

ОПЫТ КОНФЕССИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ С ПСИХИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ, ОСНОВАННОЙ НА АНАЛИЗЕ ИХ РЕЛИГИОЗНОГО МИРОВОЗЗРЕНИЯ

О.А. БОРИСОВА, В.В. ГУСЕВ, Т.Г. ДРОБАШЕНКО,
Л.Н. ПЯТНИЦКАЯ, Ю.А. СЛОНЕВСКИЙ,
С.А. КОМИССАРОВА

Сравнение мировоззрения в группах религиозных и нерелигиозных психических больных позволяет указать на следующие особенности этих групп: большая сохранность структуры ценностно-смысловой сферы у верующих больных, различное отношение к здоровью у верующих и неверующих больных. Эти моменты учитываются при выборе и осуществлении конфессионально-ориентированной реабилитационной работы с больными, страдающими эндогенными психическими заболеваниями.

Ключевые слова: структура ценностно-смысловой сферы, религиозное мировоззрение, реабилитация психических больных.

В последнее время становится все более очевидным, что результаты лечения эндогенных психических заболеваний зависят не только от проводимой психофармакологической терапии, но и от реабилитации больных в период реконвалесценции и ремиссии. Оказание медикаментозной помощи во время обострения связано в первую очередь с биологическими особенностями протекания болезненного процесса, в то время как влияние мировоззрения на протекание психических заболеваний, на динамику психических расстройств у больных, страдающих эндогенными заболеваниями, является наиболее существенным на этапе становления ремиссии, когда продуктивная симптоматика редуцируется и на первый план выступают личностные особенности больных и их ценностно-смысловые ориентации.

В период реконвалесценции и ремиссии поведение больных и восприятие ими действительности определяется не продуктивной симптоматикой, а базисными личностными ценностями. Именно в этот период формируется отношение пациентов к болезни и своим страданиям. Таким образом, именно на этапе реабилитационной работы с пациентами наиболее важным оказывается ориентация на их религиозное мировоззрение.

На настоящем этапе развития психиатрической науки наиболее целесообразным считается психосоциальный подход к реабилитации психически больных, который включает в себя этапы восстановительного лечения, реадaptации и ресоциализации.

Основными принципами реабилитации психически больных считаются единство фармакологического и психосоциального методов воздействия, дифференциальный подход к каждому больному, раннее начало реабилитационных мероприятий, партнерские отношения с пациентом (личностный подход), комплексность проводимых мероприятий, коррегируемость (управляемость) лечебного процесса, этапность и преемственность реабилитации пациентов [Мелехов, 1974; Кабанов, 1978; Гурович, 2004; Ястребов, 2008].

Мишенями психотерапевтической работы являются развитие комплаентности пациентов, коррекция самостигматизации, создание внутренней картины болезни, повышение социальной компетентности, развитие навыков совладания со стрессами.

Изучение особенностей мировоззрения религиозных больных, страдающих психическими расстройствами, позволяет выявить ряд существенных факторов, которые могут влиять на формирование тактики реабилитации таких больных.

Описание методики и групп испытуемых

Подход к анализу религиозного мировоззрения возможен через изучение важнейшей составляющей мировоззрения, доступной психологическому исследованию — области ценностных и смысловых образований личности.

В рамках данного исследования были произведены как выявление ценностно-смысловых структур мировоззрения испытуемых, так и анализ таковых структур у лиц с религиозным мировоззрением, страдающих психическими расстройствами, в сравнении с тремя контрольными группами. Исследование носило пилотажный характер.

Основная группа (24 человека) состояла из больных с религиозным мировоззрением (православное вероисповедание), которые находились на катamnестическом наблюдении в отделении особых форм психической патологии НЦПЗ РАМН. Эти больные страдали приступообразной формой шизофрении и были выписаны из отделений клиники НЦПЗ

после прохождения лечения по поводу острых психотических приступов с синдромами психического автоматизма, галлюцинаторно-бредовыми состояниями, выраженными аффективно-бредовыми расстройствами. В момент прохождения исследования они находились в состоянии стойкой лекарственной ремиссии (не менее года) и обладали достаточной способностью к рефлексии, чтобы иметь возможность выполнять предложение методикой требования.

Три контрольные группы включали: больных, не имеющих религиозного мировоззрения, клинические характеристики заболевания которых соответствовали основной группе (12 человек); здоровых испытуемых православного вероисповедания (15 человек); здоровых испытуемых, считающих себя неверующими (14 человек).

Для упрощения изложения в дальнейшем эти группы будут обозначаться соответственно как больные православные; больные неверующие; здоровые православные и здоровые неверующие.

Разделение испытуемых по признаку веры проводилось следующим образом. Испытуемые относились к группе «неверующих», если они сами считали себя таковыми и не проявляли какой-либо заметной выраженной религиозности. Отбор в группу «верующих» проводился священнослужителем, имеющим психологическое образование и в прошлом работавшим психологом, на основании проведения структурированного интервью. Целью его являлось — выявить различные стороны проявления религиозности, связанной, с одной стороны, со знанием и исповеданием основ православной веры, и, с другой стороны, с проявлением этой веры в жизни испытуемых. Критерием для отнесения в группу «верующих» была проявляющаяся в жизни, однозначно и четко выраженная религиозность. Вторым критерием для отбора в группу православных больных в данном исследовании являлся факт прихода к православной вере задолго до начала инициальных этапов шизофренического процесса.

В качестве исследовательского инструмента была разработана методика с использованием личностных конструктов Келли. В качестве элементов при построении решетки использовался список ценностей (см. Приложение 1), выделенный на предварительных этапах исследования. Данная методика позволяет выявить как состав, так и структуру осознаваемых человеком смысловых образований. Для выявления смысловых образований использовались метод триад и «лестница Хинкля», а для выявления скрытой структуры этих образований — оценочная репертуарная решетка.

Полученные данные были статистически обработаны посредством факторного и корреляционного анализов, а также — дискриминантного анализа вариаций.

Наиболее важными и показательными оказались результаты факторного и корреляционного анализов. Приведем основные данные.

Большая сохранность структуры ценностно-смысловой сферы у верующих больных

Результаты факторного анализа

В результате проведенного анализа были выделены значимые факторы для каждой группы (количество, вес и содержательную интерпретацию факторов см. в таблице 1).

Таблица 1

ГРУППЫ		ПРАВОСЛАВНЫЕ		НЕВЕРУЮЩИЕ	
		БОЛЬНЫЕ	ЗДОРОВЫЕ	БОЛЬНЫЕ	ЗДОРОВЫЕ
Факторы: кол-во		4	5	5	2
1-й	Вес	4.162	3.648	2.756	6.956
	Содержание	деятельное стремление к Богу и реализация в этом смысла своего существования, в сочетании с бережным и чутким отношением к другим людям	личностные, близкие отношения к людям в соединении со стремлением к Богу	блок общения с родными, близкими	духовное, душевное и интеллектуальное, как проявление нематериального
2-й	Вес	2.626	2.663	2.258	3.80
	Содержание	материальное благополучие	материальное благополучие и стабильность	здоровье и уверенность в завтра	материальное благополучие
3-й	Вес	2.552	1.962	2.178	-
	Содержание	умение бескорыстно ладить с людьми, не причиняя вреда	развитие духовных качеств как смысл существования	абстрактное стремление к Богу и поиск смысла жизни	

4-й	Вес	1.954	1.835	2.159	-
	Содержание	чувство внутренней стабильности, ощущение опоры, твердости, уверенности, безопасности	здоровье	самореализация в профессии	
5-й	Вес	-	1.679	2.037	-
	Содержание		творчество	материальное благополучие (допускающее игнорирование интересов других людей)	

Прежде всего, обращает на себя внимание разница в факторной структуре исследуемых групп. Отметим здесь следующие два момента.

Во-первых, обнаруживается малое количество значимых факторов, выделенных в группе «неверующих здоровых» — всего 2 — по сравнению с количеством факторов в остальных группах — 4—5.

Наличие малого количества факторов можно расценивать как свидетельство того, что представители этой группы используют малое количество критериев (базовых ценностей), посредством которых человек оценивает окружающее. Таким образом выражается неразвитость системы базовых ценностей, когда один и тот же базовый критерий используется при оценке самых различных сторон жизни.

Во-вторых, сравнивая между собой попарно группы верующих (больных и здоровых) и неверующих (больных и здоровых), можно отметить следующее. С одной стороны, наблюдается значительная схожесть факторных структур при сравнении групп православных здоровых и православных больных. Здесь имеется в виду близость как по числу факторов — 5 и 4 соответственно, так и по смысловому содержанию — первые два фактора и у той, и у другой группы практически совпадают.

Первый (ведущий) фактор в этих группах связан со стремлением к Богу и, при этом, с близкими отношениями с людьми. Ценность «материальное благополучие» является ведущей и определяющей второго по значению фактора, с одинаковым весом в обеих группах верующих. Акценты их также близки. Такая схожесть ценностно-смысловых структур

обеих групп верующих указывает на то, что психическая болезнь фактически не разрушает основу структуры иерархии ценностей.

С другой стороны — вся факторная структура у неверующих испытуемых меняется с болезнью радикальным образом: из 2-факторной, с одним безусловно лидирующим фактором (у здоровых неверующих), она превращается в 5-факторную, с равномерным распределением весов факторов (у неверующих больных). Так же радикально меняется и содержательное наполнение факторов.

Таким образом, сравнительный анализ структуры и содержания ценностно-смысловой сферы верующих и неверующих больных показывает *значительно большую стабильность, устойчивость ценностно-смысловой структуры верующих православных больных, когда даже тяжелая болезнь принципиально не меняет ее структуру.* В то же время, структура и содержание ценностно-смысловой сферы неверующих больных существенно меняется в ходе болезни.

Результаты анализа матрицы интеркорреляций.

Этот анализ частично подтверждает и иллюстрирует указанный выше факт: артикуляция элементов в группах верующих больных и верующих здоровых сохраняют общие черты; в то время как артикуляция элементов в группах неверующих больных и неверующих здоровых не имеет практически ничего общего (см. Приложение 2, рис. 1—4).

Различное отношение к здоровью у верующих и неверующих больных

Результаты факторного анализа.

У неверующих больных «здоровье» является ведущей ценностью второго фактора и тесно сочетается с ценностями «уверенность в завтрашнем дне» и «хорошее отношение к себе».

Обращает на себя внимание, что у верующих больных не выявляется отдельный фактор с четко выраженной ценностью «здоровье». У этой группы ценность «здоровье» входит во 2-й фактор с достаточно большим весом, но совсем не является там ведущим. Принадлежность этой ценности ко второму фактору, скорее всего, говорит о том, что здоровье в восприятии верующих больных тяготеет к материальному и является составляющей благополучия (см. таблицу 1).

Отсутствие отдельного фактора с четко выраженной ценностью «здоровье», вероятнее всего, связано с христианским пониманием болезни и здоровья, которые занимают в православной системе отношения к миру вполне определенное положение. Опишем его. Прежде всего, болезнь не является злом, поскольку она не препятствует спасению человека, возрастанию его к Богу. Болезнь воспринимается лишь как особые (не более чем), специфические условия, в которых совершается

это возрастание. Ни смысл жизни человека, ни пути достижения его принципиально не меняются. Таким образом, болезнь не препятствует полноценной православной жизни, не является преградой для духовного возрастания и достижения смысла жизни.

Полагаем, что это мироощущение и проявляется в устойчивости ценностно-смысловой структуры православных людей в ситуации болезни.

Различное отношение к духовному развитию у верующих и неверующих больных

В контексте нашей темы представляет интерес отношение испытуемых к таким ценностям, как «стремление к Богу» и «развитие в себе духовных качеств».

Результаты факторного анализа.

У православных больных обе эти ценности с высокой нагрузкой (0.837 и 0.853 соответственно) входят в состав первого (самого значимого) фактора. И это не удивительно для православных людей вообще; но примечательно, что эти ценности остаются настолько значимыми у людей болящих. Отметим также, что это устремление деятельно и сочетается с бережным отношением к ближним (нагрузка ценности «чуткость к нуждам других людей» составляет 0.707). Точно так же с высокой нагрузкой эти три ценности входят в состав первого фактора здоровых верующих.

Обращает на себя внимание несколько парадоксальное отношение к этим ценностям у второй группы больных. Эта группа изначально формировалась из людей неверующих. В процессе факторного анализа выясняется, что ведущими ценностями третьего фактора являются «стремление к Богу» и «поиск смысла существования» с нагрузками 0.849 и 0.738 соответственно. Более подробный содержательный анализ состава данного фактора позволяет предполагать, что обе эти ценности не связываются ни с каким определенным поиском, а остаются на уровне абстрактных, декларируемых ценностей.

Итак, полученные результаты позволяют сделать следующие выводы, которые являются значимыми в контексте данного исследования:

1. У верующих больных (в отличие от больных неверующих) сохраняется основная структура и состав ценностно-смысловой сферы, что позволяет утверждать, что психическое заболевание принципиально не изменяет эту сферу у пациентов, являвшихся верующими людьми до манифестации болезни.

2. В качестве ведущего фактора у православных больных сохраняется деятельное стремление к Богу и развитию в себе духовных качеств.

3. Понятия «здоровье», так же как и «болезнь», включены в мировоззрения верующих больных, в общий контекст их духовной, душевной и телесной жизни. И поэтому факт появления психического заболевания не вносит критических изменений в картину мира этих больных.

Форма реабилитационной работы

Практическим выводом из полученных результатов является то, что подход к конфессионально ориентированной реабилитации должен формироваться с учетом особенностей ценностно-смысловых структур православных больных, в частности, с опорой на *сохраняемые духовно-ориентированные ценности* пациентов. Именно мероприятия, обращенные к этим ценностям, могут являться движущим мотивационным моментом для включения пациентов в реабилитационную работу.

Эти выводы явились причиной того, что, наряду с организацией комплексного подхода к реабилитации больных, включающего психиатрическое динамическое наблюдение (целью которого является устранение проявлений продуктивной психической патологии, редуцирование резидуальной симптоматики, стабилизация состояния ремиссии, доступная профилактика экзacerbации процесса), проводились поиски таких форм деятельности, которые являлись бы доступными, приемлемыми и желаемыми для наших пациентов, а также позволяли бы им приобщиться к полноценной, в их представлении, православной жизни и в наибольшей степени способствовали комплексной реабилитации пациентов.

Реабилитационная работа проводилась путем создания реабилитационной группы пациентов, которая основывалась на конфессиональном единстве и формировалась вокруг общины больничного храма, ядром которой были врачи, психологи, другие сотрудники отдела и их родственники. Один из ведущих методов работы — реабилитационные поездки паломнической направленности¹. Этот метод представляется наиболее адекватным, учитывая выявленную иерархию ценностей больных, их мотивационную настроенность и образ жизни, основанный на религиозном мировоззрении.

¹ Под паломничеством в религиозной традиции понимается путешествие в места, имеющие священное, основополагающее значение для веры с целью религиозного поклонения святыням, участия в богослужениях и молитвах. Паломничество всегда воспринималось как духовный и физический подвиг, как преодоление духовных и физических трудностей, неизбежно возникавших на пути. Православное паломничество, которому уже более 1000 лет — часть религиозной жизни каждого верующего человека.

Ориентация реабилитационной деятельности на паломнические поездки обусловлена тем, что больные естественно мотивированы на этот вид деятельности, так как она является проявлением полноценной религиозной жизни, по их представлению, кроме того, больные ожидают от поклонения святыням благодатной помощи в преодолении болезни. Кроме этого, организация участия в паломнических поездках предполагает активную, но посильную включенность пациентов в этот вид деятельности, способствует естественному развитию социальных навыков, активации когнитивных резервов, закреплению навыков конструктивного межличностного взаимодействия, совладания со стрессовыми ситуациями, укреплению целостности внутреннего мира больных.

Практическая реализация подхода

Реабилитационные поездки паломнической направленности осуществлялись как в виде 1—2-дневных поездок в места, удаленные от Москвы не более чем на 300—400 км, так и длительных, дальних, многодневных поездок. Короткие паломничества имели место с частотой 1—3 раза в трехмесячный период. Количество участников колебалось от 16 до 36 человек. Один раз в год в летний период организовывался выездной реабилитационно-паломнический лагерь, базирующийся на островах Ладожского озера. Значимым фактором пребывания в этом лагере для больных являлась близость монастырей и скитов с почитаемыми святынями и сложившимся укладом монашеской и духовной жизни.

Ведущими критериями отбора пациентов являлись клинические характеристики ремиссии пациента. Необходимым условием участия в поездке являлся достаточный уровень мотивации на данную поездку. При отборе больных критерием также являлась возможность переносить ими определенные предполагаемые физические нагрузки (длительность, дальность передвижения, характер деятельности по самообслуживанию). Многоплановое конкретное сотрудничество между врачами, психологами, священнослужителями и пациентами начиналось на подготовительных этапах поездки. Больные принимали участие в выборе маршрута, сроков, подборе экипировки и оборудования, в совместном обсуждении выбора конкретных мест расположения лагеря и обеспечения жизнедеятельности лагеря. Пациенты начинали знакомиться по литературе с жизнью конкретных подвижников благочестия, судьбы которых перекликались с важными событиями в истории страны. По прибытии на острова больные знакомились с конкретными условиями жизни почитаемых ими святых, посещали богослужения, общались с духовенством, что мотивировало их вести активный образ жизни. Следует отметить, что местоположение лагеря характеризуется сложными ландшафтно-климатическими условиями, а также выбрано с

учетом частичной изоляции от дезорганизующих внешних факторов, которые обычно требуют от больных включения дополнительных компенсаторных возможностей. В таких поездках больные участвовали в многоплановой хозяйственно-трудовой деятельности в индивидуально подобранном режиме, приобретали навыки регулярной, ответственной работы. Проводились психотерапевтические группы, позволяющие больным получить навыки общения и способствующие формированию в группе духа сотрудничества, взаимопомощи и моральной поддержки.

Пребывание в паломнической поездке, фактически, соответствовало второму и третьему этапам реабилитационного процесса — этапам реадaptации и ресоциализации, когда происходило практическое освоение приближенных к прежним или новых ролевых функций или социальных позиций, а также регенерализация восстанавливаемых навыков, знаний и умений применительно ко все более сложным социальным отношениям и требованиям.

В период поездок, фактически, осуществлялись терапия занятостью, терапия средой и семейная терапия. Терапия занятостью происходила естественным образом в сложных походных условиях, когда больной участвует в устройстве лагеря, приготовлении пищи, освоении новых навыков самообслуживания, а также в приобретении живописных навыков под руководством профессиональных художников, участвующих в поездках, освоении фотографирования с постепенным переходом от фиксирования красивых пейзажей к съемкам бытовых сцен и портретов. Все это стимулировало социальную личную активность пациентов, закрепление навыков социальной компетентности. Атмосфера способствовала развитию способностей к целенаправленной деятельности и сосредоточению, увлеченности и развитию работоспособности. Пребывание на месте паломничества и участие в процессах жизнедеятельности лагеря влекло за собой обогащение самооощения и ощущения удовлетворенности результатами своего труда.

Члены общины, священнослужители, врачи, психологи, участвующие в поездках, постепенно входили в ближайшее социальное окружение пациента. Терапия средой и создание терапевтической среды в эти периоды происходили, в частности, благодаря особой атмосфере желательного, внимательного отношения к нуждам пациентов.

Даже кратковременный переход от обыденной жизни к альтернативному жизненному укладу, существующему в монастырях, становился существенной духовной поддержкой для многих пациентов, давал новый ориентир на помощь близким.

Пациенты осознавали и ощущали себя равноправными участниками паломничества, что позволяло корректировать у них отдельные прояв-

ления самостигматизации, расширяло их социальные сети, улучшало комплаенс. Имевшийся прежде опыт неуспешных социальных коммуникаций сглаживался ощущением социальной поддержки во время совместного длительного пребывания в общинной среде, переживание социальной изолированности исчезало.

