

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКЕ

В связи с тем, что психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация получают все большее распространение в психиатрических учреждениях, а методикой ведения групповой психосоциальной работы с психиатрическими пациентами и их родственниками овладевает все более широкий круг специалистов (врачей-психиатров, психологов, социальных работников), редакция журнала решила опубликовать некоторые из модулей групповой психосоциальной работы. Редакция надеется, что такие публикации не только окажут помощь начинающим, но и вообще будут способствовать повышению уровня групповой психосоциальной работы. В настоящем номере публикуется модуль групповой психосоциальной работы с семьями пациентов с первым психотическим эпизодом.

Редакция журнала

УДК 616.895.4–085:615.851

РАБОТА С СЕМЬЯМИ В СИСТЕМЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА С ПЕРВЫМИ ПСИХОТИЧЕСКИМИ ЭПИЗОДАМИ

Н. М. Ривкина, Л. И. Сальникова

Отделение внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

Современные концепции, представляющие патогенез психических расстройств как сложный комплекс взаимодействия биологических, средовых и поведенческих факторов, привели к переходу от изолированно медицинского подхода к биопсихосоциальной модели терапии. Она включает в себя два основных направления: психофармакотерапию для купирования психотической симптоматики и улучшения когнитивных функций и психосоциальное вмешательство, нацеленное на расширение репертуара копинг-стратегий пациента и родственников, а также создание в зоне ближайшего социального окружения системы поддержки, позволяющей компенсировать обусловленную психическим расстройством повышенную уязвимость к стрессу [3, 9, 16].

Особое значение данный вид вмешательства приобретает при первых психотических эпизодах, с которыми связывают наибольшие социальные потери пациента и расстройства адаптации, переживаемые семьей при манифестации болезни [3, 5, 8, 11, 14, 17].

Манифест психического заболевания влияет на все аспекты жизни семьи и представляет собой тяжелый психоэмоциональный стресс, связанный с началом заболевания, потерей как краткосрочных, так и долгосрочных планов на будущее, трудностями

ежедневного ухода за пациентом, финансовой нагрузкой, уменьшением социальной сети, самостигматизацией [1, 10, 15]. При первых эпизодах психических расстройств воздействие травматического события обусловлено не только фактом начала болезни, но и изменением всей системы внутрисемейного взаимодействия в ответ на социальные потери и изменение поведения пациента в продромальный период и при манифестации болезни [12, 13]. Как показано Л.Г.Мовиной, тип реагирования родственников на начало болезни связан с клинико-психопатологическими особенностями развития первого психотического эпизода [6]. Анализ типа реагирования дает возможность определить стратегии совладания родственников с кризисной ситуацией и выработать дифференцированные подходы к семейному вмешательству.

Защитное поведение родственников по типу реакции «гиперболизации» тяжести заболевания встречается в семьях пациентов с острым развитием манифеста, быстрой редукцией психопатологической симптоматики под влиянием биологической терапии и развитием постпсихотической депрессии на этапе формирования ремиссии. Внезапность развития психоза на фоне полного благополучия приводит к глубокому психоэмоциональному стрессу, ложным представлениям о причинах слу-

чившегося, самостигматизации. Семейные интервенции нацелены на снижение дезадаптации, на создание ощущения определенности и предсказуемости ежедневной жизни семьи. Это достигается путем информирования семьи о причинах и закономерностях течения заболевания, обсуждения конкретных действий родственников в плане помощи пациенту. Раскрытие сильных сторон семьи и поддержание существующих в семье успешных стратегий совладания со стрессом помогают адаптироваться к случившемуся. При этом нужно помнить о том, что родственникам нужно время, чтобы понять и принять случившееся.

При остром развитии манифеста, формировании ремиссии хорошего качества и быстром восстановлении доболезненного уровня социального функционирования родственники могут демонстрировать реакцию «минимизации проблемы». Особенностью данного типа реагирования является вытеснение представлений о тяжести заболевания, психологизация причин психоза, стремление отказаться от медикаментозной терапии. В этом случае семье нужно понять суть и природу психического расстройства, серьезность последствий при отказе или преждевременной отмене фармакотерапии, неустойчивость достигнутого улучшения. При осуществлении семейного вмешательства нужно помнить, что вытеснение – защитный механизм и, прежде чем отказаться от него, семья должна найти новые стратегии совладания с горем и утратой. Поэтому интервенции нацелены не только на информирование семьи, переубеждение, но и на выработку новых копинг-стратегий, расширение репертуара семьи в области стратегий совладания.

При подостром развитии манифеста родственники демонстрируют реакцию рационализации. Она проявляется в недооценке серьезности ситуации, психологизации симптомов, сопротивлении поддерживающей терапии, категорическом неприятии любых побочных эффектов фармакотерапии. При осуществлении семейных интервенций внимание акцентируется на возможности утяжеления состояния пациента при отсутствии адекватного лечения.

Реакция идентификации болезненных проявлений с личностными особенностями формируется в случаях, когда состояние пациентов определяется не критичностью, стойкими нарушениями мышления. Семейные интервенции направлены на обучение родственников эффективным стратегиям взаимодействия с пациентом, формирование объективных представлений о его состоянии и возможностях.

При затяжном течении психического расстройства развивается реакция по типу «принятия» психической болезни. Она проявляется в гиперопекающем поведении родственников, симбиотических взаимоотношениях, ригидности дисфункциональных стереотипов внутрисемейного взаимодействия, что приводит к утрате навыков преодоления стрессов пациентом, усложняет процесс психосоциальной реабилитации. Цель семейного вмеша-

тельства – переориентировать семью с фиксации на потерях, которые принесла болезнь, на сохраненные стороны личности, на их реализацию, на восстановление удовлетворенности жизнью. Это открывает для семьи новые цели, активизирует поиск новых моделей взаимодействия с пациентом, способствующих его ресоциализации.

В ходе психосоциальной терапии обращение семьи к конструктивным стратегиям совладающего поведения позволяет ей интегрировать травматический опыт, что находит свое выражение в четырех ключевых позициях: утверждение надежды, сохранение самоидентичности, определение смысла жизни, принятие ответственности за процесс восстановления. На этом этапе семья готова к сотрудничеству со специалистами и способна обеспечить пациента необходимой ему поддержкой.

