

# АО”Медицинский Университет Астана”

*Тема: Психологические и социальные проблемы родственников больных психическими и поведенческими расстройствами. Вопросы стигматизации.*

Выполнила: Абилкасим Ж

6/100гр

Проверила: Мукашева Г.Р

Когда в семье появляется тяжело больной человек, то все внимание медицинских работников направлено именно на него. Проблемы других, здоровых членов семьи уходят на второй план. Если болезнь приобретает хроническое, рецидивирующее течение или имеет неблагоприятный прогноз, она **в значительной степени влияет на семью**.

Семья наиболее активно вовлечена в осуществление ухода за психически больным родственником. Однако семьи оказываются неподготовленными к тому, чтобы в течение длительного времени нести бремя связанных с этим психосоциальных проблем. Наличие в семье психически больного рассматривается как **серьезный психотравмирующий фактор**.

Исследования показали, что у значительной части родственников, ухаживающих за психически больным, **повышен уровень тревоги и депрессии**, связанный с процессом ухода. Установлено, что треть лиц, опекающих своих родственников, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, испытывают чрезмерное напряжение, страдают депрессией и другими психическими заболеваниями. Люди высказывали мысли о том, что лучше бы их психически больной родственник не родился или умер, у некоторых возникали суицидальные мысли. У родственников, осуществляющих уход за психически больным, возникают **трудности адаптации к стрессовым ситуациям**

Тяжелые психические расстройства, например шизофрения, нарушают привычную жизнь семьи, требуют неожиданного изменения семейных ролей и дополнительных финансовых вложений, разрушают мечты и планы на будущее, а также вызывают чувства напряженности, отчаяния, горя и сожаления. Члены семьи испытывают **хронический дисстресс**, беспокойство, стыд, чувство вины, подвергаются стигматизации.

**Чувство вины** распространено в большей степени у родителей. Они обвиняют себя в том, что плохо воспитывали ребенка или уделяли ему недостаточно внимания. Кроме того, на развитие чувства вины влияет распространенное **мнение о наследственном характере психических расстройств**. Это приводит к гиперопеке со стороны родителей, пытающихся оградить ребенка от всех забот, тем самым лишая его самостоятельности. Нежелание принятия ответственности за болезнь ребенка приводит к тому, что родственники начинают выяснять, кто из родителей виноват в развитии болезни в большей степени, у кого в роду наблюдались какие-либо психические расстройства и каков риск развития болезни у других детей в семье.

Родственники психически больных часто испытывают **стыд** и стараются скрыть от окружающих факт наличия психической болезни у члена их семьи. Поэтому они не обращаются за психиатрической помощью, даже видя ее очевидную необходимость. Ожидание дискриминации со стороны общества является для родственников весомым оправданием сокрытия информации о болезни члена семьи. При этом **сам факт болезни отрицается** и ее проявления расцениваются как следствие плохого характера больного. Пациенты в таких семьях считаются ленивыми, неопрятными, пассивными, замкнутыми, странными и т. д. В результате учащаются рецидивы и ухудшается прогноз заболевания больного члена семьи.

**Отношение семьи к заболеванию** бывает различным:

- ***анозностическое отношение*** (отрицание факта болезни), что сочетается с формированием у родственников чувства гнева по отношению к больному, отчаяния и ощущения несправедливости судьбы. В этом случае родственники на любую информацию о возможности заболевания у члена их семьи реагируют чаще всего вербальной агрессией;
- ***частичное принятие заболевания***, которое сопровождается сокрытием заболевания от окружающих, в том числе - и от медицинских работников;
- ***полное принятие заболевания***, сочетающееся чаще всего с поиском квалифицированной помощи и социальной поддержки (конструктивный вариант) или с поиском виновного, зачастую приводящим к формированию чувства собственной вины (неконструктивный вариант).



Обозначим основные, с точки зрения клинической психологии, проблемы жизни семьи в связи с болезнью ее члена (членов):

- *проблемы принятия болезни родственника;*
- *необходимость принятия решений в отношении судьбы своих заболевших близких;*
- *стигматизация и самостигматизация;*
- *переживание чувства вины по поводу болезни родственника;*
- *материальные и организационные проблемы длительного лечения и ухода за больным(и) членом(ами) семьи;*
- *психологические проблемы выбора способа лечения (ухода), связанные со значительными затратами усилий и личного времени на их реализацию со стороны здоровых родственников;*
- *изменение состава семьи в связи с болезнью одного или нескольких ее членов;*
- *наличие нескольких больных, особенно принадлежащих к разным поколениям;*
- *влияние состояния больного на качество жизни других членов семьи.*

.

При изучении семей, имеющих психически больного, исследуют **показатель бремени семьи**. Под бременем понимают субъективное эмоциональное восприятие родственником психических расстройств у члена семьи, а также объективные тяготы, сопряженные с ними. Результаты исследований свидетельствуют, что большинство близких родственников психически больных (родители, супруги) испытывают бремя, связанное с психическим заболеванием члена семьи, - финансовые и эмоционально-психологические тяготы, заботы по уходу за больным, принятие ответственности за его будущее, утрата перспективы служебного роста, лишение отдыха, а также бремя стигмы.

Семья и родственники психически больных подвергаются стигматизации и испытывают на себе ее негативные последствия, такие как дистанцирование и отчуждение от родственников и друзей. Гоффман назвал это явление *«стигма вежливости»* или стигматизация по ассоциации.

Членам семьи принадлежит основная роль в выборе и реализации способа лечения (амбулаторное, стационарное, платное или бесплатное и т.п.). Это также относится к осуществлению рекомендаций врача и схемы лечения в течение многих лет. При этом поведение родственников в процессе лечения обусловлено социокультурными факторами. Нередко можно встретить приверженность членов семьи к «натуральным» препаратам, например, лечению травами вместо адекватной современной фармакотерапии. В других случаях болезнь родственника понимается как «кара», проявление «бесовства». В таких случаях возможно использование неадекватных способов лечения, например, изгнание бесов. Важной психологической проблемой является необходимость значительной затраты усилий и личного времени при реализации различных аспектов лечения, например, при участии в длительных лечебно-реабилитационных программах. В данном контексте становится актуальной проблема ограниченности «личностного и семейного ресурса» здорового родственника и семьи в целом. В этих случаях может быть востребована помощь специалистов.

Клинико-психологический опыт указывает на проблему изменения состава семьи в связи наличием болезни у одного из ее членов. Часто встречаются ситуации, когда семья консолидируется в случае болезни ребенка. Однако, психиатры и клинические психологи нередко сталкиваются с уходом из семьи отца в случае выявления и длительного течения нервно-психической болезни у ребенка. Не менее драматичной является ситуация отказа родителей (матери) от ребенка с врожденными нервно-психическими, тяжелыми соматическими и генетическими заболеваниями, а также отказа родственников от заболевшего и ставшего беспомощным старого члена семьи.

С другой стороны, болезни членов семьи старческого возраста и необходимость осуществления ухода за ними приводят к распаду супружеских отношений у более молодых членов семьи. Качество жизни семьи в новом составе существенно ухудшается по многим параметрам. В этих случаях требуется психологическая помощь по восстановлению нарушенного функционирования семьи.

**Стигматизация** - это предвзятое, негативное отношение к отдельному человеку или группе людей, связанное с наличием у него/них каких-либо особых свойств или признаков. В настоящее время существует множество работ, в которых активно обсуждаются проблемы стигматизации и ущемления прав людей другой национальности, религии, сексуальной ориентации, признается наличие стигмы людей с тяжелыми соматическими заболеваниями - СПИДом, онкологическими, инвалидами, а также лиц с физическими недостатками. Вместе с тем, можно сказать, что стигма психически больных занимает среди них центральное место. Для более глубокого понимания процесса стигматизации была разработана **структура стигматизации**, которая включает в себя аффективный, когнитивный и поведенческий компоненты отношения к психически больным. Так, когнитивный компонент может проявляться мыслями о том, что больной шизофренией способен совершить насилие; аффективный компонент проявляется тревогой, возникающей при общении с психически больным; а поведенческий или дискриминационный компонент определяется непосредственным поведенческим взаимодействием, например, в отказе в предоставлении работы. Стигматизация психически больных, то есть предубежденное отношение по факту наличия психиатрического диагноза, является причиной дополнительных страданий этих людей, препятствует включению их в общественную жизнь, ухудшает социальную адаптацию, что негативно сказывается на качестве их жизни. В настоящее время благодаря успехам психиатрического лечения появилось большое количество больных, имеющих относительно легкий уровень психических расстройств, которые страдают от стигматизации в большей степени, чем от самих проявлений болезни.

## Гипотезы:

1. Стигматизация психически больных связана с наличием таких социальных стереотипов как авторитаризм, представление об опасности и непредсказуемости психически больных лиц, их ответственности за свое заболевание.
2. Психически больной воспринимается обществом преимущественно как пациент с тяжелой психотической симптоматикой.
3. В средствах массовой информации преобладают публикации с негативной информацией о психически больных.
4. Наличие в сознании человека определенной модели психического заболевания (биологической или социально-психологической) оказывает влияние на его уровень стигматизации психически больных.
5. Стигматизация психически больных является сложным феноменом, различные проявления которого обусловлены разными психологическими механизмами.



**Неконтактный ребёнок очень хочет быть таким же, как остальные дети, хочет иметь друзей. Но эта его старательность кажется окружающим неуместной и странной, и ребёнок вновь и вновь не понимает, почему окружающие не хотят дружить с ним.**



**Часто от психически больных отказываются даже друзья и родственники. Это может привести к тому, что психически больные оказываются на улице, в тюрьме или заканчивают жизнь самоубийством**



**Рисунок психически больного. Больные очень болезненно переживают свою ненужность, и это лишь усугубляет симптомы их болезни.**

**Основными задачами при проведении психообразовательных занятий являются следующие.**

- Восполнение имеющегося у больных и членов их семей дефицита знаний.
- Снижение у пациентов и членов их семей уровня самостигматизированности и стигматизированности.
- Обучение пациентов и членов их семей умению опознавать первые признаки обострения заболевания.
- Обучение больных навыкам борьбы с болезнью.
- Коррекция искаженных болезнью социальных позиций пациентов.
- Уменьшение риска рецидивирования заболевания.

Таким образом, можно сделать вывод о существовании **взаимовлияния как психического заболевания на членов семьи, так и наоборот** - семьи на течение и прогноз психической болезни. Одним из способов решения проблем, связанных с трудными взаимоотношениями в семьях психически больных, является **психиатрическое просвещение**, направленное на восполнение у родственников дефицита знаний о психических болезнях, установление низкострессового эмоционального микроклимата в семье. Следствием психопросветительной работы является уменьшение частоты рецидивов психического расстройства у больного родственника.