

УДК: 616.895.8-039.11-08-039.76

*Т.Л. Ряполова***ОБОСНОВАНИЕ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Донецкий Национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: инициальная шизофрения, приспособительное поведение, реабилитация

Концепция реабилитации больных шизофренией за годы ее применения проделала существенную эволюцию. Первоначальное представление о реабилитации как о завершающей фазе медицинской деятельности уступило место более широкому ее пониманию как многоэтапного динамического процесса, включающего соответственно ориентированное лечение и нацеленного на социальную реинтеграцию пациента [1-4]. Обобщая тенденции развития этой концепции, М.М.Кабанов [5] рассматривает реабилитацию как направление современной медицины и одновременно как систему деятельности, имеющей целью восстановление личного и социального статуса больного и использующей особый методический подход. Главной его сутью является опосредование всех проводимых мероприятий и воздействий через личность пациента.

Дискуссионным является вопрос о времени начала реабилитационных мероприятий при шизофрении. С нашей точки зрения, неверно утверждение, что при отсутствии стойких проявлений социально-трудовой дезадаптации достаточно «обыкновенного лечения», а реабилитационные технологии должны использоваться применительно к контингенту хронических больных со стойкой утратой трудоспособности. Во-первых, трудности адаптации у этих больных возникают уже на начальных стадиях заболевания, а, во-вторых, позднее (в смысле сроков начала заболевания) применение реабилитационных технологий значительно упрощает и обедняет содержание терапевтической помощи на ранних стадиях болезни (выпадают важные аспекты психолого-социального сопровождения больного, позволяющие ослабить различные составляющие его функциональной недостаточности), тем самым ухудшая клинический и социальный прогноз.

Как показывают результаты современных исследований по изучению динамики шизофре-

нического расстройства, после первичного эпизода существует множество разнообразных паттернов течения заболевания: от однократного приступа, после которого симптомы полностью редуцируются, до хронических форм с неуклонным ухудшением состояния больного, без каких-либо ремиссий [6]. «Естественное течение шизофрении» не обязательно принимает хроническую форму и далеко не у всех больных ведет к деградации и распаду психики [7]. Вероятность обострения и перехода заболевания в хроническую форму тесно связана с качеством социального окружения личности, которое может способствовать негативному влиянию на физические, когнитивные, психологические и социальные функции [8-10].

В этом плане наиболее предпочтительным в смысле достижения конечных целей реабилитации является этап инициальной (впервые диагностированной) шизофрении с ее многообразными векторами последующих изменений качества стиля жизни пациента и отношения к нему общества. Инициальная шизофрения – это дебютный цикл шизофренического процесса, включающий доманифестные нарушения (аутохтонные продромальные расстройства и экзацербации продуктивных симптомов), первый психотический эпизод (манифестный приступ), постпсихотический этап (ремиссия позитивной симптоматики) и рецидив болезни.

Актуальность проблемы реабилитации больных инициальной шизофренией обусловлена рядом обстоятельств. Наиболее существенным из них является то, что в начальном периоде болезни закладываются основные тенденции приспособительного поведения (ПП), которые во многом определяют как характер, так и уровень фактической адаптации, достигаемой больным в дальнейшем [11].

Приспособительное поведение, как результат взаимодействия личности и болезни в конкретных условиях жизни или биографически сло-

жившаяся и видоизмененная болезнью система взаимоотношений пациента с социальной средой [12], в настоящем исследовании рассматривалось как системообразующий фактор по отношению к различным аспектам реабилитационной деятельности (от постановки реабилитационного диагноза до реабилитационного вмешательства). Тип приспособительного поведения мы определяли как качественную характеристику основных тенденций и способов пове-

дения в контексте социального функционирования пациента. Важнейшей предпосылкой и одновременно качественной характеристикой приспособительного поведения является реабилитационный потенциал личности и копинг-поведение как «стремление к решению проблем, которое предпринимает индивид, если требования имеют огромное значение для его хорошего самочувствия... поскольку эти требования активизируют адаптивные возможности» [13].

