

РАБОТА С СЕМЬЯМИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

М. К. Денисенко

ГУЗ НО «Клиническая психиатрическая больница №1 Н.Новгорода»

Современная концепция терапии и реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами, основывается на биопсихосоциальной модели, включающей как психофармакотерапию, так и комплекс психосоциальных вмешательств. В рамках такого подхода одним из приоритетных направлений является работа с ближайшим окружением пациента.

На сегодняшний день существует множество вариантов классификаций семейных интервенций. Так, например, T.L.Campbell [31] выделяет три больших категории семейных вмешательств: образование семьи и поддержка; психообразование семьи; семейная терапия. Под образованием семьи он понимает информирование семьи о целях лечения и способах совладания с болезнью, при такой форме работы практически не уделяется внимание внутрисемейным отношениям. Психообразование – подход, при котором помимо информации о болезни и ее лечении, участники обучаются проблемно-разрешающему поведению, копинг-стратегиям. Семейная терапия проводится семейным психотерапевтом, который в своей работе опирается на определенную теоретическую концепцию; в центре внимания – внутрисемейные взаимодействия, предоставление информации о болезни минимальное или отсутствует.

M.Pfammatter и соавт. [77] различают следующие варианты семейных вмешательств: работа с одной семьей, включая пациента; мультисемейные группы (несколько семей, включая пациентов); группы родственников (несколько семей без пациентов); бифокальные группы – параллельно проходящие группа родственников и группа пациентов.

W.R.McFarlane и соавт. [69] в своем обзоре семейных интервенций, применяемых при шизофрении, выделяют шесть, основанных на доказательствах, моделей работы с семьей: поведенческая семейная терапия (ПСТ); психообразование (ПО); мультисемейные группы; группы родственников; семейное консультирование; краткосрочные программы семейного просвещения.

Поведенческая семейная терапия

Основателем данного подхода является I.R.Falloon [39]. Метод основан на теории социального нау-

чения и включает высоко структурированные директивные поведенческие техники, такие как постановка целей, моделирование, поведенческое повторение, подкрепление и домашние задания [3]. Терапия начинается с анализа сильных и слабых сторон как семьи в целом, так и отдельных ее членов, с последующей совместной работой, включая пациента. Программа состоит из трех модулей и проводится дома: 1) предоставление пациенту и его семье информации о шизофрении; 2) тренинг коммуникативных навыков; 3) обучение семьи проблемно-разрешающим техникам [67, 69].

Выделяют два варианта поведенческой семейной терапии: прикладная семейная терапия (Applied Family Therapy – AFT) и поддерживающая семейная терапия (Supportive Family Therapy – SFT). При сравнении эффективности этих двух методик не было выявлено значимых различий [83, 97]. Прикладная семейная терапия представляет собой годовую работу по классической схеме I.R.Falloon с последующими ежемесячными поддерживающими групповыми встречами для семьи и пациента в течение двух лет. Поддерживающая семейная терапия – это двухлетние ежемесячные групповые встречи длительностью 90 минут для пациентов и их родственников.

Поведенческая семейная психотерапия статистически достоверно снижает частоту обострений и госпитализаций [25, 89], уменьшает выраженность позитивной симптоматики, повышает уровень самообслуживания и автономности в повседневных делах, уменьшает бремя семьи в течение первого года после вмешательства [39, 97], а в течение 5 лет уменьшает риск обострения в 2,5 раза по сравнению со «стандартной помощью» [84]. По результатам F.Veltro и соавт. [93] 11-летнее долгосрочное исследование подтвердило высокую эффективность ПСТ в плане улучшения социального функционирования и снижения нагрузки на семью. N.Tarrie и соавт. также показали снижение индекса эмоциональной экспрессивности и уменьшение частоты обострений у пациента в результате поведенческой терапии с семьей [89].

При сравнении ПСТ с индивидуальными вмешательствами показана статистически достоверная эффективность первой в плане уменьшения частоты

ты госпитализаций и увеличения длительности ремиссии [44, 78, 80].

