

РОЛЬ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

А. Н. Еричев

Медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург

Цель исследования: разработка программы психо- и социотерапевтических мероприятий, осуществляемых в рамках психообразовательного вмешательства (1, 4, 6, 9–11), и изучение влияния психообразовательных программ на успешность социальной адаптации больных шизофренией.

Задачи исследования:

1. Изучить (на основании проведенного анкетирования) оценку больными шизофренией и их родственниками имеющейся у них потребности в информации о психических заболеваниях, методах их лечения, основных и побочных действиях лекарственных препаратов.
2. Разработать бифокальную (ориентированную на больных и их родственников) психообразовательную модель, направленную на улучшение социальной адаптации больных шизофренией.
3. Изучить влияние психообразовательной работы на психологическую адаптацию больных шизофренией (копинг, психологическая защита, внутренняя картина болезни).
4. Выяснить влияние психообразовательной работы на социальную адаптацию больных.
5. Уточнить влияние психообразовательной программы на соблюдение больными поддерживающей терапии.
6. Уточнить влияние психообразовательной работы на число ре госпитализаций больных.

Материал и методы исследования

Материал работы включает сведения о 92 больных шизофренией, получавших лечение в отделении внебольничной психиатрии (комплексе дневной/ночной стационара) Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева. Больные шизофренией в данном исследовании диагностировались в соответствии с «Оценочным перечнем симптомов и гlosсарием психических расстройств» (1994) и составляли (по МКБ-10) две подгруппы: 60 человек – F20 (различные варианты шизофрении) и 32 человека – F21 (шизотипическое расстройство). В исследование не включались больные в остром психотическом состоянии и пациенты с выраженным дефектом.

По полу исследованные больные распределились следующим образом: мужчин – 51 человек (55,43%), а женщин – 41 человек (44,56%).

Начало заболевания в большинстве случаев совпадало с пубертатным возрастом (независимо от пола). Средний возраст начала заболевания в исследованной группе больных оказался равным 17,3 годам.

Возраст больных на момент их лечения в комплексе дневной/ночной стационара института им. В.М.Бехтерева находился в диапазоне от 18 до 48 лет, в среднем 27,5 года. При этом в большинстве случаев отделение внебольничной психиатрии института им. В.М.Бехтерева было первым для пациента психиатрическим учреждением, где ему оказывалась специализированная помощь.

Средняя длительность заболевания обследованных больных составила 10,2 года и была несколько меньшей у мужчин по сравнению с женщинами, однако эти различия не были статистически достоверными.

По типу течения заболевание у большинства пациентов было преимущественно непрерывным (37 чел.; 40,2%) и приступообразно-прогредиентным (55 чел.; 59,8%) и характеризовалось малой (43 чел.; 46,7%) и умеренной (49 чел.; 53,3%) прогредиентностью процесса.

Психопатологическая симптоматика при поступлении больных в комплекс дневной/ночной стационара была неврозоподобной у 18 (19,6%), психопатоподобной у 21 (22,8%), относилась к психотическому регистру (паранойяльный, параноидный или аффективно-бредовый) у 53 (57,6%) больных.

Все исследуемые пациенты получали адекватную фармакологическую терапию и комплекс социально-реабилитационных мероприятий, используемых в отделении внебольничной психиатрии института им. В.М. Бехтерева.

Для определения эффективности психообразовательной работы в качестве группы сравнения исследовались пациенты, не проходившие курс психообразования. В группу сравнения вошли 50 пациентов (29 муж. и 21 жен.) с различными вариантами шизофрении (F20) и проявлениями шизотипических

расстройств (F21). Средний возраст пациентов в группе сравнения составлял 28,3 года, средний возраст начала заболевания составлял 17,45 лет, а длительность заболевания 10,85 лет. В контрольную группу, как и в основную, не включались больные в остром психотическом состоянии и пациенты с выраженным дефектом.

При статистической обработке первичных данных основным был метод стандартной ошибки среднего (коэффициент Стьюдента). Все вычисления проводились при помощи пакета программ STATISTICA 5.0.