Материал и методы исследования

С целью разработки целей и задач ранней реабилитации больных шизофренией нами проведена оценка структурных особенностей приспособительного поведения (ПП) на ранних стадиях заболевания. Использовались метод структурированного интервьюирования и специально сконструированная анкета, позволяющая оценить перцептивные возможности пациента и «потенциал его социальной активности». На базе реабилитационных отделений КЛПУ «Донецкая

областная клиническая психиатрическая больница» и КЛПУ «Ждановская психиатрическая больница» было обследовано 90 пациентов с инициальными психическими расстройствами шизофренического спектра, перенесших не более 2-х психотических эпизодов и находившихся на момент обследования в клинически стабильном состоянии. Обследование больных производилось в течение 5-ти дней после поступления в реабилитационное отделение.

Результаты исследования и их обсуждение

Контингент обследованных больных в зависимости от клинической картины заболевания в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 распределился следующим образом: 44 пациента (48,89%) с диагнозом параноидной шизофрении (F20.0), 43 пациента (47,78%) с диагнозом острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении (F23.1), 3 пациента (3,33%) с диагнозом шизоаффективного расстройства (F23.1).

У 30 больных (25,0%) был выявлен конструктивный и у 90 (75,0%) – регрессивный типы приспособительного поведения.

Конструктивный тип приспособительного поведения (n = 30) в целом характеризовался преморбидным уровнем стремления пациентов к социальным достижениям, реалистическим их отношением к действительности и более или менее активной установкой на сохранение достигнутых социальных позиций. У них отмечалось соответствие модуса поведения общепринятым нормам, развитые чувства долга и ответственности перед своим социальным окружением, желание быть ему полезным, умение устанавливать содержательное взаимодействие с людьми. Важной характеристикой конструктивного поведения являлось наличие у этих пациентов установки на сознательную мобилизацию всех своих «жизненных ресурсов» при решении поставленных перед собой задач, отно-

сительно сохранной готовности к принятию ответственности за разрешение проблемных ситуаций, достаточной степени самостоятельности. Они не были загружены психологическими конфликтами, осознавали их стержневые особенности, чаще находили правильные пути их решения и, как правило, имели более адекватное представление о себе и своем заболевании.

Структурные особенности регрессивного приспособительного поведения представлены в таблице 1.

Регрессивный тип приспособительного поведения (n=90) в целом характеризовался зависимой жизненной позицией или стремлением к аутистически обусловленным формам деятельности, индифферентным отношением к окружающей действительности, малыми по глубине и содержательности контактами с социальным окружением. Такая личностная направленность проявлялась либо в форме четко выраженного потребительского отношения к близким и попыток манипулирования ими (при низком уровне собственной активности), либо в деятельности, ценность которой определялась лишь аутистическими интересами пациентов.

Они хуже разбирались в эмоциональной и когнитивной сторонах различных ситуаций социального взаимодействия. У них наблюдались различные психологические конфликты, кото-

рые, как правило, или не осознавались, или не находили адекватных путей решения. Самооценка и представление о своем заболевании у них были искаженными. Цели, которые ставили перед собой больные с регрессивным типом ПП,

оказывались нереалистичными. Им было свойственно бегство от трудностей: уход от разрешения психологических конфликтов, мистификация действительности, фрустрация перед неудачами.

Таблица 1

Структурные особенности регрессивного приспособительного поведения больных инициальной шизофренией (% ±m)