Психообразовательные группы с родственниками пациентов

Основоположником данного подхода является С.М.Андерсон [68]. На сегодняшний день под психообразованием понимают структурированное предоставление информации о болезни и ее лечении, которое включает эмоциональную поддержку, чтобы участники (пациенты или их родственники) смогли справиться с болезнью [82]. А.Натфилд [50] приводит следующие особенности семейных образовательных программ: во-первых, фокусировка на помощи семье в целом, а не на отдельном пациенте; во-вторых, данная методика не использует медицинскую модель терапии, которая основывается на предположении о «патологии в семье»; в третьих, внимание в работе акцентируется на ресурсах семьи, а не на ее недостатках. Так же, как и работа с пациентами, психообразовательные группы с родственниками ставят перед собой как собственно «образовательную» задачу (предоставление информации о психическом заболевании), так и обеспечение «психосоциальной поддержки» [14]. Длительность ПО программ может варьировать от шести дней до двух лет [3]. По мнению авторов, форма подачи материала (книги, видеоматериалы, лекции) не имеют значения, гораздо важнее для участников сам факт получения информации [24]. Занятия обычно проводятся в стиле интерактивного обучения по 10–12 встреч, длительностью 60–90 минут, их частота может быть 1–2 раза в неделю [14, 16].

Благодаря разработкам Московского НИИ психиатрии, психообразование является наиболее распространенной формой работы с семейным окружением больных шизофренией в нашей стране. Так, Л.И.Сальниковой, Я.А.Сторожаковой, Н.Д.Семеновой, Е.Л.Архиповой [12] был разработан модуль психообразовательной работы с больными шизофренией и их родственниками. Для оценки эффективности данного подхода была внедрена «Карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы» [13], предложены шкалы для оценки проблем в семейном окружении (бремя семьи, шкалы оценки нагрузки на семью).

Многочисленные исследования эффективности психообразовательных групп показали уменьшение числа обострений у пациентов [37, 40, 46, 54, 58, 61, 62, 74, 75, 79–81, 83], улучшение социального функционирования и качества жизни семьи [67, 68]. По данным G.E.Hogarty и соавт. [52], психообразовательная работа с семьями больных шизофренией в сочетании с тренингом социальных навыков снижает частоту обострений в течение первого года после вмешательства, но, к сожалению, в двухлетнем исследовании такая эффективность не подтвердилась [53]. М.А.Ландышев [6], изучавший эффективность ПО групп с родственниками пациентов с

частыми госпитализациями, показал статистически достоверное снижение частоты и длительности стационарирования пациентов за счет вовлечения ближайшего социального окружения в процесс лечения. Психообразовательные группы также повышают информированность семьи о правах пациента [41], особенностях заболевания [22, 69] и жизни рядом с человеком, страдающим шизофренией [38, 74]. А.Н.Еричев [5] приводит самоотчет родственников, прошедших психообразовательную программу – «снизилось эмоциональное напряжение, прояснились цели и задачи лечения, стало легче и проще общаться с больным человеком».

Мультисемейные группы

W.R.McFarlane и соавт. [68], объединив психообразовательный подход С.М.Андерсона и модель поведенческой терапии I.R.Falloon, разработали новый метод работы с семьей. Мультисемейные группы представляют второе поколение семейных интервенций, сконцентрировав в себе большинство преимуществ вышеперечисленных методик. Мультисемейные группы направлены на уменьшение социальной изоляции, стигматизации, снижение финансовой и психологической нагрузки на семью.

Работа с семьей в мультисемейных группах состоит из трех этапов. Первый этап – это мультисемейные образовательные группы (по типу образовательных групп, разработанных С.М.Андерсона). Второй этап направлен на улучшение социального функционирования членов семьи – работа, в основе которой лежит семейная поведенческая терапия. Это, примерно, второй год терапии. Третий этап – это расширение социальной сети, которая бы могла удовлетворять потребности семьи в социальных контактах и поддержке [68].

Что касается частоты и длительности встреч, то в исследуемой литературе встречаются различные варианты: еженедельно в течение 2-х лет [36], раз в две недели в течение шести месяцев [32] или одного года [26]. W.R.McFarlane [68] предлагает 90-минутные встречи еженедельно в течение первых 4–6 недель, затем, раз в две недели на протяжении года.

Мультисемейные группы снижают частоту обострений и уровень эмоциональной экспрессивности, а также повышают информированность семей о психическом заболевании и улучшают социальное функционирование ее членов [18, 29–31, 50]. D.G.Dyck и соавт. [35] и J.A.Jenner и соавт. [55] показали, что по сравнению со стандартной помощью, мультисемейные группы уменьшают выраженность негативной симптоматики, а у пациентов с хроническим галлюцинозом улучшается комплайенс, качество жизни и уровень социального функционирования. Мультисемейные группы оказались эффективнее работы с отдельно взятой семьей [60] и психообразовательных групп с родственниками [68].

Группы родственников

Разрабатывая данную модель работы с семьей, J.Leff и соавт. [58] опирались на уже имеющиеся к тому времени знания о роли эмоциональной экспрессивности в семье. Метод включает в себя два этапа. Работа начинается с образовательных сессий о шизофрении для пациента и членов его семьи, которