

Aymedov K V, Morvaniuk A V. Особенности психотерапевтических и психообразовательных мероприятий с родственниками больных параноидной шизофренией = The features psychotherapeutic and psycho-educational activities with relatives of paranoid schizophrenia patients. *Journal of Education, Health and Sport*. 2015;5(5):131-137. ISSN 2391-8306. DOI [10.5281/zenodo.17464](https://doi.org/10.5281/zenodo.17464)
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/2015%3B5%285%29%3A131-137>
<https://pbn.nauka.gov.pl/works/559203>
<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.17464>
Formerly Journal of Health Sciences. ISSN 1429-9623 / 2300-665X. Archives 2011 – 2014
<http://journal.rsw.edu.pl/index.php/JHS/issue/archive>

Deklaracja.
Specyfika i zawartość merytoryczna czasopisma nie ulega zmianie.
Zgodnie z informacją MNiSW z dnia 2 czerwca 2014 r., że w roku 2014 nie będzie przeprowadzana ocena czasopism naukowych; czasopismo o zmienionym tytule otrzymuje tyle samo punktów co na wykazie czasopism naukowych z dnia 31 grudnia 2014 r.
The journal has had 5 points in Ministry of Science and Higher Education of Poland parametric evaluation. Part B item 1089. (31.12.2014).
© The Author (s) 2015;
This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland and Radom University in Radom, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.
Received: 15.02.2015. Revised 27.04.2015. Accepted: 08.05.2015.

УДК: 616.895.8-08:3

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ И ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ
МЕРОПРИЯТИЙ С РОДСТВЕННИКАМИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ
ШИЗОФРЕНИЕЙ**
**THE FEATURES PSYCHOTHERAPEUTICAL AND PSYCHO-EDUCATIONAL
ACTIVITIES WITH RELATIVES OF PARANOID SCHIZOPHRENIA PATIENTS**

К. В. Аймедов, А. В. Морванюк

K V Aymedov, A V Morvaniuk

Одесский национальный медицинский университет, Одесса

Odessa National Medical University, Odessa

Abstract

In the article the author gives an analysis of literary sources of native and foreign authors related to the approaches of psychocorrectional work with relatives of paranoid schizophrenia male and female patients. It is analyzed the main issues of behavioral family therapy and psychoeducational interventions that are an integral part of the assistance to families in which there is a patient with psychosis.

Key words: paranoid schizophrenia, psychoeducation, family approach, psycho-pedagogical model.

Резюме

В статье автор приводит анализ литературных источников отечественных и зарубежных авторов касающихся подходов к психокоррекционной работе с родственниками больных параноидной формой шизофрении мужчин и женщин. Проанализированы основные вопросы поведенческой семейной психотерапии и

психообразовательных мероприятий, которые являются частью неотъемлемой помощи семье, в которой есть больной с психозом.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, психообразование, семейный подход, психо-педагогическая модель.

Актуальность темы. В последнее десятилетие возрос интерес к проблеме «семьи и шизофрении». Однако он переместился с изучения семьи как источника (первопричины) заболевания на выяснения ее роли в течении болезни. В центре внимания оказались очень важные с практической точки зрения вопросы о роли семейных факторов в обострении заболевания, а также в реабилитационном процессе.

Сегодня семейная психотерапия способствует гармонизации взаимоотношений в семье, осознанию родственниками пациента болезненности мотивов его поведения, потребности в упорном лечении, учебе правил обращения с психически больными, а также с целью обмена опытом членов семьи [1].

Изложение основного материала. Для успешного решения задач реабилитации работникам психиатрических служб необходимо проводить психокоррекционную работу с родственниками, направленную на формирование адекватного отношения к больному. Такое отношение включает в себя:

1. Правильное понимание сущности психического заболевания;
2. Готовность к сотрудничеству с психиатрами;
3. Личное участие в судьбе больного.

Степень понимания близкими характера болезненных проявлений у членов семьи во многом зависит от уровня их психиатрической грамотности. В профилактической работе с семейным окружением больных шизофренией необходимо учитывать различные особенности индивидуального реагирования членов семей на психическое заболевание родственника. Проведенное исследование показало, что у родственников больного в такой ситуации резко возрастает нервно-психическое напряжение, которое проявляется в повышении уровня тревоги. Высокая тревога, сохраняется длительное время, становится декомпенсированным фактором, вызывающим проявления невротической симптоматики у родственников больного [2].

Важное место в понимании механизма влияния семьи на процесс эффективного лечения шизофрении занимает уязвимость, повышенная чувствительность больного к широкому кругу психотравмирующих факторов. Наличие в семье больного шизофренией предъявляет повышенные требования к ней. Нередко вполне сносные для любой другой семьи кризисы, противоречия, конфликты в семье больного шизофренией могут стать

фактором психической травматизации всех ее членов. Интересная попытка построения теоретической модели психотравмирующей семьи на течение шизофрении, так называемая «Diathesisstress modell» была разработана Либерманом Р [3]. Согласно этой концепции личности с высоким риском заболевания характеризуются пониженной стрессоустойчивостью, причинами этого выступают: ограниченная способность к переработке получаемой информации, тенденция к повышенной возбудимости центральной нервной системы, снижена социальная и психологическая компетентность и особенно неумение правильно вести себя в напряженных, сложных ситуациях. Указанные личностные особенности взаимодействуют с факторами непосредственного социального окружения индивида. Это, во-первых, неблагоприятный социально-психологический климат семьи (повышенное эмоциональное напряжение), во-вторых, характерное для семьи больного шизофренией отсутствие «психологической поддержки» как в самой семье, так и в ее окружении (отсутствие друзей, коллег по работе, соседей, с которыми существовали бы устойчивые эмоциональные, «психотерапевтические» отношения), в-третьих, дополнительную нагрузку создают различные значимые события в жизни семьи. Две группы факторов - индивидуальная уязвимость и внешние психотравмирующие факторы вступают во взаимно-усиливающие их отношения, что приводит к обострению течения болезни. Данная модель взаимного усиления индивидуальных и средовых факторов определяет и стратегию лечения. Это, с одной стороны, медикаментозное снижение возбудимости нервной системы, с другой - повышение способности больного и его семьи справляться со стрессовыми ситуациями. Семейная психотерапия выступает при этом как составная часть терапевтического и реабилитационного процесса. Повышение социальной компетенции пациента в решении различных социальных ситуаций, способности адекватно выражать свои чувства, успешно осуществлять коммуникацию - это основные цели, которые преследуются в ходе семейной психотерапии [3].

В комплекс семейных интервенций обычно в различных сочетаниях входят психообразовательные программы (разъяснение основных моментов сущности болезни и лечение), решения поведенческих проблем, тренинг социальных и коммуникативных навыков, программы поддержки семей и кризисной помощи. Помощь семье, в которой есть больной с психозом, может снизить уровень рецидивов, а после первого психоза предотвратить переход болезни в хроническое состояние [4].

Для лечения больных шизофренией чаще всего используется «психопедагогическая модель семейной психотерапии», разработанная К. Андерсоном и

семейная психотерапевтическая «психообразовательная» программа, созданная группой польских психотерапевтов [5].

Еще одним из хорошо изученных вмешательств является поведенческая семейная терапия, основанная на теории социального обучения и включает высоко структурированные директивные поведенческие техники, такие как постановка целей, моделирование, поведенческое повторение, подкрепление и домашние задания. Кроме того, пациенты и их родственники на совместных сессиях узнают о шизофрении и способах ее лечения и о коммуникативных и проблемнорешающих навыках.