Структурные особенности регрессивного ПП	Частота выявления
Пассивная (зависимая) жизненная позиция	79 ± 3,6
Аутистические формы деятельности, низкий уровень содержательного взаимодействия с людьми	36 ± 2,4
Недостаточный уровень самостоятельности в преодолении повседневных трудностей	64 ± 2,8
Низкая способность к сознательной мобилизации своих «жизненных ресурсов»	58 ± 2,4
Отсутствие стремления к достижениям, к удержанию достигнутых социальных позиций, нереалистичность целей	72 ± 3,1
Индифферентное отношение к окружающей действительности (отрицание реальности)	51 ± 2,8
Преобладание эгоцентрических интересов, низкий уровень ответственности перед своим социальным окружением	69 ± 3,2
Формальные, малосодержательные контакты с окружающими	63 ± 3,1
Потребительское отношение к близким	75 ± 2,9
Мистификация действительности	38 ± 1,4
Недостаточная оценка ситуации социального взаимодействия	42 ± 1,6
Загруженность психологическими конфликтами	79 ± 3,2
Недостаточное осознание стержневых психологических конфликтов, неправильные пути их решения	49 ± 2,8
Неадекватные представления о себе и своем заболевании	56 ± 2,2

Снижение аффективного фона проявлялось у них в тенденции к кумуляции отрицательных переживаний и задержке внимания на неудачах, резко сниженной системе самооценок, игнорировании возможности положительных сдвигов в будущем. Когнитивная сфера характеризовалась трудностями переключения с одного вида деятельности на другой, замедлением процесса осмысления нового материала. В значительной части случаев отмечалось некоторое снижение памяти, выразившееся, в частности, в неточном, приблизительном воспроизведении материала, предложенного для запоминания. У этих пациентов был сужен спектр поиска возможных способов разрешения сложившейся неблагоприятной жизненной ситуации, ослабевал продуктив-

ный контроль за своим поведением и скорость его корректировки. Среди используемых механизмов психологической защиты преобладали социально незрелые приемы и методы (вытеснение, субъективное видение ситуации и др.). Это приводило к своеобразному «искажению» представлений о себе, о своих реальных и потенциальных способностях. «Я-концепция», играющая важную роль в регуляции поведения, переставала у этих больных выполнять в должной мере свою мотивационную и побудительную функции.

Таким образом, установленные различия структурных особенностей ПП при относительно равной тяжести деструктивного процесса позволяют предположить их зависимость от

преморбидных особенностей пациентов, в частности, от их психической незрелости. В этой связи предметом особого внимания явилось положение о том, что адекватный уровень преморбидной социальной активности является фактором, организующим личность и способствующим компенсации нервно-психических расстройств. Для проверки этой гипотезы было изучено влияние преморбидных особенностей нервно-психической стабильности и сопряженной с ней социализации больных инициальной шизофренией на уровень их социального функционирования в постманифестный период. Полученные при этом данные представлены в таблице 2.

У лиц с регрессивной формой приспособительного поведения нарушения нервно-психической стабильности, в значительной степени отражавшие недостаточный уровень их преморбидной социализации, по многим показателям наблюдались достоверно чаще, по сравнению с пациентами, отличавшимися конструктивными особенностями приспособительного поведения. В первую очередь это относится к слабости волевого усилия ($p < 0,001$), эмоциональной неустойчивости ($p < 0,001$) и интеллектуальной недостаточности ($p < 0,001$), создававших общее впечатление незрелости (инфантилизма) этой категории пациентов.

Таблица 2

Частота преморбидных проявлений нервно-психической нестабильности у больных параноидной шизофренией (% \pm m)

Признаки преморбидной нервно-психической нестабильности	Частота выявления			
	Больные с регрессивным типом приспособительного поведения (n = 90)	Больные с конструктивным типом приспособительного поведения (n = 30)	Оценка значимости различий	
			P	Критерий t Стьюдента
Слабость волевого усилия	83 \pm 3,6	9 \pm 0,8	< 0,001	8,9
Эмоциональная лабильность	75 \pm 3,2	6 \pm 0,4	< 0,001	7,4
Интеллектуальная недостаточность	64 \pm 3,0	5 \pm 0,3	< 0,001	5,2
Астенические расстройства	58 \pm 2,6	9 \pm 0,8	< 0,001	4,3
Недостаточность активного внимания	52 \pm 2,4	7 \pm 0,4	< 0,001	3,6
Повышенная возбудимость	49 \pm 2,3	6 \pm 0,4	< 0,001	2,8
Сензитивность	47 \pm 2,4	12 \pm 1,1	< 0,01	2,9
Психоорганические черты	42 \pm 3,1	10 \pm 1,0	< 0,05	2,2
Истероидные реакции	39 \pm 2,6	6 \pm 0,4	< 0,001	2,9
Ипохондрические фиксации	33 \pm 2,1	9 \pm 0,8	> 0,05	2,1
Тревожность	28 \pm 2,2	7 \pm 0,4	> 0,05	1,9
Апато-абулические проявления	17 \pm 1,3	4 \pm 0,2	> 0,05	1,4