Таким образом, семейное вмешательство базируется на двух основных стратегиях: 1) обучение навыкам совладания со стрессом и пониманию поведения пациента, обусловленного как позитивными, так и негативными симптомами; 2) развитие навыков проблемно-разрешающего поведения и повышение активности в достижении личностных целей, и представляет собой комбинацию психообразования со стресс-менеджментом, когнитивной коррекцией и проблемно-разрешающим тренингом.

В реализации этого процесса необходимо придерживаться следующих принципов:

- возможно более раннее включение родственников в программу;
- дифференцированный подход с учетом типа реагирования семьи на факт манифеста болезни;
- ориентирование семьи на сберегающе-превентивный характер реабилитации [2];
- сохранение позитивных сторон «Я» каждого члена семьи;
- овладение опытом помощи близкому, страдающему психическим расстройством.

Семейное вмешательство при первом эпизоде болезни нацелено на повышение компетентности семьи в понимании сути психических расстройств, расширение арсенала стратегий копинга, развитие навыков проблемно-разрешающего поведения и эффективных внутрисемейных интеракций, за счет чего происходит:

- снижение стресса, связанного с началом заболевания у родственника и проблемами ухода за ним;
- совладание с горем и сопровождающими болезнью потерями;
- снижение эмоциональной напряженности внутрисемейных взаимоотношений;
- создание «терапевтического» альянса со специалистами, оказывающими помощь пациенту;
- формирование адекватных представлений о заболевании;
- снижение чрезмерной эмоциональной вовлеченности в жизнь и дела пациента;
- адекватное восприятие больного, предупреждение формирования образа «хронически больного»;

- понимание возможностей пациента и формирование у семьи адекватных ожиданий;
- участие семьи в восстановлении социальных потерь продромального периода и предупреждении дальнейших потерь пациента;
- формирование адекватного отношения к длительной лекарственной терапии;
- понимание болезненного характера поведения пациента и развитие навыков эффективного реагирования на него;
- усиление существовавших до заболевания конструктивных элементов внутрисемейного взаимодействия и способов решения проблем;
- снижение самостигматизации;
- консолидация семьи, определение новых целей и смысла жизни семьи;
- восстановление и расширение социальной сети семьи.

Эффективность метода: повышение информированности семьи о различных аспектах психических расстройств, снижение нагрузки на семью и субъективного бремени семьи в связи с уходом за болеющим родственником, расширение возможностей семьи к адаптации в кризисной ситуации, снижение сверхвовлеченности и доминантности членов семьи, а также снижение частоты обострений, поддержание комплайенса, восстановление социального функционирования и качества жизни пациента.

Методика ведения группы психосоциальной терапии для родственников

Программа **показана** для родственников или близких, вовлеченных в уход за пациентами с первыми психотическими эпизодами (первые пять лет с момента манифестации, количество приступов не более трех). Предпочтительным является однородный состав группы по нозологической принадлежности пациентов (формирование отдельных групп для родственников пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и для родственников пациентов с пограничными расстройствами), но гетерогенный по социальным характеристикам (пол, возраст, образование и т.д.) и типам реагирования родственников на факт выявления заболевания [6]. Это повышает терапевтический потенциал группы. Если родители пациента находятся в разводе, к участию в группе приглашаются оба супруга.

Противопоказаниями к включению в группу являются: категорический отказ родственников от участия в групповой работе; агрессивное или недоброжелательное отношение к ведущим и другим участникам группы; наличие психического расстройства или тяжелого соматического заболевания у родственника пациента; возраст моложе 18 лет.

При перечисленных выше противопоказаниях родственникам предлагается индивидуальный формат работы.

Программа психосоциальной терапии для родственников пациентов с первыми психотическими

эпизодами проводится в закрытой мультисемейной группе с количеством участников от 8 до 12 человек.

Цикл программы состоит из 10–12 занятий. Общее количество занятий варьирует в зависимости от потребностей участников группы. Частота занятий – 1 раз в неделю. Длительность одного занятия – 1,5 часа.

Программа семейного вмешательства включает в себя следующие этапы:

1. Определение круга возможных участников программы.
2. Подробное изучение медицинской документации пациентов указанной группы, беседы с лечащими врачами.
3. Первичное интервью родственников.
4. Прохождение программы психосоциальной терапии в формате мультисемейной группы.
5. Прохождение кагамнестической группы.

При согласии родственников на участие в группе, ведущие проводят с ними первичную индивидуальную встречу. Задачами встречи является: а) определение специфических мишеней работы с семьей; б) формирование терапевтического альянса с семьей.

Определение специфических мишеней работы с семьей проходит в формате полуструктурированного интервью, включающего в себя три блока вопросов.

Первый блок позволяет оценить степень осведомленности родственников о психическом расстройстве и выявить представления родственников о психических расстройствах. Сюда относят следующие вопросы: знания о проявлениях психических расстройств; представления о причинах психических расстройств; представления о прогнозе заболевания (краткосрочном и долгосрочном); знания о методах лечения; знания о медицинских учреждениях, где оказывается психиатрическая помощь; предшествующий опыт общения членов семьи с людьми с психическими расстройствами; источники информации о заболевании; представления о происходящем с пациентом, не согласующиеся с медицинской моделью.

Второй блок ориентирован на оценку влияния факта начала психического расстройства на семейную систему и включает в себя вопросы относительно объективной и субъективной сторон бремени семьи.

Третий блок вопросов нацелен на выявление стратегий совладания и ресурсов семьи в преодолении кризисной ситуации. Сюда относятся вопросы о том, какие копинг-стратегии использовала семья ранее и какие использует теперь, насколько существующие в семье копинг-стратегии эффективны в сложившейся ситуации, в чем проявляются сильные стороны семьи, что является поддержкой для семьи.

Анализ специфических проблем семьи на основании первичного интервью дополняется анализом медицинской документации (история болезни,

амбулаторная карта, результаты дополнительных обследований, заключения психолога и т.д.), а также следующим набором шкал и опросников.

Карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы [7], включающая в себя 16 вопросов для оценки в 5-балльной системе степени информированности родственников, а также их потребности в получении информации о различных аспектах психического расстройства, таких как этиология, течение, прогноз, клинические проявления, признаки обострения, методы лечения.

Шкала оценки нагрузки на семью [19] для определения динамики оценки ближайшим окружением больных нагрузки, которая ложится на них в связи с психической болезнью родственника. Она состоит из субшкал негативных и позитивных оценок, отражающих проблемы поведения пациента, негативных симптомов, стигмы, влияния болезни на семью, а также положительные аспекты взаимоотношений с больным.

Опросник для оценки проблем, возникающих при уходе за больным родственником [19] для определения в динамике при повторных обследованиях степени выраженности объективной и субъективной сторон бремени семьи.

Фрайбургский семейный опросник (в переводе А.Б.Холмогоровой, 1998) для выявления особенностей семейного функционирования семьи пациента. Он включает в себя шкалы, позволяющие оценить следующие показатели: возможности семьи к адаптации в измененной жизненной ситуации, особенности внутрисемейной коммуникации, наличие сверхвключенности и доминантности, способность членов семьи оказывать друг другу эмоциональную поддержку, стремление семьи скрывать свои сложности и недостатки. Оценка ответов по 3-балльной шкале отражает возможную дисфункцию показателей семейной системы и их динамику в ходе психосоциальной терапии.

Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных [4], имеющий качественный характер, для оценки в динамике объективных характеристик социального статуса пациента, его социального функционирования и удовлетворенности больных различными аспектами жизни.

Шкала PANSS для оценки динамики психопатологической симптоматики пациента.

Результаты исследований используются для разработки дифференцированных подходов при проведении психосоциальной мультисемейной группы и оценки ее эффективности.

Одновременно этап первичной беседы с родственниками нацелен на формирование «терапевтического альянса», мотивирование членов семьи к участию в программе. Нередко эта встреча впервые дает возможность членам семьи говорить о своих переживаниях и представлениях в связи с болезнью близкого. Обсуждение и анализ актуально суще-

ствующих проблем, связанных с болезнью близкого, понимание специалистом объяснительной модели происходящего, признание и поддержание сильных сторон семьи служат основой для развития партнерских отношений между специалистами и семьей.

Возможны, однако, сложности с привлечением родственников к участию в групповой работе. Они обусловлены типом реагирования семьи на факт начала болезни. Реакция по типу отрицания болезни приводит к отказу от участия в группе в связи с недооценкой проблем. При реакции гиперболизации самостигматизация, нежелание контактировать с другими родственниками пациентов затрудняют включение семьи в групповую психосоциальную терапию. Прояснение возможных причин отказа, конструктивное обсуждение целей и методов работы группы помогают семье преодолеть сопротивление к участию в программе. Некоторым семьям нужно время, чтобы осознать происходящие изменения и принять идею о необходимости участия в мультисемейной группе. Другая группа факторов может быть связана с недостатком знаний о терапии, ее значении и целях. Родственники испытывают тревогу от необходимости делиться своими переживаниями со специалистами и другими членами группы.

Основной этап семейного вмешательства – осуществление мультисемейных сессий.

Семейное вмешательство базируется на стандартных элементах программ психосоциальной терапии, адаптированных к специфическим потребностям родственников пациентов с первыми психотическими эпизодами:

- на начальных этапах заболевания семья переживает глубокий психосоциальный стресс;
- изменение поведения пациента и социальные потери, обусловленные продромальным периодом и началом болезни, нередко развившееся на фоне полного благополучия, дезадаптируют семью, приводят к появлению или усугублению ранее существовавших нарушений внутрисемейного взаимодействия, повышению эмоциональной экспрессивности семьи;
- отношение семьи к заболеванию и восприятие ими своего изменившегося положения зависят от клинко-психопатологических особенностей заболевания, определяющих тип реагирования семьи на начало заболевания у родственника [6, 18], и влияют на способность справляться со стрессом;
- самостигматизация семьи, социальная изоляция, отсутствие поддержки на ранних этапах болезни усугубляют дезадаптацию семьи;
- семьи пациентов с первыми психотическими эпизодами не располагают адекватной информацией о психических расстройствах, соответствующих формам и службах помощи.

С учетом этих потребностей выделяют четыре аспекта семейных вмешательств: 1) информирование; 2) стресс-менеджмент; 3) развитие навыков эффективной коммуникации; 4) развитие навыков проблемно-разрешающего поведения.

Модель работы представляет собой интерактивный тематический семинар с элементами когнитивного и коммуникативного тренинга в формате проблемно-разрешающей техники, что позволяет учитывать потребности, а также эмоциональные реакции на сложившуюся ситуацию каждого участника группы.

Стиль ведения групп психосоциальной терапии – директивный, с активным лидерством ведущих. В то же время важно поддерживать партнерские отношения с членами группы, использовать личностно-ориентированный подход, учитывающий потребности и ожидания участников. Уважительное отношение к участникам группы, внимание к их представлениям, чувствам, поступкам дает ощущение социальной поддержки, снижает ощущение изолированности и одиночества.

Оптимальным вариантом ведения групповой работы является наличие двух ведущих – врача-психиатра и психотерапевта. Роли врача-психиатра и психотерапевта не конкурируют, а дополняют друг друга.

Врач-психиатр представляет медицинскую модель, основанную на биопсихосоциальной теории развития психических расстройств, путем информирования родственников в формате интерактивного семинара о причинах, основных проявлениях, типах течения, прогнозе, методах лечения психических расстройств. Психотерапевт поддерживает в группе атмосферу открытости, доверия и безоценочности, применяет элементы когнитивного и коммуникативного тренинга, ориентированного на развитие навыков копинга и эффективной внутрисемейной коммуникации, контролирует процессы групповой динамики.

Психотерапевт должен отказаться от линейного использования техник и упражнений, характерного для традиционных тренинговых программ. Необходимо их модификация с учетом потребностей группы. При этом предпочтение отдается приемам когнитивно-поведенческой терапии. Сократические вопросы, техника «мозгового штурма», ролевого тренинга, репетиции поведения, структурированного решения проблем, помощь в установлении связи между эмоциями и поведением, конструктивная обратная связь способствуют налаживанию эффективной коммуникации между участниками группы, расширению навыков совладания со стрессовой ситуацией, использованию внутренних ресурсов решения проблем.

Таким образом, при ведении группы психосоциальной терапии для родственников пациентов с первыми психотическими эпизодами следует соблюдать следующие принципы.

1. Предоставление информации с учетом потребностей группы.
2. Предоставление информации с учетом типа реагирования семьи на факт развития психического расстройства.

3. Предоставление информации с учетом субъективного восприятия симптомов заболевания пациентом.

4. Разделение болезненных проявлений и психологических реакций личности.

5. Избегание чрезмерных эмоциональных нагрузок.

6. Структурированный стиль ведения группы с активным лидерством ведущих.

7. Постепенный переход от директивного стиля ведения к активному межгрупповому взаимодействию.

8. Использование «нормализующей» информации (сопоставление психических расстройств с другими соматическими заболеваниями).

9. Запрет на критику и оценочные высказывания.

10. Стимулирование участников к активной позиции.
11. Стимулирование родственников к расширению социальной сети.

12. Мотивирование родственников к получению информации, обогащению опыта и после завершения психообразовательной программы.

Последний этап программы представляет собой катамнестическую группу для родственников. Длительность работы катамнестической группы до 1 года. Частота встреч 1–2 раза в месяц. Длительность занятия – 1,5 часа. Стиль ведения группы – фасилитирующий в формате проблемно-ориентированного подхода.

Структура сессии

При проведении мультисемейной группы сессия включает в себя традиционные для групповой психотерапии этапы:

1. Вводная часть: а) обсуждение домашнего задания; б) формулирование темы занятия; в) формулирование потребностей участников в рамках темы занятия.

2. Основная часть: а) обсуждение темы занятия; б) резюме сессии, сделанное ведущим.

3. Домашнее задание.

Время каждой части занятия может варьировать в зависимости от потребностей участников и темы сессии.

Цель вводной части занятия – определение потребностей участников в рамках темы занятия. Это позволяет ориентировать сессию на потребности и опыт каждого участника, мотивировать их к активному участию в групповой работе. Для этого каждый участник говорит несколько слов о том, какие вопросы являются для него наиболее важными в сегодняшней теме.

Примерное распределение времени занятия

Вводная часть занятия:	
а) обсуждение домашнего задания	10 минут
б) формулирование темы занятия	5 минут
в) формулирование потребностей участников в рамках темы занятия	15 минут
Основная часть занятия:	
а) обсуждение темы занятия	40 минут
б) резюме сессии, сделанное ведущим	10 минут
Домашнее задание	10 минут

Основная часть занятия посвящается теме сессии и представляет собой тематический интерактивный семинар. Модель предоставления информации состоит из нескольких этапов:

1. На первом этапе ведущие предлагают участникам высказать свою точку зрения по теме занятия.

2. Участники группы высказывают собственные представления по данному вопросу.

3. Ведущие предоставляют информацию с использованием приемов когнитивного реструктурирования, помогающих сформировать у членов группы альтернативные представления по данной проблеме.

Помимо этого основная часть занятия включают в себя приемы проблемно-разрешающего и поведенческого тренинга.

Одной из основных стратегий является коррекция поведенческих паттернов родственников в ситуациях, связанных с уходом или взаимодействием с пациентом. Эта часть работы исследует существующие внутрисемейные интеракции, а также желаемое поведение, которые члены семьи ожидают друг от друга. На основании полученного материала осуществляется коррекция неэффективных интеракций через техники репетиции поведения с тестированием «реальностью» и домашние задания на отработку навыков эффективного взаимодействия.

Развитие навыков проблемно-разрешающего поведения заключается в обеспечении семей структурированным подходом к разрешению проблем ежедневного взаимодействия с пациентом. Он включает в себя несколько этапов: формулирование проблемы, расчленение проблемы на более мелкие, выделение конкретных задач, поиск способов решения этих задач группой в формате «мозгового штурма».

Особенностью семейных интервенций при первых психотических эпизодах является работа с копинг-поведением родственников. Она включает в себя исследование копингов, которые члены семьи использовали прежде в наиболее стрессовых ситуациях, насколько эти стратегии помогали адаптироваться к случившемуся, а также насколько эти стратегии эффективны в настоящей ситуации. Дальнейшее обсуждение посвящено альтернативным способам совладания со стрессом, нацеленного на расширение арсенала стратегий совладания.

Программа включает в себя следующие тематические занятия:

- причины психических расстройств;
- мифы о психических заболеваниях;
- типы течения и прогноз при психических расстройствах;
- проявления психических расстройств с учетом того, как пациент субъективно переживает симптомы психического расстройства;
- эффективное реагирование на проявления психических расстройств;
- признаки обострения и действия родственников при ухудшении состояния пациента;

- методы лечения;
- выздоровление при психических расстройствах;
- стигма и самостигматизация при психических расстройствах;
- социальные и юридические аспекты;
- выбор медицинского учреждения и проблема доверия врачу;
- решение проблем повседневной жизни (организация досуга, отдыха, праздников; проблемы трудоустройства и финансов);
- психическое расстройство как семейная тайна.

Содержательно каждая сессия является логическим продолжением предыдущей. Последовательность изложения материала варьируют в зависимости от потребностей участников группы.

Изучаемый материал подкрепляется визуальным сопровождением. Для этого используются записи на доске или слайды, обобщающие изученную тему, раздаточные материалы, пособия для родственников пациентов с психическими расстройствами, видеоматериалы.

На протяжении всех занятий ведущие стимулируют общение участников друг с другом вне группы. Для этого используются домашние задания, которые подразумевают необходимость совместного выполнения, встреч участников, общение по телефону или Интернету. Таким образом, участники группы должны увидеть возможность поддержки, в том числе эмоциональной или информационной, от других родственников пациентов с психическими расстройствами. Это снизит ощущение изолированности, беспомощности. Одновременно, подобное общение может стать в дальнейшем основой для создания групп взаимопомощи или родительских ассоциаций.

