

УДК:159.923.2:616.89:316.612

Токарева Н. М., Сасенко Н. О.

Роль сім'ї у корекційно-реабілітаційному супроводі хворих на шизофренію

Анотація. Стаття присвячена аналізу проблеми необхідної і достатньої підтримки сім'єю особистості із нервово-психічними розладами. Визначено ключові порушення комунікації у сім'ї як джерело психічної травматизації особистості. Здійснено узагальнення тенденцій корекційно-реабілітаційного супроводу особистості із діагнозом «шизофренія».

Ключові слова: сім'я, репрезентативні системи, шизофренія, корекційно-реабілітаційний супровід, травматизація особистості.

Аннотация. Статья посвящена анализу проблемы необходимой и достаточной поддержки семьей личности с нервно-психическими расстройствами. Определены ключевые нарушения коммуникации в семье как источник психической травматизации личности. Осуществлено обобщение тенденций коррекционно-реабилитационного сопровождения личности с диагнозом «шизофрения».

Ключевые слова: семья, репрезентативные системы, шизофрения, коррекционно-реабилитационный сопровождение, травматизация личности.

N.N.Tokareva, N.A.Sayenko. The role of the family in correctional and rehabilitation accompanied by schizophrenic patients.

Summary. The paper analyzes the problem of necessary and sufficient support to individual families with neuro-psychiatric disorders. The key violations of communication within the family as a source of psychological trauma personality. Done summarizing trends in correctional and rehabilitation support individual diagnosed with "schizophrenia."

Keywords: family, representative system, schizophrenia, correctional and rehabilitation support, trauma personality.

Постановка проблеми. Різноманітність інтерпретаційних схем освітнього простору у площині сучасних поліпарадигмальних наукових досліджень (С.М.Горшеніна, Є.О.Кожемякін, І.Ю.Махова, В.А.Мудрик, С.О.Мусатов, Л.О.Серікова, В.І.Слободчиков, Л.О.Хомич, А.В.Хуторський, Є.В.Чорний, І.Г.Шендерик, В.А.Ясвін та ін.) доводить значущість особистісно зорієнтованого освітнього середовища, основною функцією якого є спеціально організоване цілеспрямоване формування особистості за соціально обумовленим зразком. Проте суттєвою проблемою сучасного освітнього простору в умовах кардинальних трансформацій суспільства епохи постмодернізму є руйнація позиції відповідального ставлення дорослого співтовариства до дитинства

(І.Д.Бех), що позначилося на інтенсивній примітивізації свідомості дітей (зростанні цинізму, егоїзму, грубості, жорстокості, агресивності) на фоні відчуження, безпорадності дорослих. І в цій ситуації, на наш погляд, беззаперечно зростає роль сім'ї як основного інституту соціалізації особистості у період дорослішання.

Сім'я є персоналізованим середовищем життєдіяльності і розвитку особистості (екологічним простором), в межах якого основним механізмом впливу є неусвідомлюване некритичне сприймання норм і цінностей, які переважають у сім'ї і означають вектори формування інтерналізованого суб'єктивного досвіду. Самореалізація особистості у сім'ї здійснюється у тих площинах і формах, що зумовлені її культурним рівнем, соціальним положенням і психологічною атмосферою. Зміст, емоційна глибина міжособистісних контактів дитини із батьками, міра вираження почуття захищеності значно впливають на особливості моделювання особистісних сценаріїв поведінки людини та ефективність самореалізації.

Успішність реалізації функції соціально-психологічної підтримки у сім'ї особливо актуальна для людей із проблемами психічного розвитку.

Аналіз досліджень із даної проблеми. Глобальність трансформаційних перетворень у сучасному соціокультурному просторі позначаються на характері існування сім'ї. Е.Г.Ейдемільер, В.В.Юстицкіс серед диференційних ознак сучасної сім'ї називають збереження патріархальності і дифузність меж між підсистемами у структурі, відсутність у багатьох сім'ях (часто – у кількох поколіннях) чоловіків, наявність матеріальної залежності між поколіннями, існування жорсткої системи примусу і повинності у міжособистісних взаєминах, знецінення моральних устоїв родинного життя [5, с.6-7].

Разом з тим, в силу глибокої специфічності впливу сім'ї на особистість дитини, сім'я була і залишається обов'язковим елементом конгруентного виховання: сімейне виховання за характером впливу більш емоційне, базується переважно на взаємній любові і довірі, що сприяє поступовому залученню дитини до соціальних аспектів життєдіяльності, поетапного розширення досвіду, формуванню світогляду підростаючого покоління. Саме батьки сприяють впровадженню в свідомість дітей моральних і культурних цінностей, розвивають вже засвоєні і виправляють деструктивні прояви в поведінці.

У контексті означеного цілком зрозумілим є інтерес науковців (J.Kelly, C.Russell, S.Sheehy, V.Trnka, J.Wallerstepn et.al.; Е.Г.Ейдемільер, В.В.Юстицкіс та ін.) як до проблем, що позначаються на життєдіяльності сім'ї, так і до їхніх наслідків. Особлива увага психологів, психотерапевтів та психіатрів приділяється ситуаційним порушенням життєвого ритму сім'ї через серйозні захворювання членів сім'ї, і зокрема – нервово-психічні розлади.

Значну роль у психологічному впливі даної проблеми на функціонування сім'ї відіграють фактори несподіваності (сім'я виявляється не готовою до події), винятковість діагнозу, а також відчуття безпорадності, розгубленості через непередбачуваність поведінки хворого (R.Costell, C.Creer, M.Hamilton, I.Hoenig,

J.Wing et.al.; В.Н.Мясищев, Е.Г.Ейдеміллер та ін.). I.Hoenig & M.Hamilton вважають за доцільне розрізняти об'єктивні (зростання витрат сім'ї, несприятливий вплив психотравмуючої ситуації на здоров'я членів сім'ї, порушення ритму і розпорядку життя сім'ї) і суб'єктивні (різноманітні переживання через психічні захворювання одного із членів сім'ї: горе, почуття провини і страху, спричинені неадекватною поведінкою хворого) труднощі сімей із психічно хворими [цит. за 5, с.50].

В результаті дослідження означеного семантичного поля проблеми було доведено, що порушення у сімейних взаємовідносинах, дисонанс у репрезентативних системах (системи пошуку, прийняття і опрацювання інформації із навколишнього світу) членів сім'ї є одним із джерел психічної травматизації особистості (Е.С.Авербух, В.К.Вілюнас, Б.Д.Карвасарський, Е.Г.Ейдеміллер, В.В.Юстицкіс та ін.). Особливо проблемними, психотравматичними міжособистісними стосунками є у сім'ях із хворими на шизофренію.

Шизофренія (від д.-грец. σχίζω (shciso) – «розколюю» і φρήν (fren) – «розум») – це хронічне, прогресивне захворювання, що входить до групи поліморфних психотичних розладів і характеризується грубими викривленнями реальності, відмовою від соціальних контактів (соціальною дисфункцією), дезорганізацією сприймання, мислення, емоцій (R.Carson, J.Butcher, J.Coleman) [1;2;3].

У контексті «полігенної теорії» шизофренії (Y.O.Alanen, 1971) шизоїдні особливості хворого на шизофренію, аутистичні установки та інші психопатологічні прояви прийнято розглядати як результат складної взаємодії генетичних і соціокультурних факторів, у тому числі й сімейних (С.Аріеті, М.Блейлер, Х.Хайнер та ін.). Н.С.Sullivan у парадигмі інтерперсоналогічного підходу щодо сімейної психотерапії наголошував, що шизофренія у дітей є безпосереднім проявом патологічних взаємин між дітьми та їхніми батьками («значущими дорослими»): не конгруентні інтерперсональні стосунки в системі «значущий дорослий – дитина» перешкоджають розвитку адаптивних форм реагування, порушують нормативність Я-концепції особистості, призводять до «паратаксичних порушень» у використанні репрезентативних систем [цит. за 5, с.489]. Рішуче на користь психогенеза шизофренії висловлювався й А.Д.Зубарашвілі, наголошуючи, що ранній несприятливий вплив сім'ї («сирітство душі») може стати причиною шизофренічної передиспозиції [цит. за 5, с.496].

