

ГРУППОВАЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С СЕМЬЯМИ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ

Н. М. Ривкина

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

Современный стандарт оказания психиатрической помощи основывается на биопсихосоциальной модели терапии. Его задачей является не только купирование психопатологической симптоматики. Более широкие задачи социального восстановления пациента, поддержания его дальнейшего роста [3, 4, 23, 26, 32, 59] становятся значимыми уже при первых психотических эпизодах, когда пациент и его семья переживают глубокий психоэмоциональный стресс, происходит нарушение самоидентичности пациента, серьезные психологические и социальные потери, изменение системы внутрисемейного взаимодействия [17, 20, 21, 25, 29, 45, 60, 61].

Семейная форма психосоциальных воздействий является неотъемлемым компонентом комплексной помощи пациентам с первыми психотическими эпизодами [5, 22, 24, 28, 30, 38, 41] и ориентируется на ближайшее окружение пациента как на ключевой ресурс процесса восстановления. Доказано, что сочетание оптимальной фармакотерапии с семейно-ориентированными воздействиями, в которые включен, по меньшей мере, один родственник пациента, на которого ложится наибольшая нагрузка (физическая, эмоциональная, финансовая) по уходу за пациентом и находящийся в контакте с ним, демонстрирует наиболее положительное влияние на социальное функционирование пациента [5, 24, 30, 32, 35, 38, 50, 53].

Исследования показали, что психоэмоциональный стресс, самостигматизация, трудности контакта с пациентом, потеря его привычного «образа» и представлений о будущем, уменьшение социальной сети затрудняют обеспечение адекватной поддержкой пациента, что влияет на течение и исход болезни [1, 12, 27, 31, 37, 39, 43, 48, 52, 62]. Для формирования в семье необходимой системы поддержки важна полноценная оценка специалистами как потребностей больного, так и потребностей родственников, на основании которой может строиться дифференцированная помощь. Большинство исследова-

ний семейных интервенций в комплексной помощи пациентам с первыми психотическими эпизодами демонстрируют результаты сходные с данным исследованием. Так, сообщается, что данный вид воздействия способствует совладанию семьи с болезнью, снижению эмоциональной напряженности внутрисемейного взаимодействия, закреплению эффективных паттернов взаимодействия с пациентом и предоставления ему необходимой поддержки, снижает социальные потери пациента, способствует улучшению комплайенса, снижению частоты регоспитализаций [24, 28, 30, 36, 38, 50]. Однако разработка форм, фокусированных на мультисемейных воздействиях, остается недостаточно изученной [10, 24, 32, 42].

Цель данного исследования – определить формы и методы дифференцированных семейных воздействий при оказании комплексной психосоциальной помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами, а также их эффективность.

Материалы и методы

Группу обследованных составила 51 семья пациентов с диагнозом шизофрения или расстройства шизофренического спектра (по МКБ-10) с первыми эпизодами заболевания, получавших комплексное лечение с включением семейного воздействия в отделении первого психотического эпизода ФГУ «МНИИП Росздрава» в 2007–2008 годах.

Возраст изученного контингента больных колебался от 17 до 32 лет (средний возраст – 22,39±9,76). Лица мужского пола составили 58,82% от всех обследованных.

Шизофрения была диагностирована в 17 случаях. При этом в 23,53% наблюдениях выявлялась параноидная форма, эпизодический с нарастающим (35,29%) или стабильным дефектом (47,06%) типы течения. Непрерывный тип течения выявлялся в 3 случаях (17,65%). 14 больных страдали шизоаффективным и 12 шизотипическим расстройством. В

8 наблюдениях было диагностировано острое полиморфное психотическое расстройство.

26 пациентов были из полных семей. В 18 наблюдениях родители пациента находились в разводе, из них в 12 случаях на момент манифеста болезни пациент поддерживал отношения только с матерью, в 7 – один из родителей умер. 17 пациентов имели сиблингов, 10 из них находились в ежедневном контакте с сиблингом.

35 пациентов (68,63%) на момент госпитализации проживали в родительской семье. В 2 случаях пациенты на протяжении нескольких лет проживали совместно с сиблингом, который брал на себя заботу о заболевшем близком. В обоих случаях родители больных были иногородними; в 1 случае пациент проживал с бабушкой и встречался с матерью один раз в неделю. 3 (5,88%) имели собственные семьи. Остальные пациенты (10 чел.; 19,6%) жили отдельно от родителей, но сохраняли частичную финансовую зависимость от них.

В ходе исследования пациенты обследовались с помощью следующего набора шкал и опросников: шкала PANSS [11, 44] для оценки динамики психопатологической симптоматики больного, опросник И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных, опросник для оценки эмоциональной и инструментальной поддержки психически больных [19].

Анализ особенностей семей, вовлеченных в уход за пациентами, а также выявление дифференцированных мишеней мультисемейного воздействия и оценка его эффективности проводились с помощью специально разработанного нами оригинального полуструктурированного интервью. Оно включало в себя три блока. Вопросы первого блока позволяли оценить влияние болезни на семью и внутрисемейное взаимодействие. Второй блок был ориентирован на оценку участия семьи в процессе лечения и реабилитации пациента. Третий блок вопросов нацелен на выявление стратегий совладания и ресурсов семьи в преодолении кризисной ситуации.