Тематический план

Сессия 1. Знакомство.

В ходе занятия:

- участники группы знакомятся друг с другом;
- проясняются ожидания участников от программы;
- представляются содержание, цели и задачи программы;
- вводятся правила работы группы.

Целью первой сессии является создание безопасной, доверительной атмосферы, позволяющей участникам группы говорить о своем опыте и своих переживаниях. Техника активного слушания помогает участникам сформулировать высказывание, дает им ощущение ценности для группы их опыта и переживаний, обеспечивает эмоциональной поддержкой и способствует созданию групповой связности.

Представляясь, участники называют свое имя, говорят, кто из членов их семьи болен, как долго, а также о своих ожиданиях от участия в группе. При этом необходимо фокусировать родственников на высказываниях о собственных проблемах и переживаниях, связанных с болезнью близкого.

Нередко из-за недостатка знаний о происходящем, чувстве стыда или недоверия к группе, родственни-

ки не говорят о проблемах агрессивного поведения пациента, сексуальных проблемах или сомнениях в отношении эффективности проводимой терапии. Важно помочь участникам группы сформулировать все значимые вопросы. В дальнейшем эта информация помогает ведущим строить занятие с опорой на потребности каждого участника.

Ведущие рассказывают о программе, о ее целях, о том, что на их взгляд она может дать каждому участнику группы. Ведущие повторяют, что занятия строятся в режиме интерактивного семинара, ориентированного на вопросы группы. Ведущие представляют участникам тематический план занятий и согласовывают с ними, какие темы требуют особого внимания, при необходимости вводят дополнительные темы. Ведущие указывают, что все занятия информационно связаны между собой и необходимо посещать все занятия.

Группа совместно вырабатывает правила работы группы, создающие ощущение безопасности и улучшающие внутригрупповое взаимодействие:

- право на конфиденциальность;
- право высказывать свою точку зрения и задавать вопросы;
- право сказать «нет» или «я пропускаю»;
- право на то, чтобы быть выслушанным;
- право на безоценочное принятие (участники не могут высказывать критические или осуждающие замечания друг о друге).

Одновременно, подобный стиль общения дает участникам опыт эффективного взаимодействия, который они могут использовать в своих семьях, в том числе, при общении с болеющим родственником.

Сессия 2. Причины психических расстройств.

В ходе занятия:

- обсуждается информация о биопсихосоциальной теории развития психических расстройств;
- обсуждается модель диатез-стресс-уязвимости;
- индивидуально для каждого участника группы анализируются стрессовые факторы, провоцирующие начало или обострение заболевания;
- индивидуально для каждого участника анализируются защитные факторы в рамках концепции уязвимости к стрессу.

Целью занятия является выявление и коррекция ложных убеждений о природе психических расстройств, формирование представлений о причинах психических расстройств в рамках модели диатез-стресс-уязвимости, развитие навыков выявления и оценки стрессовых факторов, снижение самостигматизации семьи, связанной с фактом начала болезни.

Основная идея занятия состоит в том, что развитие психических расстройств обусловлено взаимодействием различных биопсихосоциальных факторов.

Ведущие акцентируют внимание участников на том, что возникновение психического расстройства связано с биологической предрасположенностью,

проявляющейся в нарушении обмена нейротрансмиттера допамина. Ведущие указывают, что эти нарушения вероятно генетически обусловлены. Подобная тактика позволяет выработать адекватное отношение родственников к психофармакотерапии и уменьшить чувство вины за развитие психического расстройства у члена семьи.

Одновременно психотерапевт должен быть внимателен к эмоциональным реакциям участников при обсуждении этой информации, поскольку она может актуализировать поиск «носителя гена болезни» в семье. Таким «носителем» легко становится член семьи с характерологическими особенностями или депрессией. Техники отражений, активного слушания и когнитивного реструктурирования помогают скорректировать подобные реакции.

Для объяснения причин возникновения пережитого приступа используется модель диатез-стресс-уязвимости, которая актуальна и для соматических заболеваний (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и др.). Эта аналогия позволяет снизить самостигматизацию семьи. Модель стресс-уязвимости является надежным инструментом в развитии активной позиции родственников в сотрудничестве со специалистами и обеспечении пациента поддержкой в преодолении стрессовых ситуаций.

Важно указать на роль низкого «порога чувствительности» к стрессовому воздействию в проявлении биологической предрасположенности к болезни и особенно подчеркнуть возможности семьи в отношении снижения негативного влияния стресса, какими являются потеря работы, конфликты, критика или употребление психоактивных веществ. Индивидуально для каждого участника группа совместно анализирует стрессоры, провоцирующие начало или обострение психического расстройства, а также разрабатывает стратегии предупреждения обострений у пациента.

Следует акцентировать внимание близких на возможности благоприятного исхода, на том, что данное расстройство не является аналогом слабоумия или агрессивного поведения в будущем.

Сессия 3–4. Проявления психических расстройств.

В ходе занятия:

- обсуждается информация о проявлениях депрессии и мании;
- обсуждается информация о проявлениях нарушений мышления, бреда и галлюцинаций;
- обсуждается информация о болезненном характере поведения пациента;
- разрабатываются стратегии эффективного реагирования на необычное или агрессивное поведение пациента;
- разрабатываются стратегии участия семьи в восстановлении социальных потерь преморбидного периода и предупреждении дальнейших потерь пациента.

Основная цель занятия – помочь близким найти способы эффективного взаимодействия с пациентом. Это осуществляется через понимание родственниками причин болезненного характера поведения пациента, его субъективного опыта и потребностей, разграничение патологических и здоровых форм поведения. Повышение компетентности родственников в понимании проявлений психических расстройств опосредовано снижает чувство тревоги в связи с изменившимся поведением пациента и самостигматизацию.

Информация о проявлениях психических расстройств обсуждается по определенной схеме:

- проявления симптомов заболевания в поведении пациента;
- субъективное переживание симптома пациентом;
- разработка стратегий эффективного взаимодействия с человеком, переживающим этот симптом.

