

УДК 616.89+616-052

ЗНАЧЕНИЕ ПЕРВОГО ОПЫТА ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР ДЛЯ ПОСЛЕДУЮЩЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Леонтьева Е.М.

Аннотация. В статье анализируются примеры переживаний первого опыта госпитализации в психиатрический стационар пациентами. Обсуждается проблема информирования больных о психической болезни. Делается вывод, что, как правило, такое информирование является необходимым, поскольку от информированности пациента зависит эффективность лечения, связанная с осознанным отношением пациента к своему лечению и с формированием мотивации к лечению. Но остается вопрос о том, в какой форме это целесообразно делать.

Ключевые слова: первый опыт госпитализации, психиатрический стационар, реабилитация, информирование о болезни.

Meaning of experience of the first hospitalization to psychiatric facility for further rehabilitation.

Leontieva E. M.

Annotation. In the article examples of patients experience of the first hospitalization to psychiatric facility are analyzed. Problem of informing about psychic illness is discussed. Conclusion which is drawn: in most cases the informing is necessary, because effectiveness of treatment depends on patient's awareness. This is related to conscious attitude of a patient towards their treatment and to sustaining motivation to get better. But question about the most appropriate form of informing remains.

Key words: first experience of hospitalization, psychiatric facility, rehabilitation, informing about illness

Общий концепт стигматизации пациентов в психиатрии мы не будем затрагивать, рассмотрим только первые опыты госпитализаций в психиатрический стационар, которые имеют наибольшее значение для последующего лечения, отношения пациента к болезни и в целом становятся краеугольными камнями в биографии человека: «Госпитализация не просто

обеспечивает идентификацию и стигматизацию душевнобольного, но, как отмечает Гофман, в значительной мере обуславливает самостигматизацию, сведение всего многообразия социальных ролей индивида к единственной роли – роли пациента, формирование искаженной, негативной я-концепции»¹. Первое столкновение с внешней оценкой болезненного психического состояния, с медицинской индустрией оставляет незабываемые впечатления и именно они служат основой для последующей реабилитации.

Успех последующей реабилитации и лечения во многом зависит от осмысления человеком этого опыта, от степени его болезненности и последующего включения психологических защит от переживания этой болезненности. Стоит ли говорить, что опыт этот бывает очень разным, зависящим от самого пациента: тяжести его состояния и от информации в широком смысле, которую пациент получает в процессе лечения.

В процессе психотерапии пациенты много раз возвращаются к этим первым опытам, к чувствам, которые испытывали в этот период, пытаюсь отделить болезненные переживания от «нормальных», сформировать понятную для себя картину прошлого. Важно уделять этому достаточно времени, поскольку эти опыты часто являются узловыми в формировании критики к болезни. И если они были очень травматичными для пациента, то доступ к критике будет закрыт долгое время. Приведем некоторые цитаты из воспоминаний пациентов (авторская орфография и пунктуация сохранены):

«Я – миссия! С таким лозунгом меня доставили в Нцпз, точнее мама сказала, что надо показаться врачам, чтоб меня поизучали, что и сподвигло меня не отказаться от поездки в психушку, как я её называла. Приемные врачи выпрашивали меня о том, какая у меня миссия, я отвечала, что я должна нести радость и веселье людям, и что должна родить ребёнка, который миссией не будет. Меня определили в первую палату, как я потом поняла для новичков, рядом лежала девочка-суицидница и через кровать – женщина в полностью овощном состоянии. Первые дни были веселыми... мне подбирали лечение и пробовали колоть всякие препараты, уколы я не люблю, поэтому по-первости сильно сопротивлялась врачам, пришлось даже скручивать меня санитарам... это было унижительно, особенно, для человека в состоянии миссии.

¹ Литвинова А. С., Вернуть «Психически больного» в общество: путь социальных трансформаций или реформ в психиатрии? // ЖИСП. 2010. №2. С.188

Меня вела молодая врач-психиатр, мне казалось, что она не очень опытна, я её пыталась «гнобить» этим. Помню, мне задали вопрос почему вы со своей миссией попали к нам, а не в церковь пошли? Сейчас мне это кажется очень странным вопросом..

Впрочем, я очень быстро освоилась, поняв, что есть определенные правила и сопротивлением делу не поможешь, надо пить таблетки (они пришли после уколов) по расписанию, гулять по коридорам, спать, есть и не выпендриваться. Помню эти противные очереди за лекарствами, послушно стоящих больных..

Хотелось быстрее сбежать весь месяц, что я там была..

В один момент мои идеи про то, что я миссия, разрушились о слова врача, сказанные с улыбкой - «мы считаем, что это ваши фантазии», что стало переломным моментом в моей госпитализации, помню, как я написала в дневнике по пунктам причины, почему я не миссия и почему Иисус Христос не мой брат. Как оказалось, мне очень не хватало трезвого взгляда другого человека на мои «бредни».

Столкновение фантазии и реальности было очень болезненным.

Пришёл стыд, который поглотил меня полностью. В одном из своих приступов болезни я написала «одному из своих мужчин, которых я любила» признание в любви, после больницы я терзалась стыдом, опять же учитывая, что это друг семьи. От каждого упоминания его имени меня пронзали ножи стыда.. я решила написать ему письмо, извиниться за свои слова, объяснила это своим помешательством.

Помню, как в аэропорте шарль-де-голь в Париже, куда мы приехали путешествовать с мамой, после отдыха 2 месяца в Испании, я читала его ответ, про то, что все останется между нами и что даже у сильных женщин бывают слабости (имея ввиду себя).. я тогда не выдержала - сильно разрыдалась.

Вся жизнь казалась разрушенной, ни работы, ни мужчины, да ещё и осознание того, что ты теперь не здоровый человек, а больной.

После увольнения с работы я пару месяцев была в Москве, встречалась со старыми знакомыми, отдыхала, наверное, в таком замороженном состоянии - ни радости, ни энергии, без жизни внутри, отчасти от таблеток, которые я принимала, отчасти от осознания того, что я не такая как все нормальные люди.

Мне было очень тяжело примириться с новой реальностью, в которой я была тяжело психически больна..

Помню, как уже гораздо позже, примерно год спустя после госпитализации, у меня случилась истерика по поводу того, что это не жизнь и я не знаю как жить с этим, мама сказала, что она сама не знает, как я с этим живу, испугалась и позвонила врачу, а та мне стала в трубку рассказывать, что жизнь на самом деле — самое прекрасное что есть...

Сейчас, когда я состоялась, вышла замуж, родила ребёнка, успешно работаю, во многом благодаря психотерапии длительностью в год, исправному приему нейролептиков, а также навверное сильному желанию жить жизнью нормального человека, я не перестаю чувствовать себя не полностью здоровым человеком, но я все-таки научилась радоваться жизни, радоваться за себя, что я молодец и справляюсь и уметь контролировать своё безумие».

Это сообщение точно описывает самые сложные переживания первых госпитализаций — унижение и стыд. Страх от сознания тяжести психического расстройства. Именно эти чувства становятся настолько сложны для проживания, что блокируют формирование адекватной картины болезни, критики к своему состоянию. Пациенты выходят из больницы, перестают лечиться и многие заходят на второй и третий круг. Довольно часто первый эпизод — это серия эпизодов и последующих госпитализаций. Важно учитывать, какой вклад в эти чувства вносит психиатрическая система, а что является естественным постпсихотическим переживанием.

Часто описанные негативные переживания, мысли и т.п. связывают именно с системой психиатрии, но наивно полагать, что изменение системы может полностью избавить от этих переживаний потребителей психиатрической помощи, они являются естественными и необходимыми для реабилитации (если их место занимают рентные установки, положительная стигматизация или другие подобные конструкты, мотивация на лечение крайне низка). Однако у системы есть способы снизить градус травматических переживаний и предоставить пациентам достаточное количество психологической и реабилитационной поддержки.