Когнитивные проблемы больных шизофренией (трудности социального восприятия, получения и переработки информации, распознавания аффекта) должны учитываться при работе с семьями. Стрессогенные семейные интеракции, взаимное непонимание, конфликты могут возникать из-за того, что пациент не может правильно трактовать эмоции близких, принимает огорчение за гнев; смущение, растерянность - за равнодушие. Терапевт при работе с семьей учит открыто выражать свои чувства, объяснять их словами, объяснять причины. При этом поощряются и закрепляются определенные способы «сообщений» (обращений) к больному и в присутствии больного: высказывания должны быть неоценочные (не несут характер обвинения или осуждения), безальтернативными (не двусмысленными, не ставят пациента перед трудностями выбора), явными (ясными, а не скрытыми), прямыми (а не прямыми, абстрактными). Слишком бурные, эмоционально насыщенные, ускоренные (за счет напряженности или конфликтности общения) высказывание являются стрессогенными для больного с учетом его сложности в восприятии и содержании большого объема информации. Такое общение превышает коммуникативные возможности пациента и при постоянном воспроизведении подобных ситуаций в семье повышается риск декомпенсации. Поэтому любое семейное вмешательство прямо или косвенно нацелено на коррекцию дисфункционального коммуникативного стиля в семье. При поведенческих техниках работы с семьей эта задача решается путем отработки способов эффективного семейного взаимодействия, при чисто психообразовательном подходе результат достигается опосредованно - за счет роста осведомленности семьи о психическом заболевании и способах его лечения уменьшается уровень тревоги и стресса в семье и тем самым нормализуется внутренний семейный эмоциональный климат [4].

Объединение тренинга когнитивных функций и социальных навыков является одним из наиболее эффективных форм психосоциального вмешательства, который реализован в многоступенчатой интеграционной терапевтической программе. Данный подход направлен на повышение устойчивости чувствительных больных к стрессовым

воздействиям (требования общества, семейные конфликты и т.д.) и выработки социальноприемлемых стереотипов межличностных взаимоотношений. Материал для применения подается медленно и небольшими «порциями». Используются следующие техники: моделирование, репетиция поведения, обучение адекватным реакциям, корректировка обратной связи, социальное подкрепление, домашние задания для закрепления полученных навыков [6].

Значительное значение при семейной терапии приобретает психообразовательная работа. Она является абсолютно новым для отечественной психиатрической практики, видом лечебно-реабилитационного вмешательства. Между тем, психообразование в настоящее время рассматривается в зарубежной литературе, как неотъемлемый компонент современной комплексной психиатрической помощи. По мнению ряда авторов, оно считается едва ли не самым значимым видом психосоциального вмешательства в многогранной системе психосоциальной реабилитации больных шизофренией и их родственников. Эффективность психообразовательной работы показана на разных популяциях психических больных, но особое внимание в последние годы уделяется психообразованию больных шизофренией на разных этапах заболевания, причем есть указания на превосходство возможно более раннего включения этого вида вмешательства в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий уже на этапе становления терапевтической ремиссии у больных, перенесших первый психотический эпизод, а также возможно более раннего проведения психообразовательных программ родственникам пациентов. Психообразование способствует стимуляции активной позиции пациента в преодолении душевного заболевания и его последствий, повышению социальной компетентности, ответственности и выработки адекватной стратегии сосуществования с болезнью [7].

Применяется преимущественно интерактивное обучение: пациент выступает не пассивным «реципиентом» информации, а активным участником процесса. По сравнению с «кафедральным», интерактивное обучение имеет ряд преимуществ, позволяет использовать возможности групповых взаимодействий: обмен мнениями, обсуждение опыта болезни, эффект обратной связи, положительное подкрепление.

Психообразовательные модули нацелены на комплекс различных задач: на выработку у больных и их родственников комплайенса (осознанного соблюдения установленного режима лечения), обучение распознавания признаков начала обострения, копинга с психопатологической симптоматикой, улучшению адаптации пациента и его семьи, а также на управление болезнью. Еще одним дополнительным заданием является

создание терапевтического сообщества, обеспечение «социальной поддержки» участникам группы.