Информация предоставляется с опорой на индивидуальный опыт участников. Этот прием развивает навыки наблюдения за состоянием пациента родственниками. Характер информации должен быть максимально гибким. Рекомендуются обсуждать не нозологические категории, а отдельные болезненные проявления. Подобная тактика обусловлена необходимостью предупреждения самостигматизации.

Для коррекции неэффективных интеракций и разработки стратегий взаимодействия с болеющим родственником используется техника моделирования поведения. Совместный поиск решений участниками, обмен опытом, а не «рецепты» ведущих, дает родственникам ощущение, что их ситуация не безвыходная, помогает им использовать собственные ресурсы решения проблем.

Техника репетиции поведения позволяет участникам «здесь и сейчас» разработать стратегии реагирования на агрессивное или необычное поведение, бредовые или суицидальные высказывания, стратегии введения ограничений, выражения негативных чувств, просьбы, похвалы. Родственники инструктируются, что высказывания должны формулироваться четко, с использованием «Я-сообщений», с учетом актуального психического состояния пациента.

Анализ дисфункциональных интеракций, таких как критика, двойные сообщения, обвинения, позволяет корректировать коммуникативный стиль в семье и способствует преодолению стрессовых воздействий.

Используя технику отражения, ведущие эмоционально подкрепляют выработанные родственниками эффективные стратегии совладания с проявлениями болезни. Такой прием дает родственникам ощущение, что они могут самостоятельно найти решение многих проблем взаимодействия с пациентом, что, в свою очередь повышает чувство собственной компетентности, возможности контроля ситуации.

Правила взаимодействия с пациентом формулируются в виде простых, понятных рекомендаций:

1. Дайте возможность больному человеку сохранять достоинство, разговаривайте с ним уважительно как со взрослым человеком.

2. Темп речи должен соответствовать темпу речи пациента (иногда он может быть медленнее, чем Вы привыкли в обычной жизни).

3. Формулируйте фразы четко и просто, будьте кратки и не обостряйте дискуссию, при необходимости повторите сказанное.

4. Говорите спокойным голосом с доброжелательной интонацией.

5. Обращаясь к болеющему родственнику, при необходимости привлечите его внимание к себе.

6. При возникновении тревоги или напряжения предоставьте ему возможность прервать разговор и уединиться.

7. Будьте последовательны и предсказуемы.

8. Четко и последовательно формулируйте ограничения и правила.

9. Отмечайте успехи. Одобряйте даже незначительные успехи пациента.

10. Избегайте излишней критики и оценочных суждений. Делайте замечания по поводу не устраивающих Вас действий, а не личности пациента в целом. При этом говорите спокойным, не критичным тоном.

11. Реагируя на действия пациента, постарайтесь понять, что стоит за его поведением или чувствами (неадекватные или агрессивные реакции пациентов нередко обусловлены болезненными переживаниями и не связаны с личностью близких).

Содержательная часть подкрепляется раздаточными материалами, содержащими правила взаимодействия с пациентом.

Правила взаимодействия с человеком, страдающим депрессией:

1. Подстраивайтесь под темп его мышления и речи.

2. Одобряйте даже незначительные достижения, тем самым, поддерживая самооценку.

3. Вселяйте надежду и поддерживайте позитивный настрой.

4. Оценивайте реальные возможности болеющего родственника. Не требуйте от него решения задач, которые могут быть сейчас непосильны (общение с друзьями, подготовка к экзаменам и т.д.)

5. Решайте проблемы поэтапно.

6. Не ждите его инициативы, привлекайте к совместной деятельности.

7. Общаясь с близким, учитывайте суточные колебания настроения при депрессии (плохое самочувствие утром и улучшение во второй половине дня).

8. Если у Вашего близкого есть суицидальные переживания говорите с ним об этом, постарайтесь выяснить, как Вы можете его поддержать. Обязательно сообщайте о суицидальных мыслях и переживаниях врачу-психиатру.

Правила взаимодействия с человеком, страдающим бредом или галлюцинациями:

1. Формулируйте фразы четко и просто, будьте кратки и не обостряйте дискуссию, при необходимости повторите сказанное.
2. Говорите спокойным голосом с доброжелательной интонацией.
3. Обращаясь к болящему родственнику, при необходимости привлечите его внимание к себе.
4. При возникновении тревоги или напряжения предоставьте ему возможность прервать разговор и уединиться.
5. Четко формулируйте правила или то, что Вас не устраивает в поведении пациента.
6. Не переубеждайте пациента, пытайтесь таким образом вывести его из бреда или галлюцинаций.
7. Не пытайтесь доказать пациенту, что его утверждения не соответствуют реальности. Признайте, что существует различие между его и Вашим восприятием.
8. Отвечайте на небредовые замечания. Игнорируйте бредовые высказывания или переключитесь на другую тему.
9. Помните, что Ваши резкие движения, неожиданные прикосновения могут повысить тревогу или вызвать ответную агрессивную реакцию.

Сессия 5. Признаки обострения. Типы течения психических расстройств.

В ходе занятия:

- обсуждается информация о признаках рецидива болезни;
- для каждого участника группы обсуждаются индивидуальные маркеры обострения у пациента;
- разрабатываются стратегии поведения родственников в ситуации обострения;
- обсуждается информация о типах течения и выздоровлении при психических расстройствах;
- обсуждается модель Recovery при психических расстройствах.

Цель занятия состоит в том, чтобы научить родственников распознавать признаки, предшествующие рецидиву психоза и разработать стратегию действий в ситуации обострения. Обучение семьи умению видеть ранние признаки рецидива обеспечивает возможность раннего вмешательства, позволяющего уменьшить тяжесть симптоматики и предотвратить госпитализацию пациента, снижает у родственников чувство тревоги, неопределенности, развивает активную позицию семьи в сотрудничестве с врачами, понимание необходимости поддержания комплайенса.

Обсуждение строится через выявление признаков, предшествовавших развертыванию острой психопатологической симптоматики. На эти признаки родственники могут опираться как на маркеры возможного обострения.