Для объективизации данных, полученных в процессе интервью, использовались следующие шкалы и опросники: карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы [14], шкала оценки нагрузки на семью [58], опросник для оценки проблем, возникающих при уходе за больным родственником [58] для определения в динамике бремени семьи.

Пациенты обследовались дважды: при поступлении в клинику и в катамнезе через 1 год. Родственники проходили интервью и заполняли опросники при включении в мультисемейную группу и при ее завершении.

С помощью полуструктурированного интервью было обследовано 83 родственника. 54 наблюдения – оба родителя пациентов, 19 – один из родителей, 1 – бабушка, 6 сиблингов и 3 супруга. Интервью не были охвачены четверо сиблингов младше 8 лет,

родители 4 пациентов (8 родителей) и 7 сиблингов, которые являлись иногородними. В одном случае пациент попросил не сообщать одному из родителей о заболевании.

В программу групповой работы было включено 65 человек. Критериями включения в программу являлось наличие регулярного тесного контакта с пациентом на этапе продрома и манифеста заболевания. Критериями исключения – наличие психического расстройства или тяжелого соматического заболевания, возраст моложе 18 лет. С данными родственниками (9 чел.), а также близкими, которым было трудно посещать групповые занятия из-за того, что они жили за пределами Москвы (9 чел.) осуществлялась индивидуальная работа. При наличии выраженных длительно существующих внутрисемейных конфликтов (5 чел.) родственники включались в разные группы.

В групповой работе участвовало 57 родителей (84,69%): у 12 пациентов – оба родителя (36,92% из всех наблюдений), у 27 – только мать (41,54%), у 6 – только отец (9,23%). В 1 случае в программе участвовала бабушка, в 4 – сиблинги, в 3 – супруги пациентов.

Программу в полном объеме прошли 59 родственников. 6 человек (2 сиблинга, 2 отца, 2 матери) посетили не более 5 занятий. В одном наблюдении в силу выраженного психоэмоционального стресса отцу пациента была предложена индивидуальная форма работы. В пяти случаях родственникам было трудно совмещать занятия с учебой или работой. Все они получали дополнительные (не менее 4) индивидуальные консультации, нацеленные на консолидацию семьи и развитие навыков взаимодействия с пациентом.

Результаты исследования

В ходе первичного интервью 73,84% опрошенных родственников сообщали о том, что начало болезни близкого привело к изменению взаимодействия как с пациентом, так и с другими членами семьи. Анализ показал, что выраженность и характер изменений зависел от длительности продрома и темпа дебюта заболевания [10], в соответствии с чем были выделены три модели изменений внутрисемейного взаимодействия [7,10].

При остром развитии манифеста (26 пациентов) и обычно кратковременном продроме, генерализованная психопатологическая симптоматика разворачивалась в течение 3–4-х недель на фоне до этого внешнего благополучия и хорошего уровня социального функционирования пациента. У родственников пациентов (41 чел.) неожиданно начавшийся психоз приводил к тяжелому психоэмоциональному стрессу с выраженными переживаниями горя и потери. В 46,34% наблюдений родственники на момент первичного интервью демонстрировали подавленность, растерянность, трудности концентрации внимания, ощущение «нереальности происходящего», нарушения сна, затруднения в

выполнении привычных дел. 29,2% родственников обращались с просьбой о специализированной, в том числе медикаментозной помощи, в связи с невозможностью самостоятельно справиться с данными переживаниями. Выраженность эмоционального напряжения усугублялась чувством тревоги, навязчивыми мыслями о болезни и связанных с этим потерях, от которых невозможно было отвлечься. В 41,46% случаев родственники считали, что заболевание является необратимым, ведет к крушению надежд, потере возможностей пациента. В 58,54% наблюдениях считали себя виновными в развитии болезни (основными причинами назывались неправильное воспитание и внутрисемейные конфликты). Семьи испытывали страх, что психоз может в дальнейшем возникнуть непредсказуемо, сопровождаться риском суицида, опасными действиями пациента.

31,71% опрошенных родственников сообщали, что начало болезни близкого привело к внутрисемейным разногласиям, ощущению разобщенности. В ходе интервью с участием обоих родителей пациента основную причину разногласий супруги видели в недостаточной взаимной поддержке, что было связано с непониманием, в какой именно поддержке нуждается каждый из них в кризисной ситуации.

26,83% опрошенных указывали на то, что болезнь близкого сплотила семью, дала возможность понять ее ценность.

При быстрой редукции продуктивных расстройств и возвращению к доболезненному уровню социального функционирования 67% родственников данной подгруппы связывали развитие психоза с переутомлением, «нервным напряжением», конфликтами. «Минимизация» тяжести болезни, «психологизация» ее причин, эмоциональное «облегчение» ситуации выступали защитным механизмом, помогающим совладать со стрессом.