В результате участия в паломнических поездках пациенты достигали оптимального уровня приспособления к окружающей среде, приобретали и закрепляли навыки конструктивного межличностного взаимодействия и совладания со стрессовыми ситуациями.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Список элементов (ценностей)

1. Не причинять вреда ничему живому.
2. Стремиться к развитию в себе духовных качеств.
3. Найти (реализовать) смысл своего существования.
4. Создавать что-то новое, жить творчески.
5. Быть здоровым (восстановить, сохранить, укрепить, обрести здоровье).
6. Быть уверенным в завтрашнем дне (ощущать себя в безопасности в этом мире).
7. Общаться с друзьями, с близкими людьми, родственниками.
8. Хорошо относиться к самому себе (оценивать себя высоко).
9. Максимально реализовать свои способности, умения, навыки.
10. Добиться семейного благополучия, гармоничных отношений с родными и близкими.
11. Улучшить свои жилищные условия.
12. Добиться успеха в профессиональной деятельности, общественном положении.
13. Добиться материального благополучия.
14. Уметь ладить с людьми.
15. Быть чутким к нуждам других людей.
16. Стремиться к Богу.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Артикуляция элементов (ценностей)

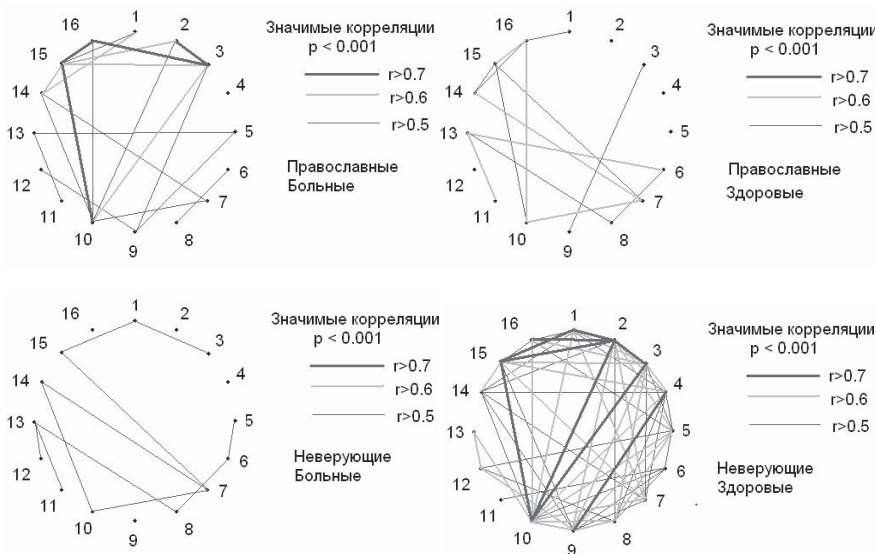
Диаграмма показывает значимые (в рамках определенной группы) корреляционные связи, существующие между ценностями, используемыми в данной работе в качестве элементов.

Все корреляции значимы на уровне $p > 0.001$.

Каждой группе испытуемых соответствует своя диаграмма.

Характер линий соответствуют определенным значениям коэффициента корреляции:

- - $r > 0.7$
- - $r > 0.6$
- - $r > 0.5$



CONFESSIONAL-ORIENTED REHABILITATION PRACTICE WITH MENTAL PATIENTS BASED ON THE ANALYSIS OF THEIR RELIGIOUS WORLD-VIEW

*O.A. BORISOVA, V.V. GUSEV, T.G. DROBASHENKO,
L.N. PYATNITSKAYA, U.A. SLONEVSKY, S.A. KOMISSAROVA*

Comparison of the world-view in the religious and nonreligious groups of mental patients helps to specify the following characteristics that distinguish of these groups. Among them are the higher ability to save the structure of value-semantic sphere of the believing patients, different attitudes to health among believers and nonbelievers patients. These points are taken into account when selecting and implementing the religiously-oriented rehabilitation system with patients suffering from endogenous mental diseases.

Keywords: structure of value-semantic sphere, religious ideology, the rehabilitation of mental patients.