Постановка завдання. З метою уточнення характеру взаємин батьків із дітьми, які мають нервово-психічні розлади, а також визначення корекційно-реабілітаційного потенціалу сім'ї у супроводі хворих на шизофренію дорослих нами було сплановано і виконано емпіричне дослідження на базі Психоневрологічного диспансеру (ПНД) міста Кривого Рогу.

Виклад основного матеріалу дослідження. Загальну вибірку склали 47 осіб (19 жінок, 28 чоловіків) віком 20-30 років (1985 – 1995 роки народження),

взятих на облік ПНД із діагнозом «Шизофренія» (F20 по МКБ-10). Дебют захворювання респондентів у більшості випадків припадає на вік 20-25 років.

Аналіз соціального паспорту осіб вибіркової сукупності дозволив виявити, що лише 23% пацієнтів виросли в повних сім'ях, 77% – в неповних, що свідчить про наявність соціальної депривації досліджуваних осіб у період дорослішання.

Групу пацієнтів, яким батьки надають підтримку, складають лише 18% від загальної кількості респондентів. Решта 82% хворих не мають підтримки з боку сім'ї і, в переважній більшості випадків, відчувають тиск або неприйняття з боку батьків. Серед тих, хто має підтримку з боку сім'ї, належать 70% жінок і 30% чоловіків. Більшість хворих із діагнозом шизофренії, яких рідні не підтримують, є чоловічої статі.

Найчастіше, це обумовлено соціокультурними стереотипами, поширеними у суспільстві. Так, чоловік, який досяг повноліття зобов'язаний працювати, утримувати і піклуватися про свою сім'ю. Проте люди із психічними розладами зазвичай є непрацездатними. Спостереження і досвід спілкування із сім'ями хворих дозволяють констатувати, що рідним легше прийняти недієздатність жінки, ніж чоловіка. При цьому стан хворого абсолютно не береться до уваги, що призводить до порушення єдності переживань, емоційних розладів, відриву хворого від реальності.

Одним з яскравих прикладів деструктивного ставлення батьків до хворої дитини є історія Тетяни К. *Дівчинка виросла в родині, в якій матір домінувала над іншими її членами. Доньці висувалися завищені вимоги, яким вона не завжди могла відповідати в силу її віку та особистісних характеристик. Критиці з боку матері піддавалися всі сторони життя пацієнтки: зовнішній вигляд, звички, поведінка, досягнення в навчанні, вибір друзів. Дівчинка, прагнучи уникнути надмірного тиску і не бажаючи давати привід матері «причепитися» до неї, стала уникати спілкування із оточенням, зокрема і з батьками, замкнулася в собі.*

У віці 20-21 років Тетяна відчула, що з нею «щось не так». Маючи достатній освітній та інтелектуальний рівень розвитку (в той час пацієнтка навчалася в університеті) дівчина зрозуміла, що потребує допомоги фахівця. Вона звернулася до матері з проханням відвезти її в ПНД, щоб проконсультуватися у психіатра. Мати не тільки відмовилася виконати прохання дочки, але й стала переконувати її в тому, що та здорова і психіатр їй не потрібен. Так минав час, стан Тетяни змінювався на гірше, але батьки все ще заперечували наявність проблеми. Коли ж дівчина вирішила звернутися до лікарні самостійно, мати забрала у неї паспорт, розуміючи, що без нього їй буде проблематично потрапити на прийом до психіатра. Вдаючись до хитрощів, хвора все-таки повернула свій паспорт і відразу ж звернулася в ПНД. Протягом кількох років вона періодично проходила курс лікування в стаціонарі, після чого її стан в цілому покращувався, але в структурі особистості уже відбулися незворотні зміни. Не бажаючи більше терпіти деспотизм матері, Тетяна переїхала на зйомну квартиру і влаштувалася на роботу. У якийсь момент її

стан погіршився настільки, що їй важко було обходитися без сторонньої допомоги. На пропозицію фахівця переїхати до батьків, вона відповіла так: «Мені стає гірше і настане час, коли хвороба повністю поглине мене, і я змушена буду повернутися до батьків. Але поки я здатна обходитися без сторонньої допомоги, я буду намагатися відтермінувати цей момент, щоб самій вирішувати, що мені робити і як мені жити».

Характерний для даної сім'ї стиль виховання доньки (жорсткий контроль, гіперопіка зі сторони матері) став інтегрованим психотравмуючим фактором для дівчини. Соціально-психологічна депривація паралізувала її активність, позбавила можливості успішної реадаптації, спричинила амбівалентність у міжособистісних стосунках із оточенням.

Ще одним прикладом домінантного ставлення батьків до дитини, яка має психічний розлад, є випадок Даші Т. Явні ознаки психічного захворювання проявилися у пацієнтки в той час, коли вона була студенткою в ВНЗ. Батьки звернулися до психіатра, дівчині було виставлено діагноз «шизофренія» і призначено відповідне лікування. Під час чергової госпіталізації батько дівчинки зажадав від лікарів, щоб вони «вивели доньку зі стану депресії», так як він спланував для неї вступ ще до одного інституту. Сама хвора відрізнялася аутичністю, явно вираженими були ознаки дезадаптації особистості. Дівчина була дуже замкнута, напружена, уникала будь-якого спілкування. У присутності батька всі перераховані ознаки виявлялися особливо яскраво. Коли із пацієнткою був встановлений психологічний контакт, на запитання, про що вона мріє і яке її найбільше бажання, Даша відповіла: «Хочу жити у бабусі, в селі. Я їй допомагаю. Мені там добре». При цьому на обличчі хворої з'явилося деяке пошвавлення. Коли ж мова зайшла про майбутнє навчання, дівчина знову потьмяніла, напружилася і сказала: «Батьки на мене ображаються ...». Батькові пацієнтки рекомендували не наполягати на навчанні дочки, так як це для неї великий стрес, але він демонстративно ігнорував поради фахівців.

Ігнорування сім'єю, зокрема батьком, проявів хвороби: сензитивності, підвищеної вразливості доньки до значного кола психотравмуючих факторів (інтелектуальне перевантаження при навчанні, ситуації неспіху, надмірні очікування, нав'язування сценаріїв життєтворчості тощо) – призвели до зниження стресостійкості дівчини, обмеження здатності до інтерналізації досвіду, зниження соціальної та психологічної компетентності, і, як результат – до загострення протікання хвороби.

Дослідження свідчить, що сім'ї хворих на шизофренію, зазвичай, сприяють деструктивним змінам їхньої особистості, прискорюють прояви аутизму, амбівалентності у взаєминах із оточенням, суперечливих уявлень щодо себе. Разом з тим, сім'я може стати суттєвим фактором ефективної відновлювальної терапії хворих. Співставлення і узагальнення результатів аналізу історій хвороби респондентів із різним типом взаємин у сім'ях дозволили скласти таблицю відмінностей (табл.1).

