

**ПСИХООБРАЗОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ
И ИХ РОДСТВЕННИКОВ
(СЕКСОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ)**

И.В. Шадрина, Е.Н. Альшина

Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск

В настоящее время в России и во всем мире отмечается рост заболеваемости психическими расстройствами.

Социальные аспекты оказания психиатрической помощи при шизофрении, которая занимает одно из ведущих мест среди всей психической патологии, закономерно вызывают интерес к проблемам социального функционирования и качества жизни пациентов, особенно молодого возраста [1].

В последние десятилетия в связи с разработкой атипичных нейролептиков нового поколения, принципиально новых по своему фармакологическому механизму действия, появилась возможность психического образования и психической коррекции больных шизофренией. Поскольку эти препараты приводят к быстрой редукации психотических расстройств и практически не вызывают осложнений при применении, они, несомненно, оказывают положительное влияние на качество жизни пациентов.

Известно, что чаще всего первый эпизод шизофренического процесса приходится на молодой возраст (21-35 лет, согласно стандартам ВОЗ). При применении своевременной и адекватной терапии данная группа пациентов может успешно ресоциализироваться и длительное время сохранять качественную трудовую активность. Кроме того, для пациентов, страдающих шизофренией, повышается вероятность вступления в брак и деторождения. Это, несомненно, отразится на демографической ситуации в стране.

Самым благоприятным вариантом развития данной проблемы мы считаем применение новейших препаратов, занятия по психическому образованию и семейное консультирование. При этом нельзя оставлять без внимания другой, менее желательный, но вполне вероятный вариант развития событий при создании семей больными шизофренией, которые по различным

причинам не могут получить квалифицированную помощь.

В настоящее время политика нашего государства направлена на создание благоприятных условий для улучшения демографической ситуации в стране. Однако при пропаганде повышения рождаемости не учитывается то, что в материальных льготах в первую очередь будут заинтересованы социально неблагополучные граждане. Причем определенную часть составят те семьи, в которых один или несколько членов семьи страдают психическими расстройствами различной степени тяжести, в том числе шизофренией. В связи с этим интерес представляют исследования Г. Каплан, Б. Сэдок [2] о том, что шизофрения встречается во всех культурных и социально-экономических классах. В индустриально развитых странах, к которым следует отнести и Россию, отмечается диспропорция – большее число больных шизофренией наблюдается в более низких социально-экономических слоях общества. Данный факт объясняется «гипотезой спуска вниз» («downward drift hypothesis»), согласно которой больные субъекты либо перемещаются в более низкие классы, либо не могут проникнуть в более высокие из-за своей болезни. Кроме того, особую группу больных, претендующих на дотации государства, видимо, составят мигранты и беженцы, ожидающие получения статуса граждан России. Следует обратить внимание на тот факт, что, согласно официальным данным, 2,8 % из них страдают олигофренией, 2,5 % – эпилепсией и до 7,5 % – эндогенными заболеваниями.

По данным различных научных исследований, средний срок от начала заболевания до обращения за психиатрической помощью составляет около одного года и только третья часть больных попадает в поле зрения психиатров вовремя. Среди причин позднего обращения за помощью и отсроченного начала лечения называются разнообразные причины, в том числе недостаточное понимание пациентами природы имеющихся расстройств, страх последствий выявления психического расстройства (стигматизация и самостигматизация), недостаточный скрининг врачами общей практики, неверная диагностика при обращении за психиатрической помощью [3]. Таким образом, у нас в стране существенная часть больных с психическими рас-

