционирования и превенцию рецидивов, в т. числе изменяя отношение к болезни и проводимому лечению.

Диагностически – обучающие сессии групповой когнитивной психотерапии с максимальным вовлечением пациента проводились в несколько этапов:

1. Идентификация проблем, имеющих в основе одни и те же причины, и их группировка.
2. Осознание, вербализация неадекватных когнитивных, искажающих восприятие реальности.
3. Обучение пациента объективному анализу своих иррациональных (автоматических) мыслей, дистанцированию от них.
4. Изменение правил регуляции поведения, выработка новых, более гибких и реалистических правил.

Программа когнитивной психотерапии включала в себя элементы тренинга социальных навыков, облегчавших пациентам решение проблем повседневной жизни, взаимоотношений и

досуга. Тренинговые занятия способствовали формированию у пациентов мотивации к общепринятым нормам поведения, целенаправленных социальных навыков и образа жизни, максимально приближенного к социальным нормам. Каждый тренинговый цикл включал в себя ряд тренингов по всем сферам жизнедеятельности пациентов, необходимым для самостоятельного социального функционирования (принятия решений, межличностного взаимодействия, соблюдения гигиены, общественных навыков и т.п.). В качестве наиболее оптимальных для данного контингента больных использовались тренинги «Вовлечение в совместную деятельность» и «Психологическая поддержка пациента», направленные на коррекцию гипобулических тенденций в поведении. Они включали следующие тренинговые направления:

- тренинг общения и вовлечения пациента в процесс интервью;
- минимизация или устранение «бегства в болезнь», «вторичной выгоды от болезни»;
- сдерживание тенденций, ведущих к «освобождению нормативной ответственности социальной роли»;
- преодоление мотивации к социальному уходу и формирование стратегий адекватной оценки поведения;
- создание приемлемых ниш социальной жизни;
- обучение структурированию «чувства времени»;
- создание адекватных представлений о себе и своих возможностях;
- преодоление стигматизирующих влияний болезни, повышение стрессоустойчивости и самооценки;
- формирование критического отношения к собственным действиям и навыков самоконтроля.

Когнитивная терапия, проводившаяся в индивидуальном формате, включала такие компоненты как вовлечение больного в совместную работу, нормализацию их самооценки, развитие навыков совладания со стрессом, самоконтроля мышления.

Психообразование. Психообразовательное пациент – центрированное направление реабилитационной тактики заключалось в удовлетворении информационных нужд пациента, касающихся понимания сущности болезни и сложившейся ситуации, вопросов повседневной жизни в обществе, отношения к себе и взаимоотношений с другими. Основные образовательно-обучающие задачи сводились к следующим:

1. Восполнение имеющегося у больных и членов их семей дефицита медицинских знаний.

2. Повышение осведомленности о подлинных правах, потребностях и возможностях пациентов.

3. Выработка у пациента осознания личной ответственности за свое поведение и понимание его последствий.

4. Развитие способности активного участия в реабилитационной программе.

5. Коррекция процесса усвоения роли пациента.

6. Формирование навыков совладания с болезнью и инвалидностью.

7. Снижение у пациентов и членов их семей уровня самостигматизированности и стигматизированности.

8. Коррекция искаженных болезнью социальных позиций пациентов.

Психообразовательные занятия с родственниками пациентов фокусировались на проблемах семьи, связанных с наличием в ней психически больного человека, социальными и бытовыми проблемами, построении наиболее адаптивной модели семейных отношений. Обсуждались вопросы оказания психиатрической помощи, проблемы психофармакотерапии и соблюдения предписанного режима лечения, возможности для оказания поддержки больного и членов его семьи со стороны экстрамуральных психиатрических учреждений, а также социальных и других служб в сообществе.

