

ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ РАБОТА С РОДСТВЕННИКАМИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ЧАСТЫМИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯМИ

М. А. Ландышев

Рязанская областная клиническая психиатрическая больница

Проблема образования пациентов и семей активно изучается и обсуждается в литературе. Считается, что 50–60% всех пациентов, выписываемых из психиатрических стационаров, возвращаются домой (16) и 50–90% сохраняют контакты со своими семьями (11). Родственники нуждаются в знаниях и умениях в отношении того, как ладить с психически больными членами семьи (1, 2, 6, 14).

В современной практике работа с семьей является, в частности, одним из краеугольных камней системы психосоциального лечения на всех этапах ведения хронически психически больных (4, 8, 9, 12, 17, 18).

Отмечается высокая эффективность образовательных программ с пациентами и семьями в плане сокращения сроков и числа госпитализаций, улучшения семейного микроклимата, уменьшения нагрузки на членов семьи. Важную роль играет психообразование семей в системе борьбы со стигмой, связанной с шизофренией (3). Исследователи, изучавшие семейные вмешательства, принимают во внимание две основных концепции. Одна из них опирается на положение об отрицательном влиянии «эмоциональной экспрессивности» на частоту повторных обострений при шизофрении (10, 15, 20). Вторая концепция связана с понятием «бремя семьи» (нагрузка на семью) (13, 19), ухаживающей за психически больным родственником. Бремя семьи включает несколько составляющих: 1) совместное проживание с пациентом, поведение которого часто неадекватное или даже агрессивное; 2) состояние длительного стресса (тревога, чувство вины, беспомощности, отсутствие информации, подавленность, психосоматические расстройства); 3) финансовые затраты на содержание и лечение неработающего члена семьи.

Больные шизофренией с частыми госпитализациями составляют относительно небольшую долю в общей популяции пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением (14%), при этом они обуславливают до 80% всех госпитализаций в течение года (5).

По отчётным данным количество таких пациентов в больницах Рязанской области из года в год

составляет около семисот человек. Они наиболее нуждаются в психосоциореабилитационных воздействиях и, в то же время, практически исключены из существующих реабилитационных программ. На их лечение в стационарных условиях затрачиваются значительные ресурсы, кроме того, они создают серьёзные проблемы в своих семьях. Разработка действенной программы помощи таким больным и их родственникам представляется актуальной задачей. В условиях перехода к оказанию помощи с опорой на сообщество особенно важно активизировать родственников пациентов, добиться их участия в лечении и реабилитации, поскольку именно на ближайшее окружение пациентов выпадает наибольшая нагрузка по участию в лечении и уходу.

Цель данного исследования: определение эффективности групповой психосоциальной работы с психообразовательной методикой с родственниками больных шизофренией для предупреждения частых госпитализаций.

Материал и методы

Было обследовано 30 больных параноидной шизофренией, стационарировавшихся в Рязанскую психиатрическую больницу не менее двух раз за два последние года. Основанием для включения больных в исследование было согласие их родственников на участие в психообразовательной программе.

Оценка состояния больных и его динамики производилась клинико-психопатологически, а также с помощью шкалы PANSS. Использовалась специальная составленная карта, заполняемая врачом-психиатром. Карта включала ряд клинических характеристик (пол, возраст, диагноз по МКБ-10, давность заболевания; частота госпитализаций – всего, за последние 2 года и последние 5 лет; длительность госпитализаций – количество койко-дней, проведённых в стационаре за последние пять лет и последние два года; приём поддерживающего лечения), а также некоторые социальные характеристики: проживание (один или в семье), частота посещения диспансера, отношения больного с родственниками, посещение диспансера родственниками (рас-

смастриваемое как показатель вовлечённости родственника в процесс оказания помощи пациенту), употребление пациентом алкоголя, наличие неблагоприятного социального окружения.

Оценка эффективности психообразовательной программы проводилась с помощью опросника «Карта оценки эффективности психообразовательной программы» (7), опросника «Шкала оценки нагрузки на семью» и «Шкала оценки проблем, возникающих при уходе за больным родственником» (19).

Пациенты обследовались при поступлении в психиатрический стационар (до и после участия родственников в психообразовательной программе). В случае отсутствия повторных госпитализаций пациент обследовался амбулаторно, в конце двухлетнего периода после участия родственника в психообразовательной программе. Родственники заполняли опросники дважды: до начала обучения и по окончании психообразовательной программы.