стройствами оказываются вне поля зрения официальной медицины и статистики. По словам Т.Б. Дмитриевой [4], помощь психиатров получают ежегодно 7,5 миллиона россиян. Согласно данным А.Б. Смулевича и Э.Б. Дубницкой [5; 6], эпидемиологические исследования выявили, что психическими расстройствами страдают 19–28 % россиян, то есть каждый четвертый-пятый. В официальном докладе Минсоцразвития зафиксирована неутешительная тенденция — количество психических расстройств увеличивается приблизительно на 2,5 % в год, но эта цифра, очевидно, не совсем точная, т.к. непонятно, сколько приходится непосредственно на эндогенные заболевания. Известно, что немаловажную роль в развитии шизофрении играет наследственный фактор. В ранних исследованиях этого вопроса не прослеживалось четкой связи между развитием шизофрении у детей, чьи родители (один или оба) также страдали этим заболеванием. К. Ясперс, например, высказывал мнение, что «у душевнобольных рождаются здоровые дети, а у здоровых людей появляется неполноценное потомство» [7]. В наше время с этим сложно согласиться, т.к. на практике мы чаще всего сталкиваемся с обратным. Большинство исследователей подчеркивают влияние именно наследственного отягощения на возникновение, развитие и тип течения шизофрении [8]. В частности, А.В. Картелишев обращает внимание на то, что «при росте заболеваемости из года в год, в течение десятилетий, причину надо искать прежде всего в наследственности». Такие исследователи, как R.M. Eisler и D. Mechanic [9, 10], связывают возникновение шизофрении с комплексным взаимодействием: с одной стороны, они обращают пристальное внимание на генетическую предрасположенность к данному заболеванию, с другой – отмечают ряд социальных, экономических, демографических и средовых факторов, от которых зависит реализация биологической предрасположенности.

По данным Ю.В. Попова и В.Д. Вида [11], в мире ежегодно диагностируется примерно один новый случай заболевания шизофренией на 1000 населения. Хотя различие в заболеваемости по полу не является бесспорным, считается, что больны 1,1 % мужчин и 1,9 % женщин. Возрастной максимум манифестации

заболевания для мужчин находится между 15 и 25 годами, для женщин – между 25 и 35. Достоверно чаще заболевают одинокие, чем состоящие в браке. В настоящее время считается, что способность больных к деторождению примерно соответствует таковой в населении в среднем. Риск заболеть шизофренией прямо пропорционален степени родства и количеству заболевших в роду. Доказано, что при наличии одного больного родителя угроза заболевания у ребенка составляет 56 %; при наличии больного сиблинга – 10 %, при наличии сиблинга и одного из родителей – 17 % и при наличии двух больных родителей или однойцевового сиблинга – 46 %. При этом конкордантность тем выше, чем острее проявления болезни. По данным А.В. Картелишева, психическая патология населения будет и дальше расти, причем не только в России, но и во всем мире. Этому процессу также будет способствовать то, что больные шизофренией, вступающие в брак и не подозревающие о своем недуге, интуитивно ищут невесту или жениха с такой же психикой. Это, видимо, объясняется тем, что они лучше понимают друг друга, быстрее находят общий язык.

Известно, что первый эпизод шизофрении приходится, как правило, на репродуктивный возраст. Ю.В. Попов и В.Д. Вид считают, что раньше представление о сниженной способности больных к деторождению, скорее всего, отражало прежние условия их закрытого содержания [11]. В настоящее время благодаря применению психоактивных препаратов, политике «открытых дверей» и снятия специальных ограничений в государственных больницах, а также в результате реабилитационных мероприятий и заботе общества о больных шизофренией среди последних уже наблюдается увеличение числа браков и деторождения.

В рамках исследования влияния атипичных нейролептиков нового поколения на качество жизни пациентов молодого возраста, перенесших дебют шизофрении, было обследовано 60 мужчин и 60 женщин в возрасте от 21 до 35 лет. Из них состояли либо состоят в браке 56 %, имеют детей 38 %. Полностью отрицают возможность вступления в брак и деторождение 16 %. Остальные 28 % не исключают для себя возможность создания

семьи. Все это повышает вероятность того, что без принятия соответствующих мер к концу века уже половина землян будет страдать психическими расстройствами.

По мнению А.В. Картелишева, неизменным условием оздоровления нации, в рамках повышения деторождаемости, должны стать обязательные консультации у специалистов-генетиков перед вступлением в брак. Начинать при этом необходимо с диагностики и выявления больных.