Преморбидные особенности мотивационно-волевой сферы больных с регрессивным типом ПП характеризовались повышенной внушаемостью, низкой целенаправленностью, невозможностью отстаивать свои интересы, слабостью побуждений к социальному росту. Волевой дефицит затруднял межперсональные взаимоотно-

шения, препятствовал социальному функционированию пациентов в их обыденной жизни.

Нейрокогнитивная недостаточность у этой категории пациентов значительно чаще, чем у лиц с конструктивным типом ПП характеризовалась формальным стремлением к познанию, слабостью активного внимания, ригидностью

ассоциативной деятельности, нарушением концентрации, уязвимостью абстрактно-логического мышления, бедностью достижений, а также множественными нарушениями, касающимися выполнения повседневных бытовых действий, социальных профессиональных обязанностей и адаптации в обществе в целом. В этом плане полученные результаты согласуются с ранее проведенными исследованиями о сопряженности когнитивного дефицита с недостаточным уровнем социализации больных шизофренией [14-17].

Преморбидная неустойчивость эмоциональной сферы в три раза чаще встречалась у больных с регрессивным типом ПП. Она проявлялась в немотивированных колебаниях аффекта и напряженности, отсутствии устойчивых интересов и увлечений, примитивной, однообразной и легковесной направленностью эмоциональных реакций, их незрелостью, притупленностью, недоступностью глубоких переживаний; особенно по отношению к членам семьи и собственным перспективам. Совокупность таких особенностей эмоционального реагирования реально ограничивала приспособительные возможности пациента и уровень их жизнедеятельности еще до возникновения (диагностирования) шизофрении.

Выводы

Из приведенных данных следует, что недостаточная социализация (сужение зон социализации) больного к началу заболевания искажает процессы его дальнейшего психосоциального развития. Формирование у него феномена «заученной негибкости», представляющего собой общее нарушение социальных навыков (преодоления или стратегии преодоления, coping strategies по L.I. Pear), обуславливает неспособность к эффективному социальному функцио-

нированию и содействует формированию дезадаптивных (регрессивных) типов приспособительного поведения, предопределяющих, в конечном счете, социальную несостоятельность пациента, вторично утяжеляющую уровень проявлений болезни. Даже при значительном улучшении клинической симптоматики отсутствие у этих больных минимального опыта интеграции в различные социальные структуры, низкий уровень общей социальной и коммуникативной компетентности играли решающую роль в возникновении затруднений при достижении оптимального уровня социального функционирования.

Установленная взаимосвязь между уровнем преморбидной социализации больного шизофренией и формированием дезадаптивных форм его социального функционирования уже на инициальных стадиях заболевания (наиболее существенные для разграничения типов ПП характеристики формировались еще в преморбидном периоде) со всей очевидностью свидетельствует о целесообразности использования реабилитационных подходов уже при первом обращении больного к психиатру. В отличие от традиционного понимания реабилитации как процесса восстановления личного и социального статуса (ресоциализации) хронически больного, приоритетным направлением реабилитации больного с инициальной шизофренией, по нашему мнению, является устранение преморбидных изъянов социализации, повышение социальной компетентности больного и оптимизация его приспособительного поведения, т.е. улучшение его социального функционирования по сравнению с преморбидно сложившимся уровнем, путем развития ресурсов личности и навыков решения жизненных проблем.