Параноидная шизофрения диагностирована у всех 30 больных: непрерывный тип течения – у 5, эпизодический тип с нарастающим дефектом – у 10 и эпизодический со стабильным дефектом – у 15 пациентов. Характеристика обследованных больных по полу, возрасту, давности заболевания и количеству госпитализаций представлена в табл. 1.

Как видно, все пациенты имели длительный стаж заболевания, при этом неоднократно стационарировались, а состояние их характеризовалось выраженными психическими расстройствами. Преобладание мужчин в исследуемой группе объясняется проведением работы на базе мужского районированного отделения больницы.

Все пациенты исследуемой группы являлись инвалидами вследствие психического заболевания. Трое имели первую группу инвалидности, вторая группа инвалидности определена 27 пациентам.

Более 80% пациентов исследуемой группы проживало в семьях. Около трети больных не посещали участкового психиатра и не принимали рекомендованной поддерживающей терапии, конфликтные отношения с родственниками выявлены также более чем у трети пациентов. Родственники 70% пациентов не принимали участия в амбулаторном лечении и не поддерживали контакта с участковым психиатром. Алкоголем злоупотребляли 10% пациентов, изредка выпивали 26,6%. Неблагоприятное социальное окружение обнаружено только у 6,6% пациентов.

Групповая психосоциальная работа с семьями больных шизофренией с частыми госпитализациями. Нами был разработан «Модуль групповой психообразовательной работы с родственниками». Пси-

хообразование заключалось в проведении для членов семей пациентов высокоструктурированных занятий с целью предоставления как можно более полной информации о конкретном психическом расстройстве, существующем на данный момент, а также поощрения долговременного участия в процессе лечения их родственника.

Психообразование включало перечень определённых проблем, обсуждаемых в группе. Помимо предоставляемых сведений о природе и характере заболевания, его проявлениях, родственники пациента получали представление о том, что они способны оказывать определённое влияние на процесс течения заболевания, в их силах оказать содействие в предупреждении дальнейших рецидивов, что процессы, происходящие в семье пациента, вызваны его заболеванием, а не он заболел в результате семейных конфликтов и ссор; что болезнь отрицательно сказывается на семье и социальной сети пациента, что никто из членов семьи не является «виновным» в появлении заболевания у родственника.

Члены семьи научались определять патологическую мотивацию отклонений в поведении, начинали правильно оценивать поступки и поведение больных, приводящие к конфликтам в семье, как обусловленные болезненными расстройствами, а не какими-либо другими мотивами. В процессе интерактивного обсуждения в группе не только вырабатывались варианты реакций членов семьи на поведение больных, но и в известной степени осуществлялся тренинг реагирования, позволявшего избегать конфликтов, способствовать консолидации семьи, созданию благоприятного микроклимата. Особое внимание уделялось формированию представлений о том, что регулярное медикаментозное лечение значительно улучшает состояние больного шизофренией. На примерах анализа ошибок – своих и других участников группы, члены семей убеждались, что больные шизофренией, принимающие лекарства в соответствии с назначениями врача, становятся упорядоченными, безопасными для себя и окружающих, и что отказ от приёма лекарств оказывается первым шагом к началу обострения и повторной госпитализации, в этом случае бесполезно ожидать спонтанного улучшения. Обострения шизофрении чаще начинаются исподволь, развиваются постепенно и достигают стадии возбуждения и агрессивного поведения лишь в случаях, когда сам больной и его родственники не приняли должных мер к обращению за профессиональной помощью. Необоснованные госпитализации вредят больному, лишая его самостоятельности и ответственно-

Таблица 1

Характеристика обследованной группы

Возраст	Пол		Давность заболевания	Общее количество госпитализаций	Средний балл по шкале PANSS
	М	Ж			
37,5±12 лет	25	5	16±8 лет	14,8±3	121,2±15,4

сти, формируют нежелательный стереотип, увеличивают вероятность инвалидизации.

Психообразовательная программа проводилась в закрытых группах. Каждое последующее занятие служило продолжением предыдущего, участники должны были посетить весь цикл. Группы состояли из четырёх–восьми участников. Каждый цикл психообразования состоял из восьми занятий, продолжительностью по 90 минут (два академических часа) каждое.

