

## СТИГМА В СЕМЬЕ БОЛЬНОГО ШИЗОФРЕНИЕЙ

*Л.Ю. Пантелеева* – аспирант КРСУ

The decision of the stigma problem is the statement that, psychosocial rehabilitation will be effective only if it is directed on family as a whole.

*“Из-за болезни своего сына я не приглашаю в дом гостей и сама стараюсь никуда не ходить. Когда я госпитализирую его в стационар, я хожу к нему вечером, чтобы меня никто не узнал”.*

*Эти слова матери пациента с шизофренией отражают трагедию “конспирации”.*

Связанная с психическим заболеванием стигма затрагивает и близких больного шизофренией. Зачастую и общество, и сами специалисты в области охраны психического здоровья нередко негативно настроены по отношению к родственникам людей, страдающих психическими расстройствами. Зная о подобном отношении, члены семьи иногда годами не говорят никому, даже близким друзьям, о здоровье своего родственника. У некоторых реакция проявляется в виде социальной изоляции. При опросе, проведенном много лет назад в США среди жен пациентов, выяснилось, что треть из них стремится во что бы то ни стало скрыть болезнь мужа, нередко порывая ради этого отношения с друзьями и избегая их, а то и меняя место жительства [Yarrow et al., 1955]. В 1982 г. Э. Томпсон и У. Долл, обнаружили, что тенденция к “конспирации” усилилась среди членов семей, где были люди, страдающие тяжелыми психическими расстройствами, по сравнению с 1961 г. И в ходе исследования, проводимого в США в 1988 г. [Phelan et al., 1988], половина из опрошенных членов семей госпитализированных психиатрических пациентов сообщила, что в той или иной степени скрывает этот факт, причем данное явление

отмечалось среди семей с высоким уровнем образования.

Следует отметить, что восприятие стигмы членами семьи и бытующие среди них неверные представления могут отразиться на течении болезни близкого им человека. Необоснованно пессимистический настрой близких, дистресс, испытываемый ими в связи с негативными симптомами болезни (которые иногда воспринимаются как лень и пассивная агрессия), могут привести к чрезмерному контролю за пациентом или к отвержению больного родственника, что повышает риск рецидива.

*“Мама и папа называют меня ленивым. Когда я потерял свою последнюю работу, они выгнали меня из дому”.*

*Со слов пациента с шизофренией*

Достоверные результаты исследования по изучению “выражаемых эмоций” (ВЭ), проведенного в нескольких странах (как в развитых, так и в развивающихся), показали, что у больных шизофренией, живущих с критически настроенными или сверх вовлеченными (и то, и другое определялось как высокий уровень ВЭ) близкими людьми (кровными родственниками или приобретенными вследствие вступления в брак), гораздо чаще наблюдались рецидивы, чем у тех, кто проживает с менее склонными к критике или к навязчивости близкими (низкий уровень ВЭ) [Leff and Vaughn, 1985; Parker and Hadzi-Pavlovic, 1990]. Высокий уровень ВЭ у родственников, кроме того, сочетается с обостренным ощущением ими тяжести бремени своих опекунских обязанностей. При проведе-

нии этого исследования уровень ВЭ у членов семьи оценивался на основе анализа структурированного интервью с членом семьи, в ходе которого он формулировал свои суждения о больном шизофренией. Исследователь подсчитывал количество высказанных замечаний, свидетельствовавших о враждебности, критичности, сверхвовлеченности, теплоте или положительных характеристиках. В итоге мета-анализа материалов 26 исследований по изучению роли ВЭ при шизофрении (проведенных в 11 странах) выяснилось следующее: в течение двухгодичного периода наблюдения частота рецидивов у пациентов, живущих в семье, где есть человек с высоким уровнем ВЭ, больше чем в два раза превышала соответствующий показатель по сравнению с семьями, где у родственников был низкий уровень ВЭ (66 % против 29%) [Kavanagh, 1992].

Проведенное исследование свидетельствует о том, что близкие, не проявляющие критицизма и сверхвовлеченности, оказывают положительное терапевтическое воздействие на человека с шизофренией, и их присутствие приводит к снижению уровня возбуждения у больного.

Нет никаких данных, которые указывали бы на то, что критически настроенные и сверхвовлеченные родственники являются аномальными по принятым меркам в обществе. Судя по накопленным фактам, тенденция к критицизму и навязыванию своих требований более сильно проявляется в тех семьях, где у психически больного резко выражены некоторые качества личности, которые резко осложняют совместное проживание с ним [Warner et al., 1991].

Представляется вероятным, что там, где члены семьи приспособились к родственнику с психическим расстройством, максимально умерив обычную в других условиях авторитарность и требовательность, и, напротив, проявляют терпимость по отношению к нему, люди с шизофренией чувствуют себя хорошо.

Согласно данным нескольких исследований, психопросветительные вмешательства (просветительная работа с членами семьи, где есть больной с шизофренией, направленная на повышение их знаний о психических расстройствах, их течении, прогнозе и лечении, а также знаний о психологии) могут снизить

уровень критицизма и сверхвовлеченности у родственников, что способствует сокращению частоты рецидивов у больных. [Fallon et al., 1982; Berkowitz et al., 1981].

Спокойная домашняя обстановка, по видимому, оказывает не менее мощное благотворное влияние на частоту рецидивов при шизофрении, чем лечение психотропными средствами. У больного шизофренией, принимающего психотропные препараты и проживающего в семье с высоким уровнем ВЭ, риск рецидива в течение года составляет примерно 50 %; если же домашнюю обстановку удастся изменить, создав окружение с низким уровнем ВЭ, этот показатель падает до 10 % и менее [Leff and Vaughn, 1981, 1985].

Эффективные психопросветительские вмешательства предусматривают три основных компонента: 1) предоставление членам семьи и пациенту подробной информации о болезни в доступной форме; 2) оказание семье помощи в выработке механизмов по разрешению проблем; 3) предоставление эмоциональной поддержки.

На базе кафедры “Психиатрии, психотерапии, наркологии и клинической психологии” КРСУ проводились групповые занятия с родственниками больных, страдающих шизофренией. Для снижения стигмы и индекса эмоциональной нагрузки в семье велась психобразовательная групповая работа. Родственникам в доступной форме рассказывали о болезни, ее причинах, проявлениях и исходе, о способах лечения и предупреждении ее последствий. А главное – старались помочь родным и близким понять и принять это как факт и относиться ко всему менее эмоционально и болезненно.

Во время работы выявилась достаточно выраженная потребность в психотерапевтическом вмешательстве, направленном на улучшение практических коммуникационных и эмоциональных навыков реагирования на проблемы, связанные с болезнью родственника. Психическая болезнь одного человека – это проблема всей семьи и стигма касается не только больного, но и его родных.

В основе стигмы у родственников лежат несколько факторов: психологические (чувство вины, беспомощности, агрессии, тревоги,

страх перед психическим заболеванием, желание “спрятать” больного родственника), правовые (незнание закона “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, низкая правовая культура), культуральные (восприятие психического расстройства как “вселения бесов в душу” или открытия “третьего глаза”, наделение его необыкновенными возможностями и т.д.).

Учитывая данные факторы, ясно, насколько важна и необходима работа с родственниками, позволяющая снять стигму и защитить права пользователей психиатрических услуг. Родственники должны знать все необходимые сведения и о симптомах болезни, и о ее течении и проявлении, о правах пациента в соответствии с законом “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. Близким больного нужна помощь и другого характера, связанная с решением невротических проблем, а именно: чувства вины, беспомощности, агрессии, тревоги, неполноценности. Все эти факторы способствуют возникновению внутриличностных конфликтов, которые усиливают проявления стигмы по отношению к психически больному родственнику и порой приводят к нарушению прав самими родственниками. Информационная работа с близкими больного невозможна без решения этих психологических проблем.

В первую очередь в таких семьях требуется психотерапевтическое вмешательство. Поэтому на первом этапе проводится психотерапевтическая коррекция с разрешением психологических проблем, а на втором этапе ведется информационно-образовательная работа. Такая схема психосоциальной реабилитации, по нашему мнению, наиболее жизнеспособна и эффективна.

В данную работу были вовлечены 40 родственников пациентов с диагнозом шизофрения. Первая группа, состоящая из 20 родственников, проходила только психообразовательный этап (10 тренингов). Вторая группа, также из 20 родственников, проходила психотерапевтический этап (10 тренингов), а затем психообразовательный (10 тренингов).

Как показала динамика уровня аутостигматизации родственников, лучший эффект был достигнут во второй группе (по данным оригинального опросника, он снизился на 35% больше, чем в первой группе).

Проведенная работа позволяет сделать выводы и наметить дальнейшие перспективы:

Психологическое образование членов семьи больного в доступной для них форме способствует улучшению навыков практического и эмоционального реагирования на психическую болезнь родственника, в результате чего улучшается качество жизни семьи в целом.

Социальная активность родственников психически больных требует поддержки со стороны профессионалов как в консультативном, так и в организационном планах.

Необходимо усилить психотерапевтическую помощь членам семьи больного с тяжелым психическим расстройством и ориентировать психосоциальные программы по реабилитации семьи в целом.

#### Литература

1. *Годфруа Ж.* Что такое психология / Пер. с франц. Н.Н. Алипова. – М., 1996. – Т. 1. – С. 119.
2. *Дмитриева Т.Б.* Клиническая психиатрия. – М., 1999. – С. 377.
3. *Жан Вегель.* Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжелых психических заболеваниях / Под ред. А.И. Абессоновой; Пер. с англ. – К., 2002. – С. 129–135.
4. *Преображенский П.А.* Нервно- и душевнобольные как объект культа // Обозрение психиатрии. – 1911. – № 3. – С. 23.
5. *Ричард Уорнер.* Шизофрения и среда / Пер. с англ. С. Алешкиной. – К.: Сфера, 2004. – С. 134–135.
6. *Роберт Фрейдджер, Джеймс Фейдимен.* Личность. Теория, упражнения, эксперименты / Пер. с англ. – СПб.: Прайм-ЕВ-Рознак, 2004. – С. 169–189.
7. *Лиз Кьюперс, Джулиан Лефф, Доминик Лем.* Шизофрения. Работа с семьями / Пер. с англ. В. Пушняк. – К.: Сфера, 1996. – С. 15–44.