Т.Л. Ряполова

ОБГРУНТУВАННЯ РАННЬОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Донецький Національний медичний університет ім. М.Горького

Встановлено взаємозв'язок між рівнем преморбідної соціалізації та формуванням дезадаптивних форм соціального функціонування на початкових стадіях шизофренії на основі обстеження 90 хворих, що перенесли не більше 3-х психотичних епізодів у рамках параноїдної шизофренії, гострого поліморфного психотичного розладу зі симптомами шизофренії та шизоафективного розладу. У 75% обстежених було виявлено регресивний тип пристосувальної поведінки, надана оцінка його структурних особливостей. Наведений аналіз обґрунтовує необхідність ранньої реабілітації хворих на ініціальну шизофренію, що спрямована на усунення преморбідних збитків соціалізації та поліпшення соціального функціонування хворих. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 1 (18). — С. 16-21).

THE BASIS OF EARLY REHABILITATION OF THE PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Donetsk National medical university named by M.Gorky

The interconnection between the level of premorbid socialization and the formation of disadaptive forms of social functioning in the beginning stages of schizophrenia was established at the basis of investigation of 90 patients with at least of 3 psychotic episodes within the bounds of Paranoid Schizophrenia, Acute Psychotic Episode with the symptoms of schizophrenia and Schizoaffective Disorder. In 75% of the patients regressive type of adaptive behaviour was revealed, the assessment of their structural peculiarities was done. These analysis substantiates the necessity of early rehabilitation of the patients with initial schizophrenia, which directes at the eliminating of the premorbid flaws of socialization and improvement of the social functioning of the patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 1 (18). — P. 16-21).

Литература

1. Кабанов М.М. Реабилитация в контексте психиатрии// Медицинские исследования. – 2001, т. 1, № 1. – С. 9-10.
2. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами. – Донецк: «Каштан», 2006. – 268с.
3. Карлинг П.Дж. Возвращение в сообщество. Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью. – Киев: Сфера, 2001. – 418с.
4. Энтони В., Козн М., Фаркас М. Психиатрическая реабилитация. – Киев: Сфера, 2001. – 278с.
5. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. – Ленинград: «Медицина», 1978. – 230с.
6. Hopper K. Some old questions for the new cross-cultural psychiatry//Medical Antropology Quarterly. – 1991, 5. – P. 299-330.
7. Harding С.М., Zubin J., Strauss J.S. Chronicity in Schizophrenia: fact, partial fact or artefact?//Hospital and Community Psychiatry. – 1978, 38. – P. 477-486.
8. Thorneycroft G. Social deprivation and rates of treated mental disorder: Developing statistical models to predict psychiatric service utilization//British Journal of Psychiatry. – 1991, 158. – P. 475-484.
9. Desjarlais R., Eisenberg L., Kleinman A. Word Mental Health. Problems and Priorities in Low-in-Kome Countries. – Oxford: Oxford University Press. – 1995.
10. Lynch J.W., Kaplan G.A., Shema S.L. Cumulative impact of sustained economic herd-ship on psychical, cognitive, psychological and social function//New England Journal of Medicine. – 1997, 337. – P. 1889-1895.
11. Воловик В.М. О приспособляемости больных шизофренией // Реабилитация больных психозами. - Л., 1981. – С. 62-71.
12. В.М.Воловик, Проблема ранней реабилитации психически больных и некоторые пути ее практического решения//Ранняя реабилитация психически больных. - Л., 1984. – С. 5-16.
13. Lasarus R.S. Psychological stress and the coping process // Me-Graw-Hill, 1996, 4.
14. Самохвалов В.П. Эволюционная психиатрия. – ИМИС. – НПД «Движение» Лтд. – 253 с.
15. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. – М.: Изд-во МГУ, 1991. – 256с.
16. Юрьева Л.Н. Концепция ранней интервенции в психоз // Архив психиатрии. – 2004, т.10, 2 (37). – С. 13-16.
17. Savkin A.J., Gur R.C., Gur R.E. et al. Neuropsychological function in schizophrenia: selective impairment in memory and learning//Arch. Gen. psychiatry. – 1991, v. 48. – P. 618-624.

Поступила в редакцию 14.12.2007