(cc) BY

Федорова Екатерина Сергеевна
магистрант
Гуманитарно-педагогическая академия (филиал)
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный
университет им. В.И. Вернадского» в г. Ялте
г. Ялта, Республика Крым

ШИЗОФРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ. МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Аннотация*: в данной статье рассматривается проблема заболевания шизофренией у подростков. Автором дается определение термину «шизофрении», а также изучаются причины ее возникновения, симптомы, современный комплекс методов социальной реабилитации.*

Ключевые слова*: шизофрения, детская шизофрения, шизофрения у подростков, подростковая шизофрения, причины шизофрении, симптомы шизофрении, социальная реабилитация, больные шизофренией, социально-педагогическая помощь, семьи больных.*

Введение. Сложившаяся в последние годы в Российской Федерации социально-экономическая ситуация объективно привела к ухудшению психического здоровья населения. Чёткую тенденцию к ухудшению психического здоровья детей-подростков отмечают многие отечественные авторы: В.В. Бойко, Т.Я. Сафонова, А.Д. Фролова, Д.Н. Исаев, Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко.

Исследование, проведенное в данной статье, связано с тем, что в настоящее время по распространённости шизофрения одно из частых психических заболеваний с очень сложной психопатологической картиной заболевания. Она сопровождается в первую очередь характерными нарушениями мышления, эмоций и воли, приводит к специфическому дефекту психики и личности в целом. Ею страдает около 1% населения земного шара, и ежегодно в мире регистрируется 2 млн новых случаев заболевания.

Шизофрения в основном проявляется в возрасте подростковом, несколько реже ее проявления отмечаются в возрасте после двадцати лет, и, наконец, крайне редким явлением становится развитие шизофрении после пятидесятилетнего рубежа.

Таким образом, актуальна проблема социализации и реабилитации подростков, склонных к данному отклонению в развитии, а также проблема социальной и педагогической помощи семьям, воспитывающих этих детей.

Формулировка цели статьи. Главными целями данной работы являются разработка эффективного комплекса методов социальной реабилитации шизофрении у детей в подростковом возрасте, а также социально-педагогическая помощь семьям детей, страдающих этой болезнью.

В соответствии с целью исследования предполагается решить следующие задачи:

1. Выявить симптомы, причины и изучить особенности заболевания шизофренией у подростков.

2. Разработать комплекс эффективных методик реабилитации подростков и социально-педагогической помощи семьям, воспитывающих этих детей.

Комплексный подход в психокоррекции поможет детям, страдающим этим заболеванием, правильно адаптироваться в окружающем мире и чувствовать себя комфортно.

Изложение основного материала статьи. Шизофрения – термин, применяемый для обозначения тяжелой формы умственного расстройства. Он встречается во всех странах и культурах, и гораздо чаще, чем вы, может быть, думаете [7, с. 5].

В последние десятилетия, начиная с 60-х годов XX века, психические расстройства в подростковом возрасте стали особенно актуальной проблемой психиатрии, психологии и социальной педагогики.

У тысячи детей в разных странах мира обнаруживают задержку в их интеллектуальном развитии, хотя во всех других отношениях они существенно не отличаются от своих сверстников. Это дети, которые проявляют неспособность

обучаться достаточно успешно и достаточными темпами в условиях, признаваемых нормальными. Когда же эти дети ставятся в подходящие для них условия и когда по отношению к ним применяются специальные методы обучения, то, как показывает опыт, во многих случаях им удается достичь значительных успехов и иногда даже полностью ликвидировать свое отставание.

Возможно, это было связано с начавшейся в те же годы акселерацией развития, возможно, с бурными социально-экономическими сдвигами, сопровождавшимися для значительной части популяции резкой ломкой прежнего уклада жизни (урбанизация, миграция населения и другое). Наиболее распространенное эндогенное психическое заболевание – шизофрения – стало чаще начинаться в возрасте 15–18 лет, и заметно изменились его клиническая картина и течение. Более редкими сделались острые дебюты, особенно с нарушениями сознания, и более частыми – исподволь нарастающие нарушения [4, с. 2].

Шизофрения – психическое заболевание, характеризующееся расщеплением личности, рассогласованием психических функций, разрывом между эмоциональным и интеллектуальным состоянием, отстранением от реальности и уходом во внутренний мир фантазмов. Термин «шизофрения» был введен в научную литературу в 1908 г. швейцарским психиатром Э. Блейлером (1857–1939) для обозначения группы психических заболеваний [2, с. 832].

Нейрофизиологами, учеными-генетиками и врачами-психиатрами (Э. Блейлер, Г. Бейтсон, К.Г. Юнг, З. Фрейд и другие) были выделены основные патологические факторы появления шизофрении:

1. Наследственность – дети с семейной историей шизофрении имеют более высокий риск развития этого состояния. Если истории шизофрении в вашей семье не было, то риск ее развития (шизофрении любого типа – детской или в более позднем возрасте) составляет менее 1%. Однако, этот риск возрастает до 10%, если один из ваших родителей был и остается больным.

Согласно статье, опубликованной в журнале «Cell», существует ген, который наиболее вероятно является «геном шизофрении» и он играет удивительную

роль в головном мозгу: контролирует рождение новых нейронов и отвечает за их интеграцию в имеющиеся нейронные сети.

2. Вирусные инфекции – если плод в утробе матери подвергается вирусной инфекции, значительно возрастает риск развития детской шизофрении. Он также возрастает в случае голодания плода во время беременности.

3. Стресс раннего периода жизни – эксперты утверждают, что сильный стресс в ранние периоды жизни могут быть пусковым механизмом в развитии подростковой шизофрении. Пережитый стресс часто предшествуют появлению шизофрении. Симптомы пре-шизофрении обычно острые и хорошо заметны, они включают: прогрессирующая злость, тревожность, и расфокусированность. Могут появиться проблемы в отношениях.

4. Избиение ребенка или травма.

5. Возраст родителей ребенка – пожилые родители чаще рождают на свет детей с детской шизофренией, по сравнению с молодыми родителями.

6. Наркотики – приём наркотиков, влияющих на сознание или психические процессы в подростковом возрасте, может повысить риск развития шизофрении.

Э. Блейлером (1911) были выделены первичные и вторичные признаки заболевания. К первичным он относил утрату больным социальных контактов (аутизм), обеднение эмоциональности, расщепление психики (особые нарушения мышления, диссоциация между различными психическими проявлениями и т. д.). Другие психические отклонения были определены Блейлером как вторичные, дополнительные. Они проявляются сенестопатиями, иллюзиями, галлюцинациями, бредовыми идеями, онейроидными, кататоническими расстройствами и другие [6, с. 20].

Большинство родителей боятся услышать о диагнозе «подростковая шизофрения» применительно к своему ребенку. Однако современная психиатрия советует лучше всего воспитывать себя, узнавать и знать, как распознать симптомы и признаки шизофрении у детей. Исследования показывают, что как для детей-подростков, так и для взрослых, раннее вмешательство поможет более полному восстановлению и обеспечит большую защиту от рецидива.

Несмотря на различие в теориях, целях, процедурах и формах коррекционной работы, психологическое воздействие сводится к тому, что один человек пытается помочь другому.

Коррекционная ситуация включает в себя 5 основных элементов:

1. Человек, который страдает и ищет облегчения своей проблемы. Человек, который имеет целый ряд проблем различного рода и нуждается в психологической помощи, в психокоррекции.

2. Человек, который помогает и благодаря обучению или опыту воспринимается, как способный оказывать помощь – это психолог, педагог-дефектолог – психокорректор.

3. Теория, которая используется для объяснения проблем личности. Психологическая теория включает психодинамику, принципы научения и другие психические факторы.