Таблиця 1

Перебіг захворювання у пацієнтів із різним типом підтримки у сім'ї

Особливості перебігу хвороби у пацієнтів, яким батьки надають підтримку	Особливості перебігу хвороби у пацієнтів, яких батьки пригнічують
На початку захворювання батьки звернулися за допомогою і в подальшому підтримували дитину	На початку захворювання батьки заперечували наявність проблем зі здоров'ям, деякі перешкождали зверненню дитини до фахівця
Інтервал між зверненнями до стаціонару великий (1-2 рази на рік)	Велика кількість госпіталізацій з малими інтервалами. Іноді доводиться госпіталізувати у закриті установи
Ефективність медикаментозної терапії вище (ремісії наступають швидше і тривають довше)	Знижується ефективність медикаментозної терапії (іноді буває складно не тільки стабілізувати стан пацієнта, але і усунути гострі симптоми, деяких навіть доводиться переводити в гостре відділення)
Після поліпшення стану пацієнти прагнуть повернутися додому, навіть якщо не минув термін перебування в стаціонарі (зазвичай - 21 день)	Навіть після поліпшення стану хворі не хочуть повертатися додому і всіляко намагаються відтермінувати день виписки
Причиною звернення за допомогою до психолога у відділенні є внутрішні переживання самого хворого (страх, тривога) і прагнення навчитися справлятися з подібними станами самостійно	Причиною звернення за допомогою до психолога у відділенні є сімейні проблеми (конфлікти з батьками, нерозуміння і неприйняття з їхнього боку)
У разі появи дратівливості, втоми або агресії по відношенню до дитини батьки шукають способи, як впоратися з подібним станом (звертаються до психолога, намагаються відволіктися за допомогою улюбленого заняття, відпочинку)	Батьки часто вдаються до психічного та/або фізичного насилля відносно хворої дитини (в основному мати б'є доньку)
Навіть якщо хворий має негативні почуття до батьків (в періоди загострення захворювання), він намагається знайти спосіб з цим впоратися (вдається до госпіталізації, корекції схеми прийому препаратів, звертається до психолога)	Хворі виявляють агресію по відношенню до батьків, аж до застосування фізичної сили (б'ють, виганяють з дому, погрожують убити)

Отримані результати емпіричного дослідження ролі сім'ї в організації психологічного (реабілітаційного) супроводу особистості дозволяють стверджувати, що реадaptaція хворого із нервово-психічними розладами неможлива без змінення патологічних взаємин у сім'ї й гармонізації репрезентативних позицій її членів. Відновлювальна терапія при лікуванні

шизофренії (як і будь-якого іншого психічного захворювання) має обов'язково посилюватися психологічною підтримкою сім'ї.

Висновки і перспективи подальших розвідок.

Однією з вимог ефективного психолого-педагогічного супроводу особистості дитини в контексті гуманізації навчально-виховного процесу є узгодженість (гармонізація) виховних принципів сім'ї і школи. У межах сім'ї батьки повинні не тільки і не стільки «формувати» особистість дитини, дисциплінувати її, але й сприяти індивідуальному розвитку, прагнути емоційної близькості, розуміння, співчуття.

Особливо актуальним означені вимоги є щодо сімей із психічно хворими дітьми. Зниження ролі зовнішніх психотравмуючих факторів, достатня психологічна підтримка близькими хворої людини із нервово-психічними розладами (психолого-педагогічна модель стосунків) є важливими складовими терапевтичного і реабілітаційного процесу.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми впливу сім'ї на розвиток особистості і передбачає подальші наукові дослідження.

Список використаних джерел:

1. Личко А. Е. Подростковая психиатрия : Руководство для врачей / А. Е. Личко. – Ленинград : Медицина, 1985.– 416 с.
2. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я : навч. посіб./ [М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк, А. Ф. Косенко та ін]; за ред. М. С. Корольчука. – Київ : Фірма «Інкос», 2002. – 272 с.
3. Саарма Ю. Шизофрения / Ю. Саарма. – Таллин : Валгус, 1974. – 88 с. (Сер. «Наука и здоровье»)
4. Синягина Н. Ю. Психолого-педагогическая коррекция детско-родительских отношений / Н. Ю. Синягина. – Москва: ВЛАДОС, 2003. – 96 с.
5. Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис. – Санкт-Петербург: Питер, 1999. – 656 с. (Сер. «Мастера психологии»)