Семейная терапия. Вовлечение семьи в процесс психосоциальной реабилитации больных шизофренией с симптомами госпитализма было обусловлено необходимостью нормализации внутрисемейных отношений, нередко приобретающих дисгармоничные формы, усиления семейного сопротивления болезни, повышения ответственности семьи в вопросах всесторонней поддержки пациента. Эти цели формулировались в виде конкретных задач:

1) снижение стресса у членов семьи, вызванного фактом и проявлениями психического заболевания у родственника;

2) формирование у членов семьи правильного представления о заболевании, адекватного отношения к длительной лекарственной терапии и эмоциональной поддержке больного;

3) улучшение внутрисемейных коммуникаций, обучение членов семьи навыкам проблемно-решающего поведения;

4) восстановление и усиление социальных связей семьи;

5) минимизация длительно существующих разногласий, вызывающих эмоциональное напряжение в семье.

Для реализации этих задач использовались универсальные формы вмешательств в виде информирования, тренинга навыков и поддержки.

Таким образом, разработанный нами реабилитационно-профилактический комплекс представлял собой интегрированную программу, включающую элементы различных психосоциальных методов, с предпочтительным выбором техник, фокусируемых на индивидуальных проблемах пациентов. Индивидуальная психотерапевтическая работа осуществлялась на протяжении всего периода реабилитации. Групповые психосоциальные вмешательства проводились в интерактивной форме в закрытых группах (5-10 человек) с частотой 2-3 раза в неделю на протяжении двух месяцев.

Медикаментозная терапия была ориентирована на максимальное использование психотропных средств последних поколений (атипичных антипсихотиков), позволяющих, помимо воздействия на продуктивные расстройства, влиять на негативную симптоматику, и обладающих ресоциализирующим эффектом, что создавало предрасположенность для включения пациентов в различные программы психосоциального лечения.

Стандартизованная оценка эффективности реабилитационных мероприятий была проведена у 40 больных шизофренией со сформированным синдромом госпитализма (основная группа). В группу сравнения были включены 25 больных с сопоставимыми гендерно-возрастными и клинико-динамическими особенностями на завершающем этапе формирования госпитализма. Эти больные получали только медикаментозное лечение, специального реабилитационного вмешательства им не проводилось.

В качестве критериев оценки эффективности психосоциальной реабилитации больных сравниваемых групп использовались:

1. Показатели динамики клинического состояния больных.

2. Показатели динамики межличностных отношений.

3. Показатели динамики психосоциальной адаптации больных.

Оценка эффективности реабилитационных мероприятий осуществлялась на завершающем этапе реабилитации; группа сравнения также обследовалась перед выпиской больного из стационара.

Для стандартизованной оценки клинической

эффективности разработанного нами реабилитационного комплекса была использована шка-

ла PANSS. Полученные при этом результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Средние значения и стандартные отклонения клинических показателей по критериям PANSS в сравниваемых группах больных шизофренией со сформированным синдромом госпитализма

Негативные симптомы	Клинические показатели			P
	Исходные данные	Реабилитационная группа	Группа сравнения	
N1 Уплотнение аффекта	5,57±0,6	3,06±0,28	4,15±0,17	0,0016*
N2 Эмоциональная отстраненность	5,78±1,03	3,16±0,31	3,69±0,22	0,201
N3 Недостаточный раппорт (контакт)	5,15±1,13	1,77±0,24	3,33±0,25	0,00003*
N4 Пассивно-апатический социальный уход	5,53±0,36	1,50±0,21	3,41±0,26	10 ⁻⁶ *
N5 Недостаток спонтанности и плавности беседы	4,96±1,24	1,33±0,17	3,08±0,24	10 ⁻⁶ *
G7 Двигательная заторможенность	4,28±0,73	2,17±0,29	2,41±0,25	0,276
Когнитивные симптомы				
P2 Концептуальная дезорганизация	5,40±1,3	4,76±0,20	4,54±0,15	0,418
N6 Трудности абстрактного мышления	5,40±1,21	3,86±0,27	3,77±0,21	0,804
N7 Стереотипность мышления	5,71±0,71	4,89±0,31	2,36±0,25	10 ⁻⁶ *
G11 Трудности концентрации внимания	5,36±0,6	2,57±0,23	3,10±0,21	0,106
G12 Недостаточность суждений и критики	5,23±0,41	5,84±0,21	4,44±0,15	10 ⁻⁵ *
G13 Волевые нарушения	5,59±0,54	4,21±0,34	4,23±0,18	0,964
G16 Активный уход от социальных контактов	5,57±0,47	1,48±0,18	3,31±0,28	10 ⁻⁶ *

