

УДК 616.895.8-082.4

*В.А. Абрамов, Г.Г. Пуятин***ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ФОРМИРОВАНИЯ ГОСПИТАЛИЗМА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: шизофрения, госпитализм, социальная поддержка

Социальная поддержка определяется как межличностная сеть спонтанной неформальной помощи, в противовес институциональной и профессиональной помощи (С. Caplan et al, 1976). Характеристики социальной поддержки отличаются от профессиональной психиатрической помощи следующими особенностями:

- поддержка адресуется конкретным индивидуам с их индивидуальными проблемами;
- усилия по оказанию социальной поддержки строятся на основе холистического (личностного) подхода;
- поддержка предполагает формирование у пациента эмоционального вовлечения, привязанности и партнерских отношений с микросоциальным окружением.

Наиболее значимой и реально осуществимой для пациента сферой социальной поддержки является его семья, отношение которой к пациенту может влиять на клинический и социальный прогноз, а также на частоту и длительность госпитализаций в психиатрические больницы и выраженность дестимулирующих воздействий продолжительного пребывания в стационаре. Поэтому актуальным представляется изучение ресурсов семейной поддержки влияния пациента на суммарную длительность его госпитализаций в психиатрические больницы и формирование симптомов госпитализма.

С этой целью нами было обследовано 125 больных шизофренией в возрасте от 21 до 55 лет с различной суммарной длительностью стационарного лечения и на различных этапах формирования синдрома госпитализма. По показателю «суммарная длительность госпитализаций» пациенты распределились на 4 группы:

- до 5 месяцев – 21 чел. (16,8%);
- 5-10 месяцев – 23 чел. (18,4%);
- 10-15 месяцев – 24 чел. (19,2%);
- свыше 15 месяцев, в т.ч. до 5-6 лет (в среднем 2,8 года) – 57 человек (45,6%).

Использование стандартизированной клинической

шкалы госпитализма (В.А. Абрамов и соавт., 2008) позволило выделить три фазы формирования синдрома госпитализма: 1) фаза отдельных симптомов госпитализма – ОСГ (33 чел., 26,4%); 2) фаза формирующегося синдрома госпитализма – ФСГ (23 чел., 18,4%) и 3) фаза сформировавшегося синдрома госпитализма – ССГ (69 чел., 55,2%).

Исследование включало определение типа отношения членов семьи к больному родственнику, а также ресурсов семейной поддержки пациента. Оно проводилось при помощи соответствующих шкал структурированного интервью, разработанных В.А. Абрамовым. Было выделено три типа отношений семьи к больному шизофренией (позитивное, индифферентно-амбивалентное, негативно-неприятно-настороженное) и три уровня его семейной поддержки.

Позитивное отношение (15 чел., 12,0%) предполагало консолидирующую позицию семьи к больному родственнику, адекватное отношение к его проблемам с преобладанием чувства долга с элементами авторитарного контроля за поведением. Болезнь в таких семьях воспринималась как «общая семейная проблема», решать которую нужно сообща. В таких случаях семья пытается выполнять функцию «первичной поддерживающей группы».

Индифферентно-амбивалентное отношение (35 чел., 28,0%) сопровождалось возникновением большого арсенала противоречивых чувств и поступков: от понимания до непонимания проблем пациента и раздражения. Переживание утраты надежд и ожиданий, связанных с больным родственником, сочеталось с нетерпимостью к необходимости ущемления личных интересов, недоверием, безразличием, двусмысленным и неопределенным отношением к заболевшему. Эмоциональная атмосфера в семье в таких случаях насыщена страхом, тревогой, напряжением. Периодически возникали ощущения подавленности, отсутствовала толерантность. Наблю-

даются инфантильные формы поведения и реагирования: элементы магического мышления, образного восприятия действительности, склонность верить невероятному. Социальная поддержка пациента в этих случаях носила беспорядочный характер.

Негативно-неприятно-настороженные отношения (75 чел., 60,0%) проявлялись во враждебном отношении с полным игнорированием личных предпочтений пациента. Исчезал интерес к нему и его жизненным обстоятельствам, оскудевали эмоциональные контакты и межличностные отношения, характерным было избегание, отвержение пациента, иногда с полным отказом от взаимоотношений и социальных контактов. В таких семьях наблюдается постоянное напряжение, разочарование, практически невозможны совместные виды деятельности, в том числе эмоциональная и социальная поддержка пациента.

Уровни семейной поддержки пациентов ранжировались следующим образом:

- достаточный (1-13 баллов) – позитивное отношение членов семьи к необходимости и возможности эмоциональной и социальной поддержки пациента, готовность к сотрудничеству и конструктивному решению проблем, связанных

с пациентом, признание границ своих возможностей без иллюзий и неоправданных ожиданий;

- ограниченный (14-27 баллов) – снижение заинтересованности, мотиваций и реальных возможностей для оказания в семье полноценной поддержки больному;

- низкий (28-40 баллов) – выраженный дисбаланс между приоритетными сферами удовлетворения потребностей членов семьи и необходимостью заботиться и поддерживать больного родственника.

Кроме того, нами использовался опросник эмоциональной и инструментальной поддержки G. Sommer, T. Fudrich (1989). Он состоит из 22 утверждений, объединенных в пять субшкал: 1) эмоциональная поддержка; 2) инструментальная поддержка; 3) социальная интеграция; 4) доверительные связи; 5) удовлетворенность социальной поддержкой. Пациенту предлагалось дать ответ на каждое из этих утверждений, выбрав один из вариантов, исходя из 5 балльной системы оценки.

Результаты анализа особенностей семейных отношений к больным шизофренией с различной длительностью госпитализаций представлены в табл. 1.

Таблица 1

Особенности семейных отношений к больным шизофренией (абс./%) с различной длительностью госпитализаций

Отношение семьи к больному	Суммарная длительность госпитализации				Всего
	до 5 мес.	5-10 мес.	10-15 мес.	> 15 мес.	
1.Позитивное	7/33,4	5/21,7	3/12,5	-	15/12,0
2.Индифферентно-амбивалентное	10/47,6	6/26,1	8/33,3	11/19,3	35/28,0
3.Негативно-неприятно-настороженное	4/19,0	12/52,2	13/54,2	46/80,7	75/60,0
Всего	21	23	24	57	125

Приведенные в таблице 1 данные свидетельствуют о том, что позитивное отношение к больным шизофренией в семьях относится к достаточно редким феноменам и встречается преимущественно при относительно непродолжительной суммарной длительности госпитализаций в психиатрические стационары. При значительной продолжительности госпитализаций семьи не испытывают позитивного отношения к больному родственнику, что можно рассматривать с позиции их неприятия для совместной жизни и полного отчуждения.

Индифферентно-амбивалентное отношение к больному наблюдалось в 1/3 семей: чаще всего (почти в половине случаев) при длительности госпитализаций до 5 месяцев с резким умень-

шением при увеличении общей продолжительности пребывания в стационаре. В то же время частота негативно-неприятно-настороженного отношения к больному родственнику нарастает по мере увеличения суммарной продолжительности госпитализаций, достигая максимальной выраженности при сроках пребывания в стационаре, превышающих 15 месяцев. Здесь можно думать о реверсивных негативных влияниях деструктивных отношений родственников к больному на продолжительность его госпитализаций.

Аналогичная закономерность получена при анализе зависимости уровня госпитализма больных шизофренией от отношений к ним в семьях (табл.2). Наибольший риск его формирования отмечался в семьях с негативно-неприятно-

Зависимость уровня госпитализма больных шизофренией (абс/%) от отношений к ним в семьях

Отношение семьи к больному	Всего	Уровень госпитализма		
		ОСГ	ФСГ	ССГ
1.Позитивное	15/12,0	7/21,2	4/17,4	15/12,0
2.Индифферентно-амбивалентное	35/28,0	11/33,3	5/21,7	35/28,0
3.Негативно-неприятно-настороженное	75/60,0	15/45,5	14/60,9	75/60,0
Всего	125/100,0	33	23	125/100,0

Общей, статистически достоверной ($p < 0,05$) тенденцией явилось уменьшение числа семей с позитивным и индифферентно-амбивалентным отношением и параллельное возрастание количества семей с негативно-неприятно-настороженным отношением к больным родственникам по мере увеличения суммарной продолжительности их госпитализаций и формирования синдрома госпитализма. Из этого следует вывод, что длительное отсутствие социальных контактов между больным и членами его семьи приводит к существенной деформации их взаимоотношений, что является одной из причин, затрудняющих выписку больного из стационара и дальнейшего углубления у него симптомов госпитализма.

Для уточнения реальных возможностей социальной поддержки пациентов с различной длительностью их изоляции в стационаре нами

были также изучены особенности их внесемейных отношений. При этом было установлено значительное снижение частоты адекватных форм внесемейного общения у больных с максимальной длительностью госпитализаций (табл. 3). Учитывая, что именно при такой продолжительности пребывания в стационаре у больных шизофренией по нашим данным формируется синдром госпитализма, можно прийти к выводу о том, что в структуре этого синдрома существенное значение имеет наличие адекватных социальных связей и форм взаимодействия на семейном и внесемейном уровнях. Это, в свою очередь, предполагает расширение сфер эмоциональной и социальной поддержки больных, а также включение в арсенал реабилитационных мероприятий приемов и техник семейной терапии.