Попытки родственников отказаться от лечения при первых признаках стабилизации состояния могли приводить к отсутствию поддержки пациента в вопросах комплайенса, преждевременному прекращению медикаментозной терапии, позднему обращению за помощью при повторном ухудшении состояния больного.

Затяжной характер приступа (21 пациент) увеличивал у родственников чувство тревоги. Депрессивная трансформация синдрома трактовалась как нарастание «измененности» близкого, «инвалидизации», невозможности вернуться к доболезненному состоянию. «Гиперболизация» тяжести заболевания приводила к появлению эмоциональной гипервовлеченности в жизнь больного. Гиперопекающее поведение (71,88% наблюдений) выражалось в недооценке возможностей пациента, в ограждении от выполнения обычных для него ранее домашних обязанностей, «невозможности» оставить его одного дома, чрезмерном контроле соблюдения медикаментозного режима.

На этом этапе сиблинги пациентов считали поведение родителей по отношению к больному чрезмерно опекающим, считали, что родители делают из него «инвалида». Сами, наоборот, предъявляли требования к нему «как к прежнему», настаивали на большей самостоятельности пациента, большей включенности в домашние дела, что приводило к разногласиям. Родители связывали подобное поведение здорового ребенка с непониманием тяжести болезни и ревностью в связи с тем, что все их внимание сосредоточено на заболевшем.

18,75% родственников данной группы связывали проявления симптоматики постпсихотической депрессии с действием психофармакотерапии. На фоне страха перед «опасным» действием лекарств, они преувеличивали степень выраженности побочных эффектов, недооценивали эффективность терапии и положительную динамику состояния пациента, что затрудняло взаимодействие с врачом.

При подостром развитии манифеста и предшествующем длительном (в среднем до 5 лет) продроме (19 пациентов), инициальные расстройства проявлялись необычным или неадекватным поведением пациента, ограничением круга общения в связи с конфликтами или потерей прежних интересов, социальным снижением.

Родственники (32 чел.) не могли понять, с чем связаны изменения поведения, не оценивали их «болезненного» характера, объясняли их особенностями характера или «влиянием дурной компании». Эти объяснения в большинстве случаев были различными, даже противоречивыми у отдельных членов семьи, что приводило к разногласиям, конфликтам (15,63%), которые увеличивали путь к обращению за специализированной помощью и длительность нелеченного психоза.

Родственники пытались контролировать нарастающее необычное или агрессивное поведение, раздражительность пациента, пытались «перевоспитывать» его. Безуспешность подобных попыток вызывала фрустрацию, ощущение беспомощности, что находило выражение в чрезмерной критике (68,75%).

Нарастающую аутизацию, нивелирование эмоциональных реакций, негативистичность родственники воспринимали как равнодушие, эгоизм, что вызывало ответное недовольство (43,75%), усугубляло напряженность внутрисемейных взаимоотношений и взаимную отстраненность.

Сиблинги пытались защитить родителей от враждебного или неуважительного поведения больного, что усугубляло конфликты и эмоциональное напряжение.

При медленном развитии психического расстройства с детского или младшего подросткового возраста (6 пациентов) длительно существующие нарушения мышления, психопатоподобные расстройства, негативизм, агрессивность, социальное снижение на протяжении длительного времени до первого обращения к врачу способствовали форми-

рованию симбиотических отношений родственников (10 чел.), в первую очередь матерей, с пациентом. 83% матерей сообщали, что их жизнь полностью подчинена заботе о ребенке в связи с его трудностями в учебе, общении, адаптации в коллективе. По этой причине в 66,7% случаев матери не работали и не имели собственного круга общения в течение длительного времени. 33% матерей пациентов были инициаторами развода из-за того, что «муж требовал внимания, не мог понять, что она все свои силы должна отдавать ребенку».

Неправильная оценка возможностей пациента, фиксация на его трудностях приводили к гиперопекающему поведению (80%), что затрудняло развитие самостоятельности пациента. Факт установления диагноза психического расстройства закреплял необходимость чрезмерного внимания и заботы, что способствовало формированию отрицательной самоидентификации и образа «психически больного».

С учетом выделенных моделей психоэмоциональной реакции родственников на начало болезни и изменения внутрисемейного взаимодействия в соответствии с особенностями развития дебюта были выделены мишени дифференцированного воздействия и разработан модуль групповой психосоциальной работы с родственниками больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами [13].

Мультисемейное воздействие было нацелено на формирование системы поддержки больного ближайшим социальным окружением в восстановлении позитивного самовосприятия пациента, предотвращении «хронификации» болезни, снижении самостигматизации. Это достигалось через снижение стресса семьи, развитие навыков эффективного взаимодействия родственников с пациентом, повышение компетентности семьи в понимании различных аспектов болезни близкого.

Модель групповой работы с родственниками представляла собой интерактивные тематические занятия с элементами психообразования, тренинга совладания со стрессом, коммуникативного и проблемно-разрешающего тренинга.

Программа осуществлялась в закрытой мультисемейной группе с количеством участников 8–10 человек. Цикл состоял из 10 занятий продолжительностью 1,5 часа. Частота занятий – 1 раз в неделю.