* показатель достоверности различий между сравниваемыми группами больных

В сравнении с пациентами, получавшими традиционное лечение, больные основной группы демонстрировали меньшую степень ($p=0,016$) уплотнения аффекта. Установленное различие в степени уплотнения аффективности не сказывается, вместе с тем, на уровне эмоциональной отгороженности пациентов сравниваемых групп, о чем свидетельствуют фактически одинаковые средние значения по этому симптому. Качество контакта с пациентом более высоко оценивается в реабилитационной группе больных ($p=0,00003$). Впечатление большей адекватности общения возникает, скорее всего, в связи с улучшением их коммуникабельности под влиянием тренинговых групповых занятий.

Пассивная (апатическая) социальная отгороженность более свойственна пациентам, получающим традиционное лечение нейролептиками ($p=10^{-6}$). Большая социальная отгороженность указанной группы больных объясняется более выраженной редукцией мотивационной

составляющей их поведения в условиях отсутствия внешних стимулов, направленных на активацию социального функционирования.

Пациенты обеих групп обнаруживают практически одинаковый, незначительный уровень двигательной заторможенности. Как уже указывалось выше, низкий уровень значений показателя по этому пункту отражает не только отсутствие у пациентов выраженных ступорозных нарушений, но и, прежде всего, признаков тяжелой нейролепсии, что говорит об адекватности дозировки нейролептиков.

Нарушения процесса абстрагирования в обеих сравниваемых группах расцениваются как выраженные на одинаковом уровне. Отсутствие достоверных различий в данном случае говорит, главным образом, об одинаковой представленности органического радикала психопатологии (с которым ассоциируется снижение способности к абстрагированию) и одинаковом уровне интеллектуальных особенностей.

Пациенты группы сравнения рассматриваются как в большей степени утратившие способность к поддержанию беседы и проявлению самостоятельной инициативы, спонтанности в поведении и общении ($p=10-6$). Более оживленная манера поведения в процессе общения и меньшая степень эмоциональной отгороженности в реабилитационной группе также, по нашему мнению, могут быть связаны с участием пациентов в групповых тренинговых занятиях и активацией межперсонального взаимодействия.

Стереотипность мышления оценивается как более выраженный симптом у больных основной группы ($p=10-6$). Такое различие по этому признаку ставит под сомнение реальную значимость описанных выше меньшей уплощенности, эмоциональной отгороженности, живости контакта и пр. для поддержания информационного баланса и эффективности идеаторного контура регуляции поведения. Большая коммуникативная активность этих больных имеет стереотипный, однообразный характер и обычно связана с желанием скорейшей выписки как самоцели. Однако, с другой стороны, стереотипность мышления может рассматриваться как платформа для формирования терапевтически позитивных стереотипов, связанных с совладанием симптомами болезни и достижением лучшего взаимодействия с медицинским персоналом.

По пункту G12 – утрата критики – достоверно более высокая оценка оказалась у больных, включенных в реабилитационную программу. Подобное различие может показаться, на первый взгляд, несколько неожиданным: ведь до этого практически по всем пунктам о пациентах основной группы складывалось впечатление как о более сохранных и благополучных. Отсутствие у них, однако, сколько-нибудь неформальной критики к своему психическому состоянию, перенесенным нарушениям, подтверждает представление о фасадном характере благополучности их состояния, о существовании своеобразной патологической адаптированности, блокирующей глубокую личностную проработку больными их экзистенциальной ситуации.