Таблица 3

Проблемы внесемейного общения больных шизофренией с различной длительностью госпитализаций

Проблемы внесемейного общения	Суммарная длительность госпитализаций				Всего
	До 5 мес.	5-10 мес.	10-15 мес.	> 15 мес.	
Адекватное общение	11(52,4%)	6(26,1%)	12(50,0%)	11(19,3%)	40(32,0%)
Ограничение контактов	3(14,3%)	11(47,8%)	6(25,0%)	23(40,3%)	43(34,4%)
Отвержение больного ближайшим социальным окружением	-	-	-	5(8,7%)	5(4,0%)
Конфликтные отношения с окружающими	7(33,3%)	6(26,1%)	6(25,0%)	18(31,7%)	37(29,6%)

*- $P < 0,01$ по сравнению с меньшей продолжительностью госпитализаций

Приведенные данные свидетельствуют о необходимости объективной оценки ресурса социальной, в том числе семейной, поддержки ис-

следуемого контингента больных шизофренией. Результаты проведенного нами анализа уровней реальной семейной поддержки на различных

Зависимость между стадией формирования госпитализма у больных шизофренией и ресурсов семейной поддержки (абс./%)

Стадия формирования синдрома госпитализма	Ресурс семейной поддержки			Всего
	достаточный	ограниченный	низкий	
ОСГ	11(33,3%)	13(39,4%)	9(27,3%)	33
ФСГ	4(17,4%)	10(43,5%)	9(31,1%)	23
ССГ	-	30(43,5%)	39(56,5%)	69
Всего	15	53	57	125

В целом достаточный уровень семейной поддержки ($8.3 \pm 1,1$ балла) выявлен только у 15 больных (12,0%) с позитивным отношением к ним членов семьи, ограниченный уровень семейной поддержки ($19 \pm 1,4$ балла) – у 53 человек (42,4%), преимущественно с индифферентно-амбивалентным отношением семьи. Наибольшее количество больных шизофренией (57 чел., 45,6%) имели низкий уровень семейной поддержки ($31,6 \pm 2,3$ балла). Чаще всего в этой группе встречалось негативно-неприятно-настороженное отношение семьи к больному родственнику.

Наиболее высокий уровень семейной поддержки наблюдался у пациентов с отдельными симптомами госпитализма: у каждого третьего пациента он был достаточным и только у 27,3% - низким. При формирующемся синдроме госпитализма количество больных с достаточным уровнем семейной поддержки сократилось вдвое, а при сформировавшемся синдроме госпитализма их не было вообще. Зато значительно повысилось число больных с низким ресурсом семейной поддержки.

Таким образом, суммарная длительность госпитализаций и выраженность синдрома госпитализма у больных шизофренией непосредственно связаны с ресурсом семейной поддержки пациентов. Этот ресурс более высок на ранних стадиях госпитализма у лиц с адаптивными формами отношения к ним членов семьи.

Наконец, одной из важных задач исследования явилось изучение зависимости между интенсивностью различных видов внесемейной поддержки больных шизофренией и выраженностью у них симптомов госпитализма. С этой целью была использована шкала эмоциональной

и инструментальной поддержки G.Sommer, T.Fundrich.

Суммарный показатель, отражавший отношение пациентов к 22 утверждениям, относящимся к различным типам их поддержки в микросоциальном окружении, существенно отличался на различных стадиях госпитализма (табл. 5). Сравнительно наиболее высокий показатель, хотя и значительно отстающий от нормативных значений, выявлен на стадии отдельных симптомов госпитализма, а самый низкий, отражавший субъективные представления больных о крайне низком уровне их поддержки - у лиц со сформировавшимся синдромом госпитализма. У этой категории больных наиболее низким показателем, по сравнению с другими субшкалами, был показатель удовлетворенности социальной поддержкой, о чем свидетельствовало практическое отсутствие у них ощущения внимания и понимания со стороны других людей, а также безопасности и близости при контактах с окружающими. Лишь в незначительной степени больные были удовлетворены наличием доверительных связей и инструментальной поддержкой: у них не было возможности кому-либо доверять в решении тех или иных вопросов, или получить реальную практическую поддержку в различных сферах их жизнедеятельности. Также на достаточно низком уровне пациенты оценивали оказываемую им эмоциональную поддержку и условия окружения для их полноценной социальной интеграции. Это находило отражение в крайне низких показателях утверждений, ориентированных на участие близких людей в их судьбе, комфортные взаимоотношения с окружающими, низком уровне самооценки и принятия их в сообществе.

Показатели (M±m) эмоциональной и инструментальной поддержки больных шизофренией на различных стадиях формирования госпитализма

Субшкалы	Стадии госпитализма		
	ОСГ	ФСГ	ССГ
Эмоциональная поддержка	4,2±0,31	3,6±0,24	2,4±0,16*
Инструментальная поддержка	3,6±0,26	2,9±0,2	1,9±0,12*
Социальная интеграция	4,1±0,29	3,2±0,19	2,1±0,14*
Доверительные связи	3,8±0,27	3,1±0,16	1,8±0,16*
Удовлетворенность социальной поддержкой	2,7±0,18	2,3±0,12	1,6±0,1*
Суммарный показатель	3,68±0,24	3,02±0,22	1,96±0,12*

* - достоверность различий ($p < 0,01$) показателей в группах больных с ССГ и ОСГ

Таким образом, проведенное исследование показало, что на пути восстановления независимого функционирования пациента в сообществе (ключевая цель его социальной реинтеграции и психиатрической помощи в целом) существует мощная преграда в виде низких ресурсов поддержки пациента в микросоциальном окружении, что способствует длительным срокам госпитализации, формированию синдрома госпитализма с низким уровнем социального функционирования личности.

Отсутствие в нашей стране гибкой системы и эффективных служб внебольничной поддержки больных по месту жительства не позволяет реально рассчитывать на достижение конечных целей реабилитации – социальное восстановление пациентов, особенно с хронизированными формами психической патологии и дезадаптивными формами приспособительного поведения. Выходом из сложившейся ситуации и альтернативой классической профессиональной модели диспансерной психиатрической помощи может служить модель комплементар-

ной социальной поддержки, не подменяющей, а дополняющей традиционно сложившиеся формы поддерживающего амбулаторного лечения. Такая социальная поддержка, осуществляемая, например, в рамках канадской модели «субстрата поддержки» J. Trainor et al., 1984., 1993; V. Pare, 1990), имеет дело с проблемами больного в их повседневной жизни в сообществе, где нет широких возможностей профессиональной помощи. Предполагается, что необходимую поддержку окажут члены семьи, близкие, друзья пациента, а также местные общественные и другие структуры (например: церковь, клубные организации, различные службы – коммунальные, жилищные, по трудоустройству и т.д.), предназначенные для всех членов данного сообщества, а не только для лиц с особыми потребностями или с определенными «диагностическими ярлыками». Помощь официальной системы охраны психического здоровья может ограничиться координацией групп самопомощи, естественных взаимоотношений и региональных источников поддержки.

В.А. Абрамов, Г.Г. Пуятин

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ НА РІЗНИХ СТАДІЯХ ФОРМУВАННЯ ГОСПІТАЛІЗМУ

Донецький національний медичний університет імені М. Горького

Нами були досліджені 125 хворих на шизофренію у віці від 21 до 55 років з різною загальною тривалістю стаціонарного лікування та на різних етапах формування синдрому госпіталізму. У статті наведені характеристики соціальної підтримки хворих на шизофренію на різних стадіях формування госпіталізму. Були визначені типи відношення родини до хворого на шизофренію та рівні його родинної підтримки. Були встановлені результати аналізу особливостей родинного відношення до хворих на шизофренію з різною тривалістю госпіталізації. Була показана залежність рівня госпіталізму у хворих на шизофренію від відношення до них в родині, а також залежність між стадією формування госпіталізму у хворих на шизофренію та ресурсом родинної підтримки. Авторами були виділені та проаналізовані проблеми позародинного спілкування хворих на шизофренію з різною тривалістю госпіталізації. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 1 (21). — С. 73-78).

CHARACTERISTIC OF SOCIAL SUPPORT FOR SCHIZOPHRENICS AT DIFFERENT STAGES OF HOSPITALISM FORMATION

Donetsk national medical university named after M.Gorkiy

We examined 125 patients with schizophrenia at the age from 21 to 55 years with different total length of hospital stay and with different stages of formation of hospitalism syndrome. This article gives characteristics of social support of schizophrenics with different stages of hospitalism formation. It was defined types of family relation to the patient with schizophrenia and levels of his/her family support. It was determined analysis results of family relation to schizophrenics with different length of hospital stay. It was established dependence of the hospitalism level of patients from the family relation to them, as well as dependence between hospitalism formation stage of schizophrenics and resources of family support. Authors underlined and analyzed problems of out-of-family communication of schizophrenics with different length of hospital stay. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 73-78).

Литература

1. Caplan C., Killiea. M. Support systems and mental health. Multidisciplinary Explorations. New York, 1976.
2. Trainor J., Church K. A Framework for support for people with severe mental disabilities. Toronto: Canadian Mental Health Association, 1984.
3. Trainor J., Pomeroy E., Pape B. A new framework for support for people with serious mental health problems. Toronto Canadian Mental Health Association, 1993.
4. Pare B. Building a framework for support for people with mental disabilities (CMHA Social Action series). Toronto: Canadian Mental Health Association. 1990.

Поступила в редакцию 16.03.2009