Групповая работа осуществлялась двумя ведущими – врачом-психиатром и ко-терапевтом со структурированными ролями. Использовался индивидуально-ориентированный подход с опорой на представления и потребности каждого участника группы.

В дальнейшем занятия проводились в группе «поддерживающих воздействий», которые носили проблемно-ориентированный характер и были нацелены на дальнейшее совладание со стрессом и снижение самостигматизации семьи, на обеспечение пациента необходимой поддержкой для предупреждения социальных потерь, предоставление ему поддержки и при необходимости мониторинга в вопросах комплаенса, раннего распознавания симптомов обострения, профилактики рецидивов. Длительность работы в этой группе 1 год. Частота встреч 1 раз в месяц. Длительность занятия – 1,5 часа. Стиль ведения группы – фасилитирующий в формате проблемно-ориентированного подхода.

С целью определения эффективности семейного воздействия использовалось сопоставление динамики показателей основной группы пациентов, с семьями которых проводилась психосоциальная работа и группы контроля, состоявшей из пациентов клиники первого психотического эпизода, родственники которых не включались в групповую психосоциальную программу (51 чел.). Изучаемые группы больных были сопоставимы по основным демографическим (пол, возраст) и диагностическим (форма, тип течения) параметрам (табл. 1).

Выраженность психопатологических расстройств по PANSS в основной и контрольной группах была сопоставима, как при включении в программу, так и при катamnестическом наблюдении ($41,27 \pm 8,73$ балла в основной группе, $43,39 \pm 12,67$ – в контрольной группе). Удельный вес полных ремиссий [6] к концу первого года составил 43,14% в основной группе и 37,25% в контрольной ($p > 0,05$).

Таблица 1

Характеристика больных основной и контрольной групп по полу, среднему возрасту и нозологическим формам

		Основная группа (n=51)	Контрольная группа (n=51)	Достоверность различий
Состав по полу	Мужчины	58,82%	60,78%	$p > 0,05$
	Женщины	41,18%	39,22%	$p > 0,05$
Средний возраст		$22,39 \pm 9,76$	$23,68 \pm 10,32$	$p > 0,05$
Нозологическая форма	Шизофрения параноидная	23,53%	29,41%	$p > 0,05$
	Шизофрения недифференцированная	9,8%	13,73%	$p > 0,05$
	Шизоаффективное расстройство	27,45%	25,49%	$p > 0,05$
	Шизотипическое расстройство	23,53%	19,6%	$p > 0,05$
	Острое полиморфное психотическое расстройство	15,69%	11,76%	$p > 0,05$
	Итого	100,0%	100,0%	

Анализ данных опросника «Карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы» [14] демонстрирует статистически значимые различия в отношении динамики показателей информированности родственников о психических расстройствах до и после прохождения программы. В результате прохождения программы отмечается значительное повышение информированности о проявлениях психических расстройств и особенностях взаимодействия с пациентом (от $2,86 \pm 2,14$ до $3,74 \pm 1,26$, $p < 0,001$), знаний о характере течения болезни (от $2,65 \pm 2,35$ до $3,63 \pm 1,37$, $p < 0,001$).

По данным обследования увеличилась информированность близких о методах лечения и побочных эффектах терапии, о собственной роли в процессе лечения и восстановления пациента (от $2,69 \pm 1,31$ до $4,2 \pm 1,68$, $p < 0,001$).

Данные опросника демонстрируют значительный рост информированности о ранних признаках обострения и необходимых реакций родственников для предупреждения обострений (от $2,44 \pm 1,56$ до $3,5 \pm 1,44$ и от $1,72 \pm 1,28$ до $3,47 \pm 1,53$ соответственно, $p < 0,001$). Со слов родственников, возможность контроля ухудшения состояния пациента, «контроля над болезнью» способствовала снижению выраженности стресса.

Динамика показателя информированности о причине болезни (от $2,7 \pm 2,31$ до $3,8 \pm 1,42$, $p < 0,001$) привела к снижению самостигматизации, чувства вины в связи с развитием болезни близкого. На снижение самостигматизации, возможность получения социальной поддержки указывает также увеличение показателя потребности в общении с родственниками других пациентов (от $2,47 \pm 1,28$ до $3,53 \pm 1,47$, $p < 0,05$).

В результате прохождения программы психосоциальных воздействий уменьшились показатели нагрузки на семью по всем субшкалам опросника нагрузки на семью [58]. Показатели проблем в поведении и негативных симптомов снизились (от $10,94 \pm 6,57$ до $6,52 \pm 7,12$ и от $12,16 \pm 5,84$ до $9,06 \pm 7,91$ соответственно, $p < 0,05$).

После завершения программы отмечается уменьшение самостигматизации семьи (от $8,75 \pm 8,94$ до $4,93 \pm 9,18$, $p < 0,05$).

Обращает на себя внимание незначительная динамика показателя оценки родственниками зависимости пациента от членов семьи (от $9,56 \pm 7,14$ до $8,47 \pm 6,52$, $p < 0,001$). Развитие новых эффективных стратегий взаимодействия на этапе выздоровления требует времени. Можно предположить, что для видимой коррекции симбиотических отношений необходимы длительные поддерживающие семейные воздействия, нацеленные на формирование адекватного восприятия пациента и предупреждение формирования образа «хронически больного».