В соответствии с конвенцией о правах человека, конечно, нельзя запретить психически больным людям рожать, однако должны быть разработаны определенные подходы к данному вопросу. Особое внимание при этом следует обращать на тип течения и динамику шизофренического процесса. Даже если предположить, что потомство будет психически здоровым, нельзя исключить тот факт, что нездоровье самих родителей может негативно сказаться на детях, их развитии и воспитании. В связи с этим старшее поколение, т.е. прародительская семья, должна принять решение, сможет ли она в случае отрицательной динамики течения заболевания у детей заниматься воспитанием их потомства. Таким образом, необходимы индивидуальные подходы к каждой отдельной ситуации, предусматривающие, кому из пациентов целесообразно иметь детей. В первую очередь при этом должны учитываться динамика заболевания, социальный статус, материальное положение самих больных, а также материальное положение родителей пациентов и желание заниматься внуками.

Особое место в психиатрической практике принадлежит системе реабилитации больных [12, 13, 14]. Различные методы и средства создают широкие возможности обоснованной разработки индивидуального терапевтического плана. При разработке индивидуальных планов терапии и реабилитации больного следует учитывать динамику заболевания, в том числе соматическое состояние, эффективность предшествовавшей терапии, побочные явления и осложнения, наблюдавшиеся ранее, а также сопутствующие заболевания. Считаем целесообразным разрабатывать и социальный аспект индивидуальных планов терапии, а именно выяснение установки больных на вступление в брак и

желание иметь потомство. С учетом этих индивидуальных желаний следует проводить и психообразование (сексологическое) больных, а также их родственников.

Литература

1. *Дьяченко Л.И.* Организация психиатрической помощи больным шизофренией / Л.И. Дьяченко // Шизофрения: новые подходы к терапии: сб. науч. работ Укр. НИИ клин. и эксперим. неврологии и психиатрии / под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. Харьков, 1995. Т. 2. С. 33–34.
2. *Каплан Г.* Клиническая психиатрия / Г. Каплан, Б. Сэдок. – М.: Медицина, 1998. Т. 1. 672 с.
3. *Гурович И.Я.* Первые психотические приступы у больных шизофренией / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер // Рос. мед. журн. 2004 Т. 12. № 22.
4. *Дмитриева Т.Б.* Социальная психиатрия как приоритетное направление психиатрической науки и практики / Т.Б. Дмитриева // Вестн. Рос. акад. мед. наук. 2004. № 7. С. 11-15.
5. *Смулевич А.Б.* Психопатология и терапия шизофрении на неманифестных этапах процесса / А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая // Журн. психиатр.и психофармакотер. им. П.Б. Ганнушкина. 2005. Том 7. № 4.
6. *Смулевич А.Б.* Спектр клинических эффектов кветиапина (сероквеля) в условиях крупного психиатрического стационара / А.Б. Смулевич // Журнал психиатрии и психофармакотерапии им. П.Б. Ганнушкина. 2003. Прил. № 2. С. 7–8.
7. *Ясперс К.* Общая психопатология / К. Ясперс. М.: Практика, 1999. С. 601-667.
8. *Наджаров Р.А.* К проблеме систематики шизофрении в свете современных клинико-катамнестических, эпидемиологических и клинико-генеалогических данных / Р.А. Нажаров, М.Я. Цуцельковская, В.А. Концевой // Журн. невропатол. и психиатр. 1985. Вып. 1. С. 66-78.
9. *Eisler R.M.* Social Stress and Psychiatric Disorder // J. Nerv. Ment. Dis. Vol. 153. 1971. С. 227-233.
10. *Mechanic D.* Some relationships between psychiatry and the social sciences // Brit. J. Psychiat. Vol. 149. 1986. С. 438-553.
11. *Попов Ю.В.* Современная клиническая психиатрия / Ю.В. Попов, В.Д. Вид. СПб.: Речь, 2000. 402 с.

12. *Кабанов М.М.* Психосоциальные аспекты реабилитации психически больных / М.М. Кабанов // Журн. психiatr. и психофармако-тер. им. П.Б. Ганнушкина. 2006. Том 8. № 5.
13. *Александровский Ю.А.* Психиатрия и психофармакотерапия: избранные лекции и выступления / Ю.А. Александровский. М., 2003. С. 249-255.
14. *Гурович И.Я.* Актуальные проблемы совершенствования вне-больничной психиатрической помощи / И.Я. Гурович // Актуал. вопр. организации психiatr. помощи, лечения и соц. реабилита-ции психич. больных. М., 1978. С. 5-19.