Результаты исследования

Был изучен двухлетний катамнез пациентов, чьи родственники прошли обучение. Сведения о частоте и длительности стационарирования пациентов за 2 года до и за 2 года после психообразовательной программы приведены в табл. 2. Среднее число госпитализаций снизилось более чем вдвое, средняя длительность пребывания в стационаре – более чем втрое.

Результаты обследования пациентов до и после участия их родственников в групповой программе приведены в табл. 3.

Как видно, существенно изменились такие важные показатели, как посещение пациентом диспансера и приём поддерживающего лечения, также улучшились показатели взаимоотношений пациентов с родственниками и посещения родственниками участкового психиатра.

Результаты изучения эффективности психообразовательной программы с помощью опросника «Карта оценки эффективности психообразовательной программы» (7) приведены в табл. 4.

Как следует из полученных результатов, по окончании обучения родственники пациентов склонны более позитивно оценивать свои знания о психических расстройствах, видах и формах помощи, симптомах болезни и болезненном поведении. Отмечается положительная динамика показателя уверенности в преодолении трудностей.

Таблица 2

Частота и длительность стационарирования пациентов

Среднее число госпитализаций пациентов группы за два года до вмешательства	Среднее число койко-дней за два года до вмешательства	Среднее число госпитализаций за два года после вмешательства	Среднее число койко-дней за два года после вмешательства
3,23±1,14	275,6±189,1	1,23±1,19	77,7±86,2

Примечания: различия статистически достоверны ($p < 0,01$).

Таблица 3

Социальные характеристики пациентов до и после вмешательства

		Посещение РПД			Поддерживающее лечение принимает			Отношения с родственниками			Посещение родственниками врача	
		Регулярно	Не регулярно	В семье	Регулярно	Не регулярно	Не принимает	Хорошие	Нейтральные	Конфликтные	Посещают	Не посещают
До вмешательства	Количество пациентов	7	14	9	5	15	10	5	14	11	8	22
	Доля (%) от числа пациентов	23,3	46,7	30*	16,6*	50	33,3*	16,6	46,7	36,7*	26,6*	73,4*
После вмешательства	Количество пациентов	14	14	2	16,0	14	0	14	16	0	17	13
	Доля (%) от числа пациентов	46,7	46,7	6,6*	53,4*	46,6	0*	46,6	53,4	0*	56,6*	43,4*

Примечания: * – различия статистически достоверны ($p < 0,05$).

Таблица 4

Результаты изучения эффективности психообразовательной программы

Вопросы	Средний балл ответа до обучения	Средний балл ответа после обучения	p
1 – знания о службах и формах помощи	3,03	3,77	<0,001
2 – знания о психическом заболевании	2,47	3,33	<0,001
3 – знания правил поведения с больным	2,3	3,9	<0,001
4 – определение болезненного поведения	2,93	3,83	<0,001
5 – определение необходимости врачебного вмешательства	3,03	3,57	<0,05
6 – уверенность в преодолении трудностей	1,87	3,1	<0,001

Результаты заполнения родственниками опросника «Шкала оценки нагрузки на семью» и «Шкала оценки проблем, возникающих при уходе за больным родственником» приведены в табл. 5.

Уменьшение нагрузки на семью по показателю проблем в поведении и по шкале оценки проблем, возникающих при уходе за больным, связано, по нашему мнению, с выработкой у родственников понимания причин неправильного болезненного поведения. Как показал опыт групповой работы, многие родственники искренне считали явно болезненные формы поведения проявлением «дурного характера», «вредностью» пациента, что вызывало негативную реакцию, конфликты с пациентом, постоянный стресс. В результате психосоциальных вмешательств отношение родственников к больному стало более терпимым, понимающим. Улучшение показателя проблем с психиатрическими учреждениями можно объяснить лучшей информированностью родственников о функциях различных психиатрических служб. Изменения по субшкалам зависимости и накопления положительного опыта объясняется, по нашему мнению, появлением у родственников возможности открыто обсудить свои семейные проблемы в безопасной обстановке группы, поделиться своими трудностями с людьми, имеющими сходные проблемы, перенять опыт успешного преодоления тех или иных проблем. Обнаружение позитивных моментов в состоянии и поведении пациента, обязательная фиксация, пусть небольших, но успехов своего подопечного, – навыки, которым обучались все участники в ходе программы, объясняют позитивную динамику по субшкале положительные аспекты взаимоотношений.