Результаты исследования

Специальных исследований актуальности для больных и их родственников информационного дефицита о психической патологии ранее не проводилось.

В связи с этим нами было предпринято исследование, в ходе которого на основании специально разработанной анкеты уточнена потребность в информации психически больных и их родственников о причинах возникновения психических расстройств, особенностях их проявления, течения и методах лечения.

Для подавляющего большинства пациентов наиболее актуальными оказались такие темы, как «причины возникновения психических заболеваний», «распознавание депрессии и необходимая в случае ее возникновения помощь», «проявления и типы течения маниакально-депрессивного расстройства», «лекарства, используемые для лечения психических заболеваний, механизмы их действия, возможные побочные эффекты», «юридические аспекты, связанные с психическим заболеванием», «механизмы преодоления стресса». Наибольшее отрицание необходимости дополнительных сведений встречалось у пациентов при заполнении графы «шизофрения» (хотя большинство из них страдало именно шизофренией).

При анкетировании родственников больных шизофренией выявились тенденция, заключающаяся в том, что нередко те из них, которые не знали о диагнозе больного члена семьи, демонстрировали малоценност для них информации о симптоматике и прогнозе именно при шизофрении, в то время как родственники, имевшие представление о характере заболевания пациента, проявляли значительный интерес к обсуждению вопросов, связанных с этим заболеванием.

Таким образом, проведенное анкетирование больных и их родственников позволяет утверждать, что у них имеется информационный дефицит, касающийся многих вопросов, связанных с психическими расстройствами, и потребность в его восполнении. Одновременно существует выраженное в большей или меньшей степени сопротивление части доносимой членам семьи информации. Это обстоятельство делает необходимым проведение с пациентами и их родственниками специально организованных психообразовательных занятий.

Разработанная нами интегративная модель психообразования представляет собой комплексную бифокальную (то есть ориентированную как на пациента, так и на членов его семьи) поэтапно осуществляющую систему информационных, психокоррекционных и социо-коррекционных воздействий, которые занимают особое место в структуре лечебно-восстановительных мероприятий.

Основной целью психообразования являлось при этом формирование у больных и членов их семей адекватного представления о психических расстройствах и привлечение больных и членов их семей к адекватному участию в лечебно-восстановительных мероприятиях.

Основными задачами при проведении психообразовательных занятий являлись следующие:

1. Восполнение имеющегося у больных и членов их семей информационного специфического (медицинского) дефицита знаний.

2. Снижение у пациентов и членов их семей уровня стигматизации и самостигматизации (2, 3, 7, 8).

3. Обучение пациентов и членов их семей умению распознавать первые признаки обострения заболевания.

4. Обучение больных навыкам совладания с болезнью.

5. Коррекция искаженных болезнью социальных позиций пациентов.

6. Уменьшение возможности рецидивирования заболевания.

Основными принципами при проведении психообразовательных занятий являлись следующие:

1. Использование различных информационных модулей.

2. Использование приемов когнитивно-поведенческой психотерапии.

3. Использование тренинговых воздействий.

Дополнительными принципами, соблюдаемыми по отношению к психически больным, являлись следующие:

1. Апелляция к здоровым сторонам личности больного индивидуума.

2. Смешанный состав участников занятий по полу, возрасту, синдромально-нозологической и личностно-типологической характеристикам (что облегчало преодоление в процессе психообразования пассивности, отгороженности, напряженности и страха пациентов перед общением).

Основными методами при проведении психообразовательных программ являлись следующие: преподавание (мини-лекции), консультирование, варианты коммуникативной терапии и проблемно ориентированные дискуссии в группах, а также методы улучшения семейных коммуникаций. Использовались следующие типы вмешательств психотерапевта: эмоциональная поддержка, стимуляция, совет, разъяснение, уточнение, конfrontация, объективация, интерпретация.

Нами отобрано 5 модулей, составляющих основные направления работы психообразовательных

групп: повышение уровня специфических (медицинских) знаний пациента и его семьи, формирование умения управлять медикаментозной терапией, выработка навыков в решении жизненных проблем, тренинг коммуникативных навыков, тренинг навыков совладания.

При практической реализации этих модулей допускалась гибкость их использования: информация, заложенная в каком-либо конкретном модуле (например, способ решения больным какой-либо проблемы), могла обсуждаться и в процессе занятия, формально относящегося к другому модулю (когда рассматривался вопрос о мобилизации ресурсов сообщества). Как показала практика, неоднократное рассмотрение при использовании различных модулей одних и тех же вопросов с нарастающим уровнем их обобщения способствовало лучшему усвоению и закреплению информации. На это же было направлено обучение больных и их родственников практическим навыкам в процессе тренинговых занятий.

Проведенное исследование показало, что более адекватно целям психообразовательных занятий отвечала группа «закрытого» типа. Вместе с тем, как показала практическая работа, проведение группы в качестве закрытой первоначально требовало непрерывного «полузакрытого» этапа ее работы (2–3 занятия), что облегчало ее формирование и делало возможным включение в нее недавно госпитализированных пациентов. В дальнейшем группа начинала функционировать как закрытая.

Занятия с пациентами проводились в группах по 8–10 человек. Данную численность группы можно считать оптимальной, так как в группах с большей численностью труднее уделить внимание каждому отдельному пациенту и стимулировать участие малоактивных членов группы. Группа с меньшей численностью имела риск досрочно завершить свое существование в связи с выбыванием пациентов из-за их выписки, переводом в другое отделение, или, наконец, отказом от продолжения дальнейших групповых занятий.

Длительность встреч не превышала 1–1,5 часа. Превышение указанного времени оказалось нежелательным вследствие нарастающего утомления больных и снижения их продуктивности. Оптимальной частотой встреч явилось проведение занятий 2–3 раза в неделю (при пребывании больного в отделении). Хотя в некоторых случаях, например, при малой длительности пребывания в отделении, увеличение частоты встреч могло быть оправданным.

Более редкие встречи (1 раз в нед.) слишком удлиняли длительность всей программы и скорее могли быть использованы в рамках поддерживающих психообразовательных занятий с амбулаторными пациентами, полностью прошедшиими программу в условиях их стационарного пребывания в отделении.

Общая длительность психообразовательной программы для пациентов составляла 8–9 недель, так как при меньшей длительности не удавалось выполнить полностью всех задач, обусловливавших необ-

ходимость проведения психообразовательной программы.

Встречи с родственниками пациентов проводились 1 раз в 2 недели по вечерам. Оказалось, что наиболее приемлемой и оправданной являлась частота встреч 1 раз в 1–2 недели.

Проведенное исследование позволило уточнить оптимальные условия, соблюдение которых позволяет наиболее полно реализовать заложенный в психообразовательной программе терапевтический потенциал:

1. Совместное ведение занятий врачом и медицинским психологом (социальным работником).

2. Неавторитарность позиции ведущих и ее соответствие требованиям, которые предъявляются психотерапевтам, работающим с психически больными, а именно – необходимость проявления эмпатии и аутентичности или естественности поведения.

3. Определение активности психиатра и психолога (при отсутствии принципиального различия в их позиции) тематикой лекционной части занятия. В ходе проведения групп врач был более активен при ответах на вопросы, связанные с клинической картиной психического расстройства, медикаментозной терапией, юридическими аспектами, а психолог – при обсуждении роли стресса в рецидивировании заболевания, когнитивных стилей, а также при проведении тренинговых занятий.

4. Распределение ролей среди ведущих групповые занятия в зависимости от их личностных особенностей: например, один из них (чаще врач) в большей степени берет на себя функции модератора, следящего за соблюдением групповых правил, а другой (чаще психолог) – функции эмпатичного человека, сопереживающего высказываниям различных членов группы.

5. Разнополость ведущих, что представляется оптимальным, но не обязательным условием.

В результате исследования оказалось, что при проведении психообразовательных программ с больными, страдающими шизофренией, произошли следующие изменения.

1. Улучшилось соблюдение пациентами режима поддерживающей терапии. Количество пациентов, соблюдавших прием лекарственной терапии, было достоверно выше в группе, прошедшей психообразовательную программу, через 6 месяцев после выписки из отделения и принципиально не отличалось от количества пациентов группы сравнения при 12-месячном катамнестическом обследовании.

2. Сократилось количество регоспитализаций пациентов в течение года после проведения психообразовательной программы. По данным, полученным как при 6-месячном, так и 12-месячном катамнестическом обследовании, больные основной группы, в отличие от пациентов группы сравнения, реже госпитализировались в психиатрические больницы.

3. Снизилась общая напряженность психологических защит. После прохождения психообразовательных групп отмечалась тенденция к меньшему использованию больными неконструктивных видов

копинг-стратегий, что может свидетельствовать о снижении постоянного внутреннего напряжения пациентов и о том, что их система копинг-стратегий стала менее ригидной.

4. Влияние психообразовательной программы на трансформацию внутренней картины болезни у больных шизофренией заключалось в увеличении более адаптивных типов отношения к болезни («гармоничного» и «эргопатического»).

5. Прослеживалась статистически достоверная положительная динамика в сфере производственных отношений на всем длиннике катамнестического наблюдения (1 год). В отличие от этого, в сфере межличностных отношений достоверная положительная динамика в группе пациентов, прошедших психообразовательную программу, наблюдалась лишь через 6 месяцев после их выписки из стационара и оказывалась фактически нивелированной (при сопоставлении с группой сравнения) при обследовании через 12 месяцев после выписки больных из стационарного отделения.

6. По самоотчетам родственников, проходивших психообразовательную программу, у них снизилось эмоциональное напряжение, прояснились цели и задачи лечения, им стало проще общаться с больным членом семьи. По мнению лечащих врачей, их контакт с родственниками, посещавшими психообразовательную группу, стал более продуктивным, эти родственники более адекватно стали относиться к необходимости приема больными поддерживающей терапии.

Таким образом, проведенное исследование позволило обнаружить преимущественно конструктивное влияние психообразования на психологическую защиту, уменьшение ригидности копинг-стратегий и более адекватное отношение больных к реабилитационным мероприятиям и приему поддерживающей медикаментозной терапии.

Одновременно проведенное исследование позволило уточнить влияние психообразования на эффективность функционирования пациентов в производственной сфере и в меньшей степени – в сфере их межличностного функционирования. При этом нивелирующийся со временем эффект влияния психообразования на характер межличностного функционирования со всей определенностью ставит вопрос о целесообразности проведения психотерапевтических занятий после выписки пациентов из психиатрического стационара, то есть в амбулаторных условиях.

Выводы

1. У больных и их родственников имеется информационный дефицит, касающийся многих вопросов, связанных с психическими расстройствами, и потребность в его восполнении. Одновременно существует выраженное в большей или меньшей степени сопротивление в отношении части доносимой членам семьи информации. Это обстоятельство делает необходимым проведение с пациентами и их родственниками специально организованных психообразовательных занятий.

2. Интегративная бифокальная модель психообразования, состоящая из трех разделов (информирование пациентов и членов их семей; проведение специфических психотерапевтических мероприятий; обучение навыкам совладания со стрессом и болезнью) является особой частью реабилитационного комплекса, существенно дополняя терапевтические усилия по дестигматизации пациентов и их родственников. Эта модель, по результатам исследования, пригодна при лечении и реабилитации больных шизофренией, находящихся в амбулаторных, полустанционарных и стационарных условиях.

3. Осуществление психообразовательной работы целесообразно проводить в «закрытых» группах, на начальных этапах которых, в течение непродолжительного времени, допустим «полузакрытый» этап работы. При этом разработанные «модули», являющиеся содержательной частью интегративной бифокальной модели психообразования (повышение уровня специфического, то есть медицинского образования пациента и его семьи; формирование умения управлять медикаментозной терапией; выработка навыков в решении жизненных проблем; тренинг коммуникативных навыков; тренинг навыков совладания) в процессе ее проведения должны использоваться максимально гибко.

4. У больных, прошедших психообразовательную группу, в большей степени, чем у лиц, не прошедших эти занятия, улучшалась комплайентность не только самих пациентов, но и членов их семей, участвующих в психообразовательных программах для родственников.

5. После прохождения пациентами психообразовательной программы более существенно, по сравнению с больными, не прошедшими эти занятия, сокращалось число регоспитализаций в течение года после выписки (через 6 мес. – 8,2% против 14,6%; через год – 14,9% против 19,4% в группе сравнения)

6. Проведение психообразовательной программы способствовало уменьшению общей напряженности психологических защит, уменьшению ригидности копинг-стратегий и созданию условий (за счет изменения внутренней картины болезни) для более адекватного отношения больных к реабилитационным мероприятиям и приему поддерживающей медикаментозной терапии.

7. Проведенное исследование позволило выяснить существенное влияние психообразования на эффективность функционирования пациентов в производственной сфере и в меньшей степени – в сфере их межличностного функционирования. При этом нивелирующийся со временем эффект влияния психообразования на характер межличностного функционирования со всей определенностью ставит вопрос о целесообразности проведения психотерапевтических занятий после выписки пациентов из психиатрического стационара, то есть в амбулаторных условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вид В.Д. Психотерапия шизофrenии. – СПб.: «Питер», 2001. – 432 с.
2. Вулис Р. Если ваш близкий страдает душевной болезнью. Руководство для членов семей, друзей и социальных работников. – М., 1998. – 192 с.
3. Гурович И.Я., Кирьянова Е.М., Винидиктова Г.И., Марченко Г.Г. Проблема стигмы и дискриминации больных шизофrenией и их родственников, возможные пути преодоления // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 3. – С. 26–30.
4. Коцобинский А.П., Еричев А.Н., Зуйкова Н.В. Психообразовательные программы в системе реабилитации больных эндогенными психозами. Пособие для врачей. – СПб., 2004. – 26 с.
5. Семенова Н.Д., Сальникова Л.И. Проблема образования психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998.
- Т. 8, № 4. – С. 30–39.
6. Финзен А. Психоз и стигма. Преодоление стигмы – отношение к предубеждениям и обвинениям. – М., 2001. – 213 с.
7. Хелл Д., Фишер-Фельтен М. Шизофrenия / Пер. с нем. И.Я. Сажниковой. – М.: Алетейя, 1998. – 200 с.
8. Bellack A. Psychosocial treatment in schizophrenia // Dialogues in Clinical Neuroscience. Schizophrenia: Specific Topics. – 2001. – Vol. 3, N 2. – P. 136–137.
9. Dixon L., Adams C., Lucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia // Schizophr. Bull. – 2000. – Vol. 26, N 1. – P. 5–20.
10. Goldstein M.J. Psychosocial strategies for maximizing the effects of psychotropic medications for schizophrenia and mood disorder // Psychopharmacol. Bull. – 1992. – Vol. 28, N 3. – P. 237–240.

ROLE OF PSYCHOEDUCATION IN REHABILITATION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

A. N. Yerichev

The author focuses on the importance of relevant information for patients and their family members and lack of knowledge about mental disorders among schizophrenic patients and their relatives. Psychoeducation is supposed to fill this gap. The integrative psychoeducation model can be described as a complex bifocal (i.e. patient- and family-oriented) stepwise system of informational, psycho- and sociocorrective interventions. The combination of “modules” within the system (providing specific medical information for patients and their family members; pharmacotherapy control; problem-solving skills

training; communicative skills training, coping skills training) can be chosen in accordance with the patient’s needs. As a result, patients after psychoeducation program show better compliance, a decreased number of repeated hospitalizations, a more relaxed psychological defense and less rigid coping strategies. The investigation points to the effect of psychoeducation on patient’s labor functioning, thought this effect is less pronounced in interpersonal relations. The author emphasizes the importance of psychotherapeutic intervention after patient’s discharge from the hospital.