В этом смысле первый психотический эпизод – вызов для всей медицинской системы, как сказал один пациент: «Все начинается здесь». Осознание таковой важности и попытка ввести технологические элементы в лечение этих пациентов вызвало большое распространение организации специальных отделений первого психотического эпизода и большое количество научных исследований на базе таких отделений во многих

городах РФ.² «...Нельзя не признать тот факт, что диагностическая процедура оказывается меткой социальной несостоятельности: общество берет на себя ответственность за больного, ликвидируя его право на свободный выбор собственной судьбы»³, пишет Н.А.Польская, и это неоспоримый факт – в основе ощущений страха, стыда и т.д. лежит пактика личной дегуманизации, которая дальше продолжает нарастать: «Среди наших информантов на полную зависимость от семьи указали 13 человек (26,5%). Такие больные, как правило, не занимаются домашним хозяйством, выполняют лишь несложные работы по дому (вымыть посуду, убрать постель); практически не делают покупок; самостоятельно не распоряжаются деньгами (в том числе и своей пенсией); не ориентируются в планировании и распределении семейного бюджета. Информанты из этой группы обычно живут с родителями или ближайшими родственниками, не представляют своей жизни без них, страшатся будущего или безразличны к нему. Важную роль здесь играет возраст: чем моложе информант, чем раньше у него началось заболевание, тем более зависим он от семьи, тем менее самостоятелен в решении повседневных проблем»⁴. Как понятно, в такой ситуации возможен как госпитализм рассчитанный на поддержание болезни исходя из рентных установок (комфортно оставаться в роли любимого и опекаемого ребенка), так и госпитализм связанный с желанием бегства в больницу (от семейного давления, а часо и насилия).

Надо отметить, что такие пациенты занимают особенное место в частной практике клинических психологов и психиатров. Существует обширная категория пациентов, у которых была одна-две госпитализации и последующая длительная ремиссия. Такие пациенты, как правило, избегают постановки на учет в психоневрологический диспансер после первой госпитализации, особенно если они проходят лечение на коммерческой основе. Соответственно, они остаются только в поле частной практики и чрезвычайно важно, чтобы частная практика удовлетворяла нужды этих пациентов и соответствовала стандартам лечения, осуществлялась в бригадной работе врача и клинического психолога.

² См., например, Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Любов Е.Б. и др. Клиника первого психотического эпизода: методические рекомендации. М., 2003

³ Польская Н. А. Психически больной в современном обществе: проблема стигмы // Социологический журнал, 2004. Том. 0. № 1-2. С. С.146

⁴ Польская Н. А. Психически больной в современном обществе: проблема стигмы // Социологический журнал, 2004. Том. 0. № 1-2. С. С.155

Еще одни воспоминания пациентки, снятой с психиатрического учета после длительной реабилитации:

«Психиатрический опыт невозможно забыть. Лично мне он дал одно очень важное понимание – психиатрические проблемы необходимо лечить. С помощью лекарств. Никак иначе. Раз ты попал в больницу, это было тебе необходимо в тот момент времени. Это был единственный выход для тебя и твоих близких. Это был шаг на пути к выздоровлению. Раз ты туда попал (что не так просто – чтобы оказаться в психбольнице, надо действительно «постараться» – все очень серьезно). Другой вопрос, что у тебя нашли, как тебя лечили, совпал ли твой настрой на пути лечения с врачом, кто там был твоим окружением. Но ты попал, и ты должен многое понять, находясь там. Благо, времени предостаточно – как правило, это пара месяцев. Первый раз ты в шоке, потом уже – как у себя дома. А порой там и поспокойнее и побезопаснее, чем дома. Там хорошо спишь, регулярно ешь, гуляешь по расписанию и все такое. Личности занимательные вокруг.