Полученные результаты подтверждают высокую эффективность психообразовательной программы для снижения частоты и длительности стационарирования пациентов с шизофренией в психиатрическую больницу. Важно разобраться в возможных причинах такого снижения.

Нам представляется, что на снижение повторных госпитализаций существенное влияние оказало обеспечение родственниками комплаентности пациентов. Тема необходимости поддерживающего лечения являлась одной из основных в учебной программе. На каждом занятии в различном контексте ведущим подчёркивалась положительная роль лекарств в обеспечении нормальной жизни пациентов. По результатам повторного тестирования выяснилось, что в изучаемой группе все пациенты принимают поддерживающее лечение (полностью отсутствуют пациенты, не принимающие его). На наш взгляд на первом этапе этого удалось добиться исключительно усилиями родственников. Родственники стали деликатно напоминать и контролировать приём препаратов пациентом, обнаруживая убежденность в необходимости этого. В последующем при нормализации психического состояния пациенты стали принимать рекомендованные препараты самостоятельно.

Результаты изучения нагрузки на семью и проблем при уходе за больным

Субшкала	До вмешательства	После вмешательства	p
Проблемы в поведении	18,7	15,5	<0,05
Отрицательные симптомы	16,6	16,0	
Стигма	7,2	6,0	
Проблемы с учреждениями, обслуживающими психически больных	14,6	10,0	<0,05
Влияние на семью	10,2	9,5	
Необходимость поддержки пациента	12,3	11,4	
Зависимость	14,3	11,9	<0,05
Ущерб	12,7	11,4	
Накопление положительного опыта	14,1	17,3	<0,05
Положительные аспекты взаимоотношений	12,6	14,0	<0,05
Шкала оценки проблем, возникающих при уходе за больным родственником	40,0	31,8	<0,05

Другим важным фактором, повлиявшим на частоту стационарирования, является активизация взаимодействия родственников с участковым врачом-психиатром. Значительная часть повторных стационарирований в изучаемой группе была связана с агрессивным поведением пациента. Родственники в процессе психосоциальных сессий научались раньше распознавать признаки начинающегося обострения, вовремя принимать меры по предотвращению его развития (обращение к психиатру и корректировка доз препаратов, инъекция пролонгированного препарата), что позволяло избегать помещения больного в психиатрический стационар.

Ещё один важный фактор – нормализация отношений пациентов с их родственниками. Конфликты в семье являются сильнейшим стрессором, воздействие которого негативно влияет на психическое состояние пациента, в свою очередь родственники пациента часто решают конфликт с помощью госпитализации больного.

Следует отметить ещё один результат участия родственников пациентов в учебной программе: появление вначале неформального клуба «бывших участников» обучения, а в дальнейшем организацию на его базе Рязанского регионального отделения Всероссийской общественной организации больных и их родственников «Новые возможности».

Таким образом, психообразовательная программа для родственников больных шизофренией с частыми госпитализациями является эффективным методом психосоциального вмешательства, приводящего к существенному снижению частоты и длительности повторных стационарирований за счёт вовлечения ближайшего социального окружения пациента в процесс лечения, увеличения комплаентности пациентов и нормализации внутрисемейных отношений.

Наконец, учитывая высокую эффективность групповой психосоциальной работы с семьями больных шизофренией, может быть сделано заключение о возможности создания самостоятельной бригады специалистов (врач-психиатр, психолог или специалист по социальной работе, мед-