Положительная динамика по шкале «позитивный опыт» (от $8,72 \pm 5,43$ до $13,47 \pm 8,6$, $p < 0,05$) отмечается, в первую очередь, за счет вопросов «я сблизил-

ся с некоторыми членами моей семьи» и «я помог другим понять, как серьезно он болен».

В ходе семейного воздействия отмечалось снижение гипервовлеченности родственников в жизнь больного (от 71,88% до 42,85%) в группе пациентов с острым развитием манифеста. Количество семей с преобладанием критичного отношения к больному в группе пациентов с подострым развитием манифеста в катамнезе снизилось от 68% до 44%.

По отчетам родственников психосоциальное воздействие дает ощущение эмоциональной поддержки, снижает ощущение изолированности, выраженность психоэмоционального стресса.

Включение семейного воздействия в комплексную помощь пациентам с первыми психотическими эпизодами позволяет существенно снизить нагрузку на семью в сравнении с контрольной группой (межгрупповые различия по разделам шкалы оценки нагрузки на семью представлены на рис. 1).

Вышеуказанные данные коррелируют с улучшением оцениваемых социальных показателей к концу первого года наблюдения у пациентов основной группы.

За исключением семейного воздействия, пациенты основной и контрольной групп получали помощь одинакового объема и интенсивности. Если динамика клинических показателей в катамнезе была сопоставима у пациентов обеих групп, то ряд показателей социального функционирования продемонстрировали лучшие результаты у пациентов основной группы в сравнении с контрольной. Так, среднее число обострений в годовом катамнезе было сопоставимым в обеих группах. Однако, пациенты, чьи родственники были включены в мультисемейные группы, при последующих обострениях достоверно чаще получали помощь в наименее ограничительных, амбулаторных условиях

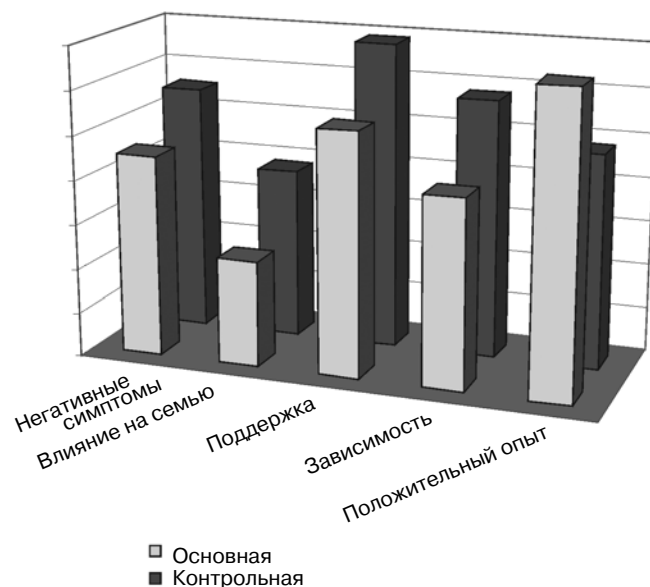


Рис. 1. Величина нагрузки на семью и проблем при уходе в основной и контрольной группах при завершении программы

(55,6% и 38,46% соответственно, $p < 0,01$), что коррелирует с вышеприведенным анализом показателей информированности родственников о ранних признаках обострения и необходимых действий для предупреждения обострения.

На протяжении года наблюдения пациенты основной группы демонстрировали более высокую комплаентность к терапии по сравнению с контрольной группой пациентов. Они регулярно находились под динамическим наблюдением специалистов (94,12% в основной группе; 90,19% в контрольной, $p < 0,0001$), в большем количестве случаев соблюдали лекарственные назначения и прием поддерживающей психофармакотерапии (92,16% в основной группе, 80,39% в контрольной, $p < 0,0001$), в меньшем проценте наблюдений отказывались от дальнейшего медикаментозного лечения (1,96% в основной группе, 13,7% в контрольной, $p < 0,01$).

Включение семейного воздействия в комплексную помощь пациентам с первыми психотическими эпизодами показало достоверное улучшение социальных исходов, способствовало восстановлению потерь продромального периода и предотвращению дальнейших социальных потерь ($p < 0,01$) (рис. 2).

Несмотря на то, что все пациенты отмечали сохраняющиеся трудности коммуникации, в 54,90% круг общения пациентов остался прежним (41,17% в контрольной группе, $p < 0,01$). В 37,25% случаев круг общения пациентов сузился и в 7,85% – распался, в то время как в контрольной группе эти показатели достигали 43,13% и 15,7% соответственно ($p < 0,01$).

Вышеуказанные данные анализа эффективности мультисемейного воздействия в отношении совладания родственниками со стрессом, развития навыков взаимодействия с пациентом, информированности о болезни коррелируют с ростом средних баллов по всем субшкалам опросника для оценки эмоциональной и инструментальной поддержки пациентов [19]. В результате прохождения программы родственники научились понимать потребности пациента, стали активно вовлекать пациента в домашнюю деятельность, обеспечивать поддержкой и необходимой степенью контроля в вопросах дневной активности, учебы, определения достижимых целей и оценке собственных возможностей,

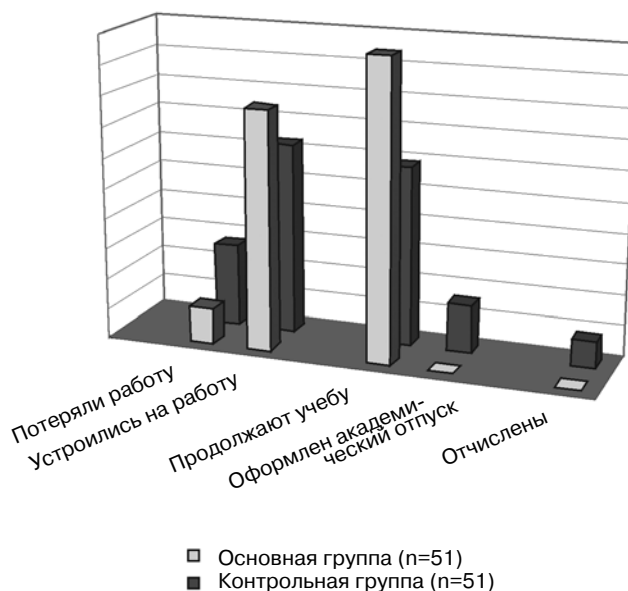


Рис. 2. Динамика трудового и учебного статуса пациентов основной и контрольной групп

планирования и структурирования времени, преодоления трудностей общения и совладания с остаточной симптоматикой, что нашло отражение в более выраженной динамике показателей социального функционирования и качества жизни пациентов основной группы в сравнении с контрольной ($p < 0,01$) – табл. 2, 3.

Таким образом, работа с семьями в системе комплексной психосоциальной терапии пациентов с первыми психотическими эпизодами показала большую эффективность по сравнению с контрольной группой в отношении снижения психоэмоционального стресса, дезадаптации родственников, бремени семьи. Следует отметить, что в результате семейного воздействия подверглись обратному развитию дисфункции внутрисемейного взаимодействия: снизилась гипервовлеченность родственников в группе пациентов с острым развитием манифеста, критичное отношение к больному в группе пациентов с подострым манифестом.

Полученные нами данные указывают на то, что мультисемейное воздействие оказывает выраженное влияние на социальное функционирование, носит превентивный и сберегающий характер, позволяет пациентам восстанавливать потери про-

Таблица 2

Динамика эмоциональной и инструментальной поддержки пациентов основной группы

Субшкалы	При включении в программу (баллы)	При завершении программы (баллы)	Достоверность различий
Эмоциональная поддержка	27,85±8,05	31,08±7,56	$p < 0,05$
Инструментальная поддержка	13,15±4,41	17,21±3,61	$p < 0,05$
Социальная интеграция	19,27±5,52	23,86±4,84	$p < 0,05$
Доверительные связи	6,95±2,07	8,02±1,83	$p > 0,05$
Удовлетворенность социальной поддержкой	4,02±2,66	6,32±2,79	$p = 0,07$

Показатели социального функционирования и качества жизни пациентов основной и контрольной групп при завершении программы

Показатели	Основная группа (n=51)	Контрольная группа (n=51)	Достоверность различий
Физическая работоспособность*	0,53±0,71	0,59±0,70	p>0,05
Интеллектуальная работоспособность*	0,69±0,37	0,76±0,65	p<0,05
Занятие домашним хозяйством*	0,43±0,52	0,73±0,83	p<0,05
Характеристика круга общения*	0,98±0,42	1,03±0,67	p<0,05
Характер отношений с окружающими*	0,27±0,73	0,34±0,69	p<0,001
Качество жизни в связи с психическим состоянием**	87,93%	84,75%	p<0,05
Качество жизни в целом**	85,06%	83,05%	p=0,09

Примечание: * – показатели оценивались в баллах от 4-х до 0, чем меньше значение средних баллов, тем ближе показатель к норме; ** – указана доля пациентов, выразивших удовлетворенность своим психическим состоянием и жизнью в целом (пункты 3 и 4 соответствующих разделов опросника).

дромального периода и прежние социальные позиции. Понимание родственниками своей роли в помощи пациенту, активное сотрудничество семьи с врачами способствует улучшению комплаенса и