4. Набор процедур (техник, методов), используемых для решения проблем личности. Эти процедуры непосредственно связаны с теорией.

5. Специальные социальные отношения между личностью и психологом, которые помогают облегчить проблемы личности.

Психолог или социальный педагог должен стремиться к созданию такой атмосферы, которая позволяет личности с оптимизмом смотреть на решение своих проблем. Такое специальное отношение является фактором, характерным для всех форм воздействия [3, с. 106].

На сегодняшний день разработаны специальные методики социальной реабилитации больных шизофренией, куда входят как индивидуальные, так и групповые формы работы. К ним относятся: тренинги социальных навыков, общения, самоуважения, уверенного поведения, независимого проживания, обучение умению справляться с остаточными симптомами психоза, семейная терапия [5].

Точный эмоциональный отклик, на разнообразный спектр переживания больного, совместное решение поставленных задач улучшают контакт социального педагога или психолога с больным шизофренией. Гибкость использования

методов и форм психотерапии, подчиненные решению конкретных проблем подростка, больного шизофренией вносит эклектичность в работу социального психолога, проблемно – ориентированная терапия в связи с этим часто становится ведущим методом психотерапии таких пациентов.

При реабилитации шизофрении значительное место отведено навыкам контроля собственного поведения, мыслей, ощущений. У пациента вырабатывается правильное отношение к имеющемуся заболеванию, он приспосабливается к жизни в существующих условиях.

В современной психотерапии методы лечения заключаются в гуманном отношении к пациенту. Больной воспринимается, как активный и полноправный участник лечебного процесса, сотрудничающий с психологом или лечащим врачом. Как обычно, первый этап лечения заболевания и общение с пациентом подбирается индивидуально, и групповая терапия применяется позже, на следующих этапах. Задачей социальной психологии является улучшение отношений пациента с социальным окружением.

Основной задачей лечения шизофрении общением является обучение пациента социальным контактам и навыкам. По сути, социальная психиатрия сделала шире границы лечения шизофрении, отводя одну из ведущих ролей общению. При этом данные границы утратили четкость, но, в то же время, интегрировались в процесс реабилитации.

Лечение общением включает в себя и психологические тренинги. Например, это тренинг, позволяющий больному приобрести уверенность в себе, тренинг по приобретению коммуникативных навыков.

Психолог или социальный педагог методом общения должен помочь преодолеть больному страх, устранить стену непонимания, которая на первом этапе лечения бывает очень высока [5].

Вместе с тем, ведется и семейная терапия, в ней принимают участие, как родственники больного, так и члены других семей, в которых имеется душевнобольной человек. Сами пациенты могут участвовать или нет в программе, это обусловлено применяющейся методикой.

Во время психо-педагогического сеанса с родственниками ведется разъяснительная работа. Их обучают, – как правильно выявлять симптомы шизофрении, использовать методы борьбы, как помочь врачу. В том числе, людей учат, каким должно быть взаимодействие в семье, как выработать тактику доброжелательного и ровного отношения. Известно, что при наличии чрезмерного уровня эмоциональной экспрессивности заболевание может перейти в острую стадию.

Важным этапом реабилитации шизофрении считается тренинг по социальным навыкам. Он направлен на то, чтобы пациент стал устойчивее к воздействию стрессовых ситуаций. Это касается как внутрисемейных конфликтов, так и требований общества. Цель тренинга – формирование у пациента навыков, позволяющих входить в контакт с государственными учреждениями, возможность самостоятельно производить расчет бюджета. То же самое касается навыков ведения беседы, отношений внутри семьи. Психосоциальный тренинг определяет проблемы, которые могут возникнуть в быту, и направлен на улучшение устойчивости больных к воздействию стрессов [5].