Содержательная часть подкрепляется раздаточными материалами, резюмирующими признаки ухудшения состояния:

1. Появление тревоги, подозрительности, насто-

2. Повышенная раздражительность.
3. Неадекватные эмоциональные реакции и/или необычное поведение.
4. Нарушения сна.
5. Нарушения настроения (появление признаков депрессии либо мании, частая смена настроения в течение дня).
6. Трудности концентрации внимания, сложности усвоения информации.
7. Появление или усугубление замкнутости, трудности в общении.
8. Потеря интересов, инициативности, снижение социальной активности.
9. Отказ от лекарств (в случаях, когда ранее пациент четко соблюдал предписанный режим приема лекарств).
10. Резкое изменение привычек.
11. Сверхценное отношение к философии, психологии, религии или компьютерным играм.

В групповом обсуждении для каждого участника составляется план действий в случае ухудшения состояния больного. В него входит список симптомов ухудшения состояния для данного пациента, контактный телефон врача, которому доверяет больной и родственники и к которому можно обратиться в ситуации ухудшения состояния, а также действия в случае необходимости экстренной помощи.

Техника репетиция поведения используется для развития навыков конструктивного взаимодействия с врачом, снижения тревоги перед общением с медицинским персоналом.

Тема выздоровления при психических расстройствах представляется с позиции модели Recovery. В технике когнитивного реструктурирования ведущие представляют идею о том, что в процессе выздоровления семья в первую очередь должна ориентироваться не столько на возвращение к доболезненному состоянию, сколько на поиск пациентом нового смысла и цели, восстановление удовлетворенности жизнью.

Важно объяснить родственникам, что выздоровление требует времени. Это не всегда линейный поступательный процесс, за периодом улучшения может следовать ухудшение или «плато» (время, когда никаких изменений в состоянии не происходит). Это снижает чувство тревоги родственников, помогает преодолеть представления о пациенте как о «хронически больном», служит профилактикой психосоциальных потерь.

Сессия 6–7. Методы лечения.

В ходе занятия:

- обсуждается информация о принципах медикаментозной терапии при психических расстройствах;
- обсуждается информация о механизмах действия и побочных эффектах психотропных препаратов;
- разрабатывается стратегия действий в ситуации отказа пациента от медикаментозной терапии;
- обсуждается информация о видах немедикаментозной терапии в лечении психических расстройств.

Целью занятия является формирование у родственников адекватных представлений о целях, механизмах действия, результатах психофармакотерапии, понимания необходимости поддержания комплаенса и сотрудничества с врачами в вопросах медикаментозной терапии. Это осуществляется за счет анализа существующих у родственников представлений и выявления ложных убеждений о психотропных средствах, их влиянии на болезнь, побочных эффектах, а также за счет предоставления информации о препаратах, которые получали или получают близкие участники группы. Информация предоставляется по следующей схеме: механизм действия препарата, различные формы приема препарата, эффективность, побочные эффекты, способы их преодоления. Подобное конструктивное обсуждение снижает ощущение неопределенности и тревоги в связи с началом медикаментозной терапии при первых эпизодах болезни.

Аналогия с необходимостью длительной медикаментозной терапией при многих соматических заболеваниях, например гипертонической болезни или болезнях эндокринной системы, помогают в преодолении самостигматизации семьи.

Содержательная часть подкрепляется раздаточными материалами, резюмирующими общие принципы назначения медикаментозной терапии:

1. Индивидуальный подбор схемы лечения.
2. Симптоматический принцип выбора препарата.
3. Постепенный подбор эффективных дозировок на начальных этапах лечения. Постепенное снижение доз при стабилизации состояния.
4. Корреляция между стадией заболевания и дозами и режимом приема лекарств (в острой стадии болезни дозы препаратов будут максимальными, а режим приема может быть более частым).
5. Необходимость длительной медикаментозной терапии.
6. Необходимость мониторинга некоторых соматических показателей при длительной психофармакотерапии.

Группа совместно разрабатывает стратегии участия родственников в формировании у пациента ответственности за самостоятельное соблюдение режима приема лекарств, а также, если необходимо, их действий в ситуации отказа пациента от медикаментозной терапии.

Информация о немедикаментозных видах терапии предоставляется с акцентом на то, что дополнительные методы терапии имеют свои противопоказания, и решение о включении пациента в такие программы принимает только лечащий врач.

Занятия 8 и 9 строятся на основании запросов участников группы. Приводим план этих занятий в соответствии с вопросами, которые задают наибольший процент участников групп.

Сессия 8–9. Социально-правовые аспекты.

В ходе занятия:

- изучается закон о психиатрической помощи;
- обсуждается информация об условиях предоставления сведений о психическом здоровье;

- обсуждается информация о форме диспансерного наблюдения и консультативно-лечебной помощи;
- обсуждается информация о процедуре получения группы инвалидности;
- обсуждается информация о процедуре освобождения от военной службы, получения академического отпуска в учебном заведении;
- разрабатывается стратегия поведения родственников в ситуации недобровольной госпитализации пациента;
- обсуждается информация об организациях, оказывающих различные формы помощи при психических расстройствах (медицинские учреждения, общественные организации, социальные службы);
- обсуждается информация о возможностях продолжения учебы и трудоустройства для людей с психическими расстройствами и с инвалидностью по психическому заболеванию;
- обсуждается информация о возможностях создания семьи и рождения детей у пациентов с психическими расстройствами.

Основная цель занятия – повышение чувства эмоциональной защищенности через повышение компетентности в области инструментов юридической и социальной защиты пациентов с психическими расстройствами и их семей. Это содействует снижению тревоги родственников за будущее пациента, снижению гиперопеки, самостигматизации, развитию активной позиции родственников, стимулирует их взаимоподдержку и возможное дальнейшее участие в группах взаимопомощи и родительских ассоциациях.

Стиль ведения занятия – фасилитирующий, что предполагает равную ответственность участников группы и ведущих за происходящее на занятии и ориентирует участников на развитие в дальнейшем групп взаимопомощи.

Информация предоставляется в формате интерактивного обсуждения с опорой на опыт и знания участников.

При достаточной подготовке ведущих и сплоченности группы обсуждение темы недобровольной госпитализации может быть ориентировано на эмоциональный аспект проблемы. Ведущие акцентируют внимание группы, что только врач принимает решение о недобровольной госпитализации пациента. Это снижает чувство вины за госпитализацию родственника в психиатрический стационар.

В случае необходимости группа совместно разрабатывает тактику поведения родственников при категорическом отказе пациента от приема лекарств.

В формате стратегического планирования группа обсуждает тему независимого проживания людей с психическими заболеваниями. Оно включает в себя следующие этапы:

- оценка возможностей пациента;
- выделение основных целей;
- определение иерархии целей;
- определение участия родственников;

- составление пошаговой программы развития навыков, позволяющих человеку с психическим расстройством жить самостоятельно.

Ведущие обращают внимание группы, что требования семьи, предъявляемые к болящему родственнику, не должны превышать его возможности.

Сессия 10. Заключительная.

В ходе занятия:

- обсуждается информация о закономерностях адаптации к хроническому стрессу;

- обсуждается информация о способах эмоциональной защищенности членов семьи;

- обсуждается информация о способах релаксации и снятия психоэмоционального напряжения;

- обсуждаются результаты участия в программе.

Основная цель занятия – усиление групповой сплоченности и осознание группой ресурсов взаимопомощи.

Обсуждение строится в форме обмена мнениями и опытом. Участники и ведущие делятся своими способами эмоциональной защиты в ситуации стресса и снятия психоэмоционального напряжения.

Ведущие акцентируют внимание группы, что в основе эмоциональной защищенности членов семьи лежит соблюдение собственных потребностей и интересов. Каждый член семьи имеет право на личное пространство, на уважение, на выражение собственных чувств.

В результате прохождения программы родственники должны получить следующие представления о психических расстройствах:

1. Семья пациента не бессильна, она способна помочь пациенту распознать обострение на ранних этапах, таким образом, снизив риск повторной госпитализации и других негативных последствий обострения.

2. Для эффективного лечения и реабилитации пациента необходимо активное сотрудничество семьи и профессионалов.

3. Психические расстройства имеют четкий и доказуемый биологический компонент. Члены семьи не «виновны» в появлении заболевания у родственника.

4. Типичные нарушения при психических расстройствах известны, описаны, могут быть распознаны и успешно поддаются лечению.

5. Процессы, происходящие в семье пациента, вызваны заболеванием, а не наоборот.

6. Болезнь часто приводит к социальной изоляции не только пациента, но и семьи в целом, что затрудняет процесс ресоциализации пациента после перенесенного приступа.

7. В ситуации возникновения и выявления психического расстройства стресс переживает не только пациент, но и вся семья в целом.

8. Эмоциональное состояние семьи отражается на процессе восстановления пациента, в связи с чем членам семьи следует внимательно относиться к своим нуждам, потребностям и активно использовать существующие формы помощи (в том числе медицинские и психотерапевтические) для поддержания собственных ресурсов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. Выздоровление при шизофрении. Концепция «Recovery» // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 2. С. 7–14.
2. Гурович И.Я. Сберегающе-превентивная психосоциальная реабилитация // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 1. С. 5–9.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004. 492 с.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т. 8, № 2. С. 35–40.
5. Дороднова А.С. Клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами: дис. ... канд. мед. наук. М., 2006. 178 с.
6. Мовина Л.Г. Опыт применения программы комплексного терапевтического вмешательства у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 3. С. 48–55.
7. Сальникова Л.И., Мовина Л.Г. Карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы // Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. Под редакцией профессора И.Я. Гуровича и д.м.н. А.Б. Шмуклера. М., 2002. С. 109–111.
8. Birchwood M. Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis // Br. J. Psychiatry. 2003. Vol. 182. P. 373–375.
9. Falloon I.R.H. Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness // World Psychiatry. 2003. Vol. 2, N 1. P. 20–28.
10. Falloon I.R.H., Roncone R., Held T. et al. An international overvi-

ew of family interventions: developing effective treatment strategies and measuring their benefits to patients, carers and communities // Family interventions in mental illness: International perspectives / H.P.Lefley, D.L.Johnson (Eds.). Westport: Greenwood, 2001.

11. Harrison C.L., Fowler D. Negative symptoms, trauma, and autobiographical memory: An investigation of individuals recovering from psychosis // J. Ner. Ment. Dis. 2004. Vol. 192. P. 745–753.

12. Kelly M., Gamble C. Exploring the concept of recovery in schizophrenia // J. Psychiatric Mental Health Nursing. 2005. Vol. 12. P. 245–251.

13. Magliano L., McDaid D., Kirkwood S., Berzins K. Carers and families of people with mental health problems // Mental health policy and practice across Europe / M. Knap (Ed.). London, 2007.

14. McGorry P., Edwards J., Mihalopoulos C. et al. The early psychosis prevention and intervention centre (EPPIC): an evolving system of early detection and optimal management // Schizophr. Bull. 1996. Vol. 22, N 2. P. 305–326.

15. Perlick D.A., Hohenstein J.M., Clarkin J.F. et al. Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study // Bipolar Disorders. 2005. Vol. 7, N 2. P. 126–135.

16. Pharoah F.M., Rathbone J., Mari J.J., Streiner D. Family intervention for schizophrenia (Cochrane Review) // The Cochrane Library. Issue 1. Chichester UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2004.

17. Riedesser P. Psychosis as a traumatic event // Childhood and adolescent psychosis / D. Burgin & Heinermeier (Eds.). Switzerland: Karger. 2004.

18. Strauss J.S., Hafer H., Liberman P., Harding C.M. The course of psychiatric disorder, III: Longitudinal principles // Am. J. Psychiatry. 1985. Vol. 142, N 3. P. 289–296.

19. Zhmukler G.I., Burgess P., Hisrman H. et al. The caregiver inventory. University of Melbourne, Victoria, Australia, 1994.

Ключевые слова: первый психотический эпизод; психосоциальная терапия; семейное вмешательство; мультисемейные группы.

Key words: first psychotic episode, psychosocial treatment, family intervention, multifamily groups.

Ривкина Наталья Михайловна – врач-психотерапевт отделения первого эпизода болезни ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»; e-mail: rivekka@mail.ru

Сальникова Людмила Ивановна – старший научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»; e-mail: lsalnikova@gmail.com