своевременному обращению за помощью при ухудшении состояния пациента, что опосредованно повышает качество ремиссий и снижает частоту повторных регоспитализаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боуэн М. Теории семейных систем. М.: Когито-Центр, 2005. 496 с.
2. Воликова С.В. Системно-психологические характеристики родительских семей пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами: Дисс. ... канд. психол. наук. М., 2005. 195 с.
3. Гурович И.Я. Сберегающе-превентивная психосоциальная реабилитация // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 1. С. 5–9.
4. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. Выздоровление при шизофрении. Концепция «гесоведу» // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 2. С. 7–14.
5. Гурович И.Я., Семенова Н.Д. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Том 17, № 4. С. 78–85.
6. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Ремиссии и личностно-социальное восстановление при шизофрении: предложения к 11 пересмотру МКБ // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 4. С. 34–39.
7. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М., 2004.
8. Коцюбинский А.П., Зайцев В.В. Семейная психотерапия психически больных. СПб: ИЦ СПбНИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2004.
9. Мелехов Д.Е. Социальная психиатрия и реабилитация психически больных // Основы социальной психиатрии и социально-трудовая реабилитация психически больных. Л., 1981. С. 4–14.
10. Мовина Л.Г. Психосоциальная терапия больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2005. 195 с.
11. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. М., 2001. 237 с.
12. Палаццоли М., Босколо Л., Чекин Д., Прата Д. Парадокс и контрпарадокс: новая модель терапии семьи, вовлеченной в шизофреническое взаимодействие. М.: Когито-Центр, 2002. 204 с.
13. Ривкина Н.М., Сальникова Л.И. Работа с семьями в системе психосоциальной терапии больных с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 1. С. 65–76.
14. 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 ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера. М., 2002. С. 109–111.
15. Сальникова Л.И., Сторожакова Я.А., Семенова Н.Д., Архипова Е.Л. Модуль психообразовательной работы с больными шизофренией и их родственниками // Практикум по психосоциальному лечению и

психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера. М., 2002. С. 76–97.

16. Сатир В. Психотерапия семьи. СПб: «Ювента», 1999.

17. Холмогорова А.Б. Психологические аспекты микросоциального контекста психических расстройств (на примере шизофрении) // Московский психотерапевтический журнал. 2000. № 3. С. 35–71.

18. Холмогорова А.Б. Психотерапия психических расстройств: современное состояние и основные тенденции развития // Журнал современной терапии психических расстройств. 2006. № 2.

19. Холмогорова А.Б., Петрова Г.А. Диагностика уровня социальной поддержки при психических расстройствах. М., 2007.

20. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Эмпирические психологические исследования семейных факторов психических расстройств // Журнал современной терапии психических расстройств. 2007. № 3.

21. Эйдемиллер Э.Г., Добрякова И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб: Речь, 2006.

22. Addington D. Best practices: improving quality of care for patients with first-episode psychosis // Psychiatr. Serv. 2009. Vol. 60. P. 1164–1166.

23. Addington J., Young J., Addington D. Social outcome in early psychosis // Psychol. Med. 2003. Vol. 33. P. 1119–1124.

24. Álvarez-Jiménez M., Parker A., McGorry P. Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first-episode psychosis // Schizophr. Bull. 2009.

25. Bateson G., Jackson D.D., Haley J., Weakland J. Towards a theory of schizophrenia // Behav. Science. 1956. Vol. 1, N 2. P. 251–264.

26. Birchwood M., Fowler D., Jackson C. Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions. England: John Wiley & Sons, 2000.

27. Birchwood M., Trower P., Brunet K. et al. Social anxiety and the shame of psychosis: A study in first episode psychosis // Behav. Res. Ther. 2007. Vol. 45, N 5. P. 1025–1037.

28. Breitbore N., Wood S. Multifamily psychoeducation for first-episode psychosis: a cost-effectiveness analysis // Psychiatr. Serv. 2009. Vol. 60. P. 1477–1483.

29. Brown G.W., Birley J.L.T., Wing J.K. Influence of family EE on the course of schizophrenic illness: a replication // Brit. J. Psychiatry. 1972. Vol. 121. P. 241–258.

30. Cabral R., Chaves A. Multi-family group intervention in a program for patients with first-episode psychosis // International J. Soc. Psychiatry. 2009.

31. Corrigan P.W., Kleinlein P. The impact of mental illness stigma // On the stigma of mental illness / P.W.Corrigan (Ed.). American Psychological Association. Washington, 2005.

32. Dixon L., Dickerson F., Bellack A. The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements // Schizophr. Bull. 2010. Vol. 1. P. 48–70.

33. Dixon L., Adams C., Lucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia // Schizophr. Bull. 2000. Vol. 26, N 1. P. 5–20.

34. Dunkley J.E., Bates G.W., Foulds M., Fitzgerald P. Understanding Adaptation to First-Episode Psychosis: The Relevance of Trauma and Posttraumatic Growth // *The Austral. Journal of Disaster*. 2007. Vol. 1. P. 78–86.
35. Garety A., Garety D., Freeman D., Bebbington P., Kuipers E. Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomised controlled trial // *Br. J. Psychiatry*. 2008. Vol. 192. P. 412–423.
36. Glesson J., Cotton S., McGorry P. A randomized controlled trial of relapse prevention therapy for first-episode psychosis patients // *J. Clin. Psychiatry*. 2009. Vol. 4. P. 77–86.
37. Grice J., Kuipers E., Bebbington P. et al. Carers' attributions about positive events in psychosis relate to expressed emotion // *Behav. Res. Ther.* 2009. Vol. 9. P. 783–789.
38. Falloon I.R.H. Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness // *World Psychiatry*. 2003. Vol. 2, N 1. P. 20–28.
39. Foldemo A., Gullberg M., Ek A.C., Bogren L. Quality of life and burden in parents of outpatients with schizophrenia // *Soc. Psychiatry and Psychiatric Epidemiol.* 2005. Vol. 40. P. 133–145.
40. Froggatt D. Getting your life back. Part 2: The concept of recovery // *WFSAD Newsletter*. 2007. P. 1–4.
41. Hogarty G.E., Kornblith J.J., Greenwald D. et al. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II: Effects on adjustment of patients // *Am. J. Psychiatry*. 1997. Vol. 154. P. 1514–1524.
42. Jeppesen P., Petersen L., Thorup A. et al. Integrated treatment of first-episode psychosis: effect of treatment on family burden OPUS trial // *Br. J. Psychiatry*. 2005. Suppl. 48. P. 85–90.
43. Jones S., Fernyhough C. A New Look at the Neural Diathesis–Stress Model of Schizophrenia: The Primacy of Social-Evaluative and Uncontrollable Situations // *Schizophr. Bull.* 2007. Vol. 33, N 5. P. 1171–1177.
44. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The Positive and Negative Symptom Scale (PANSS) for schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 1987. Vol. 13. P. 261–276.
45. Lenior M.E., Dingemans P.M., Schene A.H. et al. The course of parental expressed emotion and psychotic episodes after family intervention in recent-onset schizophrenia, a longitudinal study // *Schizophr. Res.* 2002. Vol. 57. P. 183–190.
46. Liberman R. *Handbook of psychiatric rehabilitation*. Boston: Allyn & Bacon, 1992.
47. Lobban F., Barrowclough C. *A casebook of family interventions for psychosis*. England: John Wiley & Sons, 2009. 400 p.
48. Magliano L., McDavid 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.
49. McFarlane W.R., Lukens E., Link B. et al. Multiple family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1995. Vol. 52. P. 679–687.
50. 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.
51. Moller-Leimkuhler A.M. Burden of relatives and predictors of burden: baseline results from the Munich 5-year-follow-up study on relatives of first hospitalised patients with schizophrenia or depression // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neuroscience*. 2005. Vol. 255. P. 223–231.
52. Paterson P., Birchwood M., Cochrane R. Expressed emotion as adaptation to loss // *Br. J. Psychiatry*. 2005. Vol. 187, N 48. P. 59–64.
53. 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.
54. Rabinovitch M., Bechard-Evans L., Schmitz N. Early predictors of nonadherence to antipsychotic therapy in first-episode psychosis // *Can. J. Psychiatry*. 2009. Vol. 54. P. 28–35.
55. Robert C. How can clinicians help patients to take their psychotropic medication? // *Advan. Psychiatric Treatment*. 2007. Vol. 13. P. 347–349.
56. Rollnick S., Miller W., Butler C. *Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior*. Guilford Press, 2008.
57. Szmukler G.I., Herrman H., Colusa S. A controlled trial of a counselling intervention for caregivers of relatives with schizophrenia // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1996. Vol. 31. P. 149–155.
58. Szmukler G., Burgess P., Hirsman H. et al. Experience of caregiving inventory. Australia, University of Melbourne, Victoria, 1994.
59. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence // *Psychological Inquiry*. 2004. Vol. 15. P. 1–18.
60. Tennakoon L., Fannon D., Doku V. et al. Experience of caregiving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis // *Br. J. Psychiatry*. 2000. Vol. 177. P. 529–533.
61. Vaughn C.E., Leff J.P. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness // *Br. J. Psychiatry*. 1976. Vol. 129. P. 125–137.
62. Wong C., Davidson L., McGlashan T. Comparable family burden in families of clinical high-risk and recent-onset psychosis patients // *Early Interv. Psychiatry*. 2008. Vol. 4. P. 256–261.

ГРУППОВАЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С СЕМЬЯМИ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ

Н. М. Ривкина

В статье описана модель включения дифференцированного семейного воздействия в комплексную помощь пациентам с первыми психотическими эпизодами. Работа освещает модели психоэмоциональной реакции родственников на начало болезни и изменения внутрисемейного взаимодействия в соответствии с особенностями развития де-

бюта, на основании которых был разработан модуль психосоциальной работы с семьями. Представлена эффективность включения данного воздействия в систему психосоциальной терапии пациентов.

Ключевые слова: первый психотический эпизод, семейные воздействия, клиника первого эпизода.

GROUP PSYCHOSOCIAL WORK WITH FAMILIES IN THE SYSTEM OF COMPREHENSIVE CARE FOR PATIENTS WITH FIRST PSYCHOTIC EPISODE

N. M. Rivkina

This article describes the model of involving differentiated family influences in comprehensive care for patients with first psychotic episode. It presents the models of the family members' psychoemotional reaction to the onset of the disease and changes in intrafamilial interactions with regard for characteristics of the onset that actually form the ground for

development of this module of psychosocial work with the families. The author also presents the data concerning efficacy of including family influences in the system of psychosocial treatment.

Key words: first psychotic episode, family interventions, first episode clinic.

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