Там даже можно встретить любовь :) особенно, если не встречал до этого – представьте, сколько там людей «на одной волне». Это не так страшно, как кажется. Тебя там не закрывают в карцер, все не так, как в фильмах ужасов, боже упаси. Чем то даже детский лагерь напоминает. Или санаторий. Там другой мир, и раз ты в нем – адаптируйся, будь добр. Конечно, после больницы и болезни жизнь меняется. Как правило, на таблетках ты уже не такой живчик – где то с год будешь амебой и будешь привыкать к жизни на воле. Еще несколько лет «раскачиваться» – искать друзей, работу, старательно скрывать свой психиатрический опыт, читать книги и смотреть фильмы о больнице, сравнивать их с реальностью, думать... Но ты там был. И ты вышел. Все выходит, кому можно. И ты уже другой и думаешь по другому, и радуешься простым вещам и не ищешь проблем на свою пятую точку. Старательно пытаешься быть «нормальным». Не хочешь туда вернуться. Но изредка тоскуешь даже, по тем стенам и контингенту. Там все так просто – ты псих среди признанных психов и вам так просто на душе от этого. Вы не стесняетесь и не скрываете безумия. А ведь его кругом полно – на улице, в метро, в собственной семье. Но в больнице очутился ты, а не они. Значит они еще не «дожали» и у них все впереди)))) не зарекалась бы от попадания туда в любом возрасте) психиатрический опыт бесценен и не каждому дан – койко-мест то ограничено количество. Я благодарна за этот опыт, без шуток. Особенно удивительно, когда ты через много лет перестаешь его тщательно скрывать и иногда делишься с новыми знакомыми – вызываешь у них не страх

и отторжение, а напротив – интерес и симпатию. Настоящий друг-псих! Разве не прикольно??) К тому же, вылечился – значит, безопасный) Лечитесь, дорогие, вот что-то хочу сказать :)»

Важный момент, о котором не очень много говорят специалисты, – позитивный опыт госпитализации. Принято считать помещение в психиатрический стационар чем-то «ужасным», но это далеко не всегда так. Предыдущее сообщение пациента ясно дает понять, что быть «признанным психом» снимает часть психического напряжения. И в этом событии есть часть нарциссического удовлетворения от собственной исключительности. Даже возникает своеобразная «тоска». Более того, некоторые пациенты стремятся попасть в больницу «отдохнуть и пообщаться». И здесь тоже необходимо учитывать факторы, способствующие госпитализму психиатрических пациентов. Например, то, что очень многие пациенты психиатрических клиник проживают в крайне девиантных условиях, возможность получить еду три раза в день, чистую постель и внимание к себе хоть от кого-то для многих наших соотечественников роскошь.

Пройти между Сциллой травмы первого эпизода и Харибдой госпитализма достаточно сложно. Огромную роль в этой задаче могло бы играть психообразование, но этого не происходит, потому что мы сталкиваемся с проблемой ограниченного информирования пациентов о болезни⁵. А так же с тем, что психообразование требуется в такой ситуации часто не только пациенту, но и его семье, программ для просвещения и реабилитации непредусмотрено совсем в рамках государственной психиатрии.

Конечно, в традиции ограниченного информирования проявляется патерналистская традиция отечественной медицины, которая «лучше знает, как вас лечить». Справедливости ради, не только у нас эта проблема существует. Эта сложная проблема медицинской этики на данный момент кажется решаемой исключительно индивидуальным выбором специалиста. Действительно, есть категория пациентов, которым сообщение психиатрического диагноза может навредить, и правильное информирование пациентов о болезни – настоящее врачебное искусство. Но в конечном итоге для хронических расстройств практика сокрытия диагноза оказывается порочной: пациенты ходят по кругу, находят «диагнозы» в альтернативной медицине, не понимая, чем они болеют и от чего должны принимать

⁵ Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности: Учебник для студентов высших учебных заведений.-М., 2003, (с 289-296)

длительное (а часто дорогое и дискомфортное) лечение. Врачи часто просто не отвечают на такие вопросы, за то отвечают все, кому ни лень – «эксперты» в интернете, другие пациенты, гадалки, служители культа и т.д.

Обоснование и формулирование внятной информации о болезни, предназначенной для пациентов, – важнейшая из задач не только медицины, но и других дисциплин – философии, психологии, этики. Внутри государственной психиатрии такого ресурса, к сожалению, пока не наблюдается.

ЛИТЕРАТУРА

Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Любов Е.Б. и др. Клиника первого психотического эпизода: методические рекомендации. М., 2003

Литвинова А. С., Вернуть «Психически больного» в общество: путь социальных трансформаций или реформ в психиатрии? // ЖИСП. 2010. №2. С.185-202

Польская Н. А. Психически больной в современном обществе: проблема стигмы // Социологический журнал, 2004. Том. 0. № 1-2. С. С.145-158

Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности: Учебник для студентов высших учебных заведений.-М., 2003, (с 289-296)