Групповая терапия, возникшая из терапии среды и трудовой терапии, представляет собой усовершенствованную и уточненную форму всего того, что входит в состав общей коллективной терапии. То, что в последней касается всей массы больных вообще или, по крайней мере, значительного их коллектива, здесь относится к небольшим группам, подобранным по каким-нибудь особым признакам. Больные сходятся, чтобы совместно заниматься музыкой, сыграть театральную пьесу, вместе читать, присутствовать на школьном занятии, чтобы ослабить внутреннюю напряженность и установить взаимные контакты в занятиях ритмикой и гимнастикой, но также и для того, чтобы заниматься определенным трудом, например, ремеслом... Не ограничиваясь перестройкой среды с восстановлением контактов с больным, она поставила на первый план его отношения с другими людьми и все проблемы, связанные с явлением перенесения. Каков смысл этого в отношении индивидуальной психотерапии шизофренных заболеваний, конкретным образом еще не разъяснено. Особый успех эта форма

групповой терапии имела в США, где она приняла характер настоящего движения с собственными объединениями, журналами и прочее [1].

Опыт показывает, что чем раньше начата реабилитационная работа, тем успешней подросток восстанавливает социальные навыки, а значит, тем меньший урон наносит болезнь. Как правило, элементы реабилитации начинаются сразу после выхода пациента из острого состояния, когда он снова становится способен более или менее адекватно воспринимать окружающее [5].

Выводы. Таким образом, шизофрения – психическое заболевание, которое протекает с быстро или медленно развивающимися изменениями личности особого типа.

Чаще всего, причинами заболевания шизофренией являются: наследственность, вирусные инфекции, стресс раннего периода жизни, избиение ребенка или травма, возраст родителей ребенка при рождении, употребление наркотиков.

Симптомы подростковой шизофрении: утрату больным социальных контактов (аутизм), обеднение эмоциональности, расщепление психики, сенестопатиями, иллюзиями, галлюцинациями, бредовыми идеями, онейроидными, кататоническими расстройствами и другие.

Социальная реабилитация нетипичных детей, страдающих шизофренией, включает: тренинг социальных навыков (общения), семейный и групповой тренинги. Наиболее успешным и значимым является метод «лечения общением».

Считается, что чем раньше начнется работа по реабилитации социального педагога или психолога с таким ребенком, тем успешней второй восстановит социальные навыки и тем меньше вреда нанесет это психическое заболевание.

Принципы психологического развития и социальной реабилитации ребенка-подростка, больного шизофренией, к которым я сочла необходимым привлечь внимание, конечно, не исчерпывают всей сложности процесса реабилитации и не гарантируют «немедленного излечения» больного. К каждому страдающему шизофренией требуется индивидуальный подход и не один день работы над ним. Чтобы предупредить возможные в связи с этим недоразумения, я должна назвать

наиболее важные из этих вопросов. Прежде всего, это вопрос о влиянии тех социальных условий, в которых развивается ребенок и от которых зависит то, в какой мере он может получить активное педагогическое руководство и, когда это нужно, специальную педагогическую или психологическую помощь.

Список литературы

1. Коллективная и групповая психотерапия в лечении шизофрении [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.blackpantera.ru/useful/health/sickness/37630

2. Лейбин В.М. Словарь-справочник по психоанализу / В.М. Лейбин. – 2-е изд. – М.: АСТ, 2010. – 956 с.

3. Липа В.А. Психологические основы педагогической коррекции / В.А. Липа. – Донецк: Лебідь, 2000. – 319 с.

4. Личко А.Е. Шизофрения у подростков / А.Е. Личко. – М.: Медицина, 1989. – 216 с.

5. Реабилитация шизофрении [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.psyportal.net/7081/reabilitatsiya-shizofrenii

6. Узлов Н.Д. Шизофрения как клинический и культурный феномен: к проблеме шизофренизации массового сознания / Н.Д. Узлов. – Пермь, 2009. – 369 с.

7. Фрит К. Шизофрения: краткое введение / К. Фрит, Э. Джонстон. – М.: АСТ, 2005. – 350 с.