Нарушения воли в обеих группах в среднем расцениваются как практически одинаковые, отражающие единообразный тип дефицитарных расстройств. В то же время пациенты группы сравнения внешне оцениваются как достоверно более импульсивные в своем поведении ($p=10-6$). Такое впечатление связано прежде всего с тем, что эти больные большую часть времени

предоставлены сами себе, а внешне направляющих адекватных стимулов их поведения в период стационарного лечения крайне недостаточно. Напротив, более упорядоченное поведение пациентов основной группы определяется постоянной насыщенностью реабилитационными мероприятиями, создающими предпосылки для более или менее устойчивых форм целенаправленной активности.

Уровень социальной отгороженности у пациентов группы сравнения представляется тоже существенно большим ($p=10-6$). Меньшая включенность во внутриотделенческую жизнь у таких больных, по сравнению с реабилитационной группой, может быть объяснена однообразием окружающей обстановки в отделении, патерналистским стилем отношений медицинского персонала, невостребованностью личной активности пациентов, отсутствием в работе медицинского персонала методов, побуждающих пациентов к более продуктивным социальным контактам.

Резюмируя стандартизированную характеристику клинической картины проявлений шизофрении у пациентов реабилитационной группы следует отметить, что ее своеобразие предопределяется как определенными биологическими особенностями болезненного процесса, так и своеобразными социально-психологическими реабилитационными факторами, структура и взаимодействие которых обеспечивает большую гармонизацию психического состояния по сравнению с пациентами, получающими только биологическую терапию.

Динамика межличностных отношений в процессе оказания больным медицинской помощи как критерия видоизменения их приспособительного поведения изучалась при помощи опросника межличностных отношений (ОМО) В. Шутца. Ее особенности в сравниваемых группах представлены в табл. 2.

В целом показатели межличностных отношений как критерия приспособительного поведения больных шизофренией со сформированным синдромом госпитализма имели тенденцию к улучшению в двух сравниваемых группах. Однако по ряду показателей больные, включенные в реабилитационную программу, характеризовались достоверно более высоким уровнем восстановления социальных интеракций. Это прежде всего относится к объему межличностных взаимодействий с более значительным уменьшением дистанцирования от социального окружения ($p=0,024$), блокирования попыток реально улуч-

шить условия своего существования ($p=0,00364$), отказа от активного самоутверждения и предоставления контроля за собой со стороны окружа-

ющих ($p=0,0324$), непривлекательности Я-концепции ($p=0,002$), а также с увеличением объема интеракций поведения ($p=0,0007$).

Таблица 2

Показатели межличностных отношений больных шизофренией в сравниваемых группах

Показатель ОМО	Исходные данные	Показатели реабилитационной группы	Показатели группы сравнения	P
Ie	2,9±0,24	3,41±0,24	3,12±0,29	0,123
I _w	2,73±0,18	3,58±0,27	3,31±0,21	0,121
Ie + _w	5,44±0,34	8,31±0,44	6,01±0,32	0,024*
Ie- _w	1,9±0,27	0,56±0,02	1,46±0,09	0,00364*
Ce	3,08±0,3	13,24±0,56	6,37±0,34	0,00062
C _w	3,63±0,3	6,29±0,37	4,01±0,27	0,0324*
Ce + _w	6,7±0,45	2,23±0,19	0,36±0,14	0,0007*
Ce- _w	-0,57±0,39	1,12±0,24	0,14±2,6	0,213
Ae	3,0±0,27	6,31±0,39	5,4±0,31	0,241
A _w	2,75±0,23	5,93±0,26	3,01±0,14	0,0002*
Ae+ _w	5,32±0,49	8,31±0,28	7,86±0,31	0,002*
Ae- _w	0,45±0,21	1,68±0,27	-0,71±0,29	0,004*

Ie – выраженное поведение включения; I_w – требуемое поведение включения; Ie +_w – объем интеракций поведения включения; Ie-_w – противоречивость межличностного поведения включения; Ce – выраженное поведение контроля; C_w – требуемое поведение контроля; Ce +_w – объем интеракций поведения контроля; Ce-_w – противоречивость поведения контроля; Ae – выраженное поведение аффекта; A_w – требуемое поведение аффекта; Ae+_w – объем интеракций поведения аффекта; Ae-_w – противоречивость поведения аффекта.

Таким образом, больные, прошедшие курс психосоциальной реабилитации, по сравнению с пациентами, получавшими только биологическое лечение, в значительно меньшей мере испытывали боязнь включения, опирающуюся на убежденность в незначительности и малоинтересности своей личности, боязнь отношений контроля (восприятие себя как некомпетентного и безответственного), боязнь аффекции, проявляющейся в отношении к себе как к неприятной и непривлекательной личности. Больные группы сравнения отличались большей дефицитностью поведения во всех областях межличностного общения: они не предпринимали адекватных и достаточных попыток удовлетворить хотя бы одну из потребностей межперсонального поведения.

Динамика количественных показателей приспособительной активности больных шизофренией со сформированным синдромом госпитализма в процессе реализации реабилитационного вмешательства была изучена при помощи методики определения способности к психосоциальной адаптации (EAPS). Полученные ре-

зультаты в двух сравниваемых группах больных представлены в табл. 3 и 4.

У 22 из 40 больных со сформированным синдромом госпитализма (55%) под влиянием реабилитационного вмешательства наблюдалась положительная динамика социальной адаптации, выразившаяся в значительном сокращении числа больных с очень низкой и полной дезадаптацией. В группе сравнения положительная динамика социальной адаптации отмечена только у 20,0% больных, причем на уровне менее выраженных показателей.

В реабилитационной группе достоверное улучшение социальной адаптации коснулось таких сфер как «жизнедеятельность и работоспособность», «проведение досуга», «семейные взаимоотношения» «межличностные взаимоотношения», «интерес к познанию окружающей информации», «внешний вид пациента». Интактными по отношению к 2-х месячной продолжительности психосоциальной реабилитации оказались сферы внесемейных отношений, общественной и социальной жизни, финансовых

навыков и условий жизни, что делает обоснованным проведение более пролонгированного и выходящего за рамки психиатрического стаци-

онара курса реабилитации. В группе сравнения достоверных положительных сдвигов не было ни по одному показателю социальной адаптации.

Таблица 3

Показатели способности психосоциальной адаптации больных сравниваемых групп

Рубрики	Показатели психосоциальной адаптации		
	Исходные	Реабилитационная группа	Группа сравнения
Жизнедеятельность и работоспособность	2,35±0,18	4,21±0,19*	2,44±0,13
Проведение досуга	2,16±0,14	4,63±0,25*	2,27±0,16
Семейные взаимоотношения	2,51±0,17	4,96±0,17*	2,7±0,21
Внесемейные (дружеские) взаимоотношения	1,90±0,07	2,11±0,08	1,9±0,07
Общественная и социальная жизнь	1,72±0,06	1,86±0,04	1,9±0,071
Межличностные взаимоотношения	2,12±0,12	5,37±0,29*	2,86±0,14
Интерес к незнанию окружающей информации	2,48±0,14	4,74±0,24*	2,74±0,15
Деньги и финансы	2,07±0,18	2,68±0,2	2,4±0,16
Внешний вид пациента	2,33±0,17	6,34±0,13*	3,1±0,18
Условия жизни. Место проживания. Питание	1,80±0,09	1,9±0,1	1,8±0,09

Таблица 4

Распределение больных сравниваемых групп по уровню снижения психосоциальной адаптации

Уровень способности ПСА	Исходные данные	Реабилитационная группа	Группа сравнения
Высокая	-	-	-
Ограниченная	-	4 (10,0%)	-
Низкая	-	18 (45,0%)	5 (20,0%)
Очень низкая	45 (69,2%)	11 (27,5%)	14 (56,0%)
Полная дезадаптация	20 (30,8%)	7 (17,5%)	6 (24,0%)
Всего	65	40	25

Таким образом, проведенное исследование показало достаточно высокую эффективность комплекса психосоциальных реабилитационных мероприятий у больных шизофренией с синдромом госпитализма. В отсутствие развернутых деинституционализационных подходов к организации психиатрической помощи этому контингенту больных, использование реабилитационных методов и техник в условиях стационара является сравнительно эффективным средством противодействия ограничительно-изоляционным условиям содержания больных, уменьше-

ния явлений госпитализма и повышения приспособительных возможностей больных в различных сферах жизнедеятельности.

Исходя из биопсихосоциальной модели шизофрении использование интегративных психосоциальных подходов к лечению, дифференцированных в зависимости от индивидуальных особенностей пациента, позволяет достичь повышения уровня социального функционирования, невозможного при терапии, ограничивающейся только медикаментозными средствами.

Г.Г. Путятін

ПСИХО-СОЦІАЛЬНА І ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ГОСПІТАЛІЗМУ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ ТА ОЦІНКА ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

У статті були наведені дані дослідження психо-соціальної та психотерапевтичної корекції госпіталізму у хворих на шизофренію. Були обстежені 40 хворих із сформованим синдромом госпіталізму – головна група – та 25 хворих на завершальному етапі формування госпіталізму, котрі отримали тільки медикаментозне лікування (група для порівняння). В дослідженні була надана оцінка клінічної ефективності реабілітаційного втручання, проаналізована ефективність реабілітаційних заходів щодо критерію міжособистісних відношень та здатності до психо-соціальної адаптації. Було встановлено, що використання інтегративних психо-соціальних підходів до лікування даного контингенту хворих дозволяє досягнути підвищення рівня соціального функціонування, що неможливо тільки при медикаментозній терапії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 3 (23). — С. 3-12).

G. G. Putyatin

THE PSYCHO-SOCIAL AND PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF HOSPITALISM BY SCHIZOPHRENES AND ESTIMATION OF THE EFFECTIVENESS OF REHABILITATION THERAPY

Donetsk State Medical University

Research data on psycho-social and psychotherapeutic correction of hospitalism by schizophrenes are presented in this article. 40 patients with formed syndrome of hospitalism – the main group – and 25 patients with hospitalism at the closing stage of hospitalism forming, which have got the medical treatment (comparison group). In research there is estimation of the clinical effectiveness of rehabilitation therapy, of effectiveness of rehabilitation measures on criteria of interpersonal relationships and ability for psychological adaptation. It was stated, that the use of the integrative psychosocial approaches to the treatment of such groups of patients ensures the achievement of the higher level of social functioning, which is impossible only by the medical treatment. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 3 (23). — P. 3-12).

Литература

1. Абрамов В.А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. – Донецк: Каштан, 2009. – 583 с.
2. Подкорытов В. С. Социально-психологическая реабилитация психически больных в условиях стационара / В. С. Подкорытов, Е. В. Петрович // Укр. вісн. психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 1 (додат.). – С. 225.
3. Чуркин А.А. Социальные аспекты организации психиатрической помощи и охраны психического здоровья / А.А.Чуркин // Руководство по социальной психиатрии / [под ред. Т.Б. Дмитриевой]. – М., Медицина, 2001. – С. 479 – 496.
4. Психиатрическая реабилитация / [под ред. В. Энтони]. – Киев: Сфера, 2001. – 278 с.
5. Карлинг П. Дж. Возвращение в сообщество. Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью / Карлинг П. Дж.; пер. с англ. – К. : Сфера, 2001. – 418 с.

Поступила в редакцию 28.05.2009