Для оценки эффективности образовательных программ применяются рейтинговые шкалы, включающие такие показатели как увеличение знаний о болезни, изменения в поведении, взаимоотношений с окружающими, в том числе, в семье, прохождение медицинских рекомендаций, расширение знаний о мерах при определенных обстоятельствах, связанных с внезапным обострением состояния, и тому подобное.

Медведев С.Е. рассматривает психообразование, как основной механизм помощи, предусматривающий научение пациента и его семьи распознаванию и преодолению факторов, которые провоцируют ухудшение его психического состояния. Специалистам здесь отводится роль учителей и экспертов в перестраивании отношении семьи к психическим больным. Минимизируется возможность его психологической травматизации, способной привести к обострению психического заболевания. По мнению Медведева С.Е. такой подход органично встраивается в существующую систему психиатрической помощи, но может способствовать закреплению пациента в роли «хронического больного». Это постепенно начинает вступать в противоречие с современными тенденциями развития психиатрии (сокращение сроков госпитализации и нетрудоспособности, снижение процента инвалидизации, психосоциальной реабилитации и дестигматизации психиатрических пациентов) [8].

Выводы

1. В комплекс семейных интервенций в различных сочетаниях входят психообразовательные программы (разъяснение основных моментов сущности болезни и лечение), решения поведенческих проблем, тренинг социальных и коммуникативных навыков, программы поддержки семей и кризисной помощи.

2. Объединение тренинга когнитивных функций и социальных навыков является одной из наиболее эффективных форм психосоциального вмешательства, которая реализована в многоступенчатой интеграционной терапевтической программе, подход направлен на повышение устойчивости чувствительных больных к стрессовым воздействиям (требования общества, семейные конфликты и т.д.) и выработки социально приемлемых стереотипов межличностных взаимоотношений.

3. Психообразовательные модули нацелены на комплекс различных задач: на выработку у больных и их родственников комплайенса (осознанного соблюдения установленного режима лечения), обучение распознавания признаков начала обострения, копинга с психопатологической симптоматикой, улучшению адаптации пациента и его семьи, а также на управление болезнью.

Литература

1. Алексеев Б.Е. Семейная психотерапия и психология семейных отношений у больных психозами: Пособие для врачей / Б.Е. Алексеев, И.С. Лукина. – Под ред. проф. В.Д. Вида. – СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1995. – 31 с.
2. Профилактическая работа с семьями больных шизофренией. Методические разработки / [Е.Д. Красик, Г.В. Заленский, Г.В. Логвиннович, А.А. Чуркин, И.Я. Стоянова, Е. Н. Попова, Л. А. Горбачевич. – Томск, 1990. – 11 с.
3. Falloon I.R.H. Family Therapy of Schizophrenics with High Risk of Relapse / I.R.H. Falloon, R.P. Liberman, I.F.J. Lillie, I.C.E. Vaughn // Family Process, 20 (2). – 1981. – P. 211-221.
4. Стандарты оказания помощи больным шизофренией. Московский НИИ психиатрии Росздрава / Под редакцией В.Н.Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова, А.Б. Шмуклера. – Москва, 2006. – С. 6-11.
5. Hogarty G.T., Anderson C.M., Reiss D.J. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia // Arch. Gen. Psychiatry. – 1986. – Vol. 43. – P. 633–642.
6. Карвасарский Б.Д Психотерапевтическая энциклопедия / Б.Д. Карвасарский. – Питер, 2002. – 1024 с.
7. Сальникова Л. И. Опыт психообразовательной работы с больными шизофренией во внебольничных условиях / Л. И. Сальникова, Я. А. Сторожакова, Е. Л. Архипова, В. В. Худавердиев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12. – № 1. – С. 48-53.
8. Медведев С.Э. Системные аспекты организации психиатрической помощи при шизофрении / С.Э.Медведев // Медицинская психология в России. – 2012. – № 5 (16). – 4 с.