сестра), осуществляющей групповую психосоциальную работу с семьями больных с частыми госпитализациями или другими значимыми проблемами – бригады, в виде организационного звена, работающего на функциональной, но постоянной основе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голик А.Н. Психопатологические особенности семейного статуса у больных шизофренией // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 1996. – № 5. – С. 38–42.
2. Головина А.Г. Особенности семейного статуса больных шизофренией // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 1998. – № 1. – С. 16–20.
3. Гурович И.Я., Кирьянова Е.М. О программе борьбы со стигмой, связанной с шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т. 9, № 3. – С. 5–8.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М., 2004. – 492 с.
5. Есаянц Ж.Л., Висневская Л.Я. Буферная роль психосоциальной (психообразовательной) терапии в отношении повторных госпитализаций у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // XIV Съезд психиатров России, 15–18 ноября 2005 г. – М., 2005. – С. 52.
6. Зайцев В.В. Влияние семейных отношений на социальную адаптацию и качество жизни больных шизофренией. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – СПб., 1999. – 23 с.
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 ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера. – М., 2002. – С. 109–111.
8. Albeniz A., Holmes J. Psychotherapy integration: its implications for psychiatry // Br. J. Psychiatry. – 1996. – Vol. 169. – P. 563–570.
9. Barrowclough C., Tarrrier N., Levis S. et al. Randomised controlled effectiveness trial of a needs-based psychosocial intervention service for carers of people with schizophrenia // Br. J. Psychiatry. – 1999. – Vol. 174. – P. 505–511.
10. Brown G.W., Birley J.L., Wing J.K. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders // Br. J. Psychiatry. – 1972. – Vol. 121. – P. 241–258.
11. Fadden J. et al. The burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patient's family // Br. J. Psychiatry. – 1987. – Vol. 150. – P. 285–292.
12. Falloon I.R.H., Boyd J.L., McGill C.W. et al. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: clinical outcome of a two-year longitudinal study // N. Eng. J. Med. – 1982. – Vol. 306. – P. 1437–1440.
13. Grad J., Sainsbury P. The effects that patients have on their families in a community care and control psychiatric service // Br. J. Psychiatry. – 1968. – Vol. 114. – P. 265–278.
14. Hogarty G.E., McEvoy J.P., Munez M. et al. Dose of fluphenazine, familial expressed emotion, and outcome in schizophrenia: Results of a two-year controlled study // Arch. Gen. Psychiatry. – 1988. – Vol. 45. – P. 797–805.
15. Hooley J.M. Expressed emotion and locus of control // J. Nerv. Ment. Dis. – 1998. – Vol. 186, N 6. – P. 374–378.
16. Lamb H.R., Oliphant E. Parents of schizophrenics: advocates for the mentally ill // New Directions for Mental Health Services. – 1979. – N 2. – P. 85–92.
17. Leff J., Kuipers L., Berkowitz R. et al. A controlled trial of social interventions in the families of schizophrenic patients // Br. J. Psychiatry. – 1982. – Vol. 111. – P. 121–134.
18. Scazufca M., Kuipers E. Coping strategies in relatives of people with schizophrenia before and after psychiatric admission // Br. J. Psychiatry. – 1999. – Vol. 174. – P. 154–158.
19. Szmukler G.I., Burgess P., Herman H. et al. Caring for relatives with severe mental illness: The development of the experience of caregiving inventory // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 1996. – Vol. 31. – P. 137–148.
20. Vaughn C.E., Snyder K.S., Jones S., Freeman W.B., Falloon I.R. Family factors in schizophrenic relapse. Replication in California of British research on expressed emotion // Arch. Gen. Psychiatry. – 1984. – Vol. 41, N 12. – P. 1169–1177.

PSYCHOEDUCATION OF FAMILY MEMBERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH FREQUENT HOSPITALIZATIONS

M. A. Landyshev

Subjects: 30 patients with paranoid schizophrenia frequently hospitalized to the Ryazan Psychiatric Hospital (inclusion criterion: at least two hospitalizations during recent two years). The patients' family members followed a psychoeducation program based on the "Module of group psychoeducation for family members of schizophrenic patients with frequent hospitalizations". The paper presents the analysis of a two-year follow-up of the patients whose relatives have completed the psychoeducation program, specifically, concerning the frequency and duration of hospitalizations during two years before the program and two years after it. The average number of hospitalizations has dropped more than twofold and the mean stay in the hospital more than threefold.

The efficacy of psychoeducation program was also measured and confirmed by means of the Checklist for Evaluation of Psychoeducation

Program Efficacy, Experience of Caregiving Inventory and the Scale of Family Burden.

The psychoeducation program for family members of schizophrenic patients with frequent hospitalizations proves to be an effective psychosocial intervention that results in significant reduction of hospitalizations and decreased stay in the hospital due to involvement of the social environment of the patient into treatment. It also influences the compliance and contributes to normalization of relationships within the family.

The article also emphasized the importance of an independent multidisciplinary team (psychiatrist, psychologist, social worker and a nurse) that can provide psychoeducation for family members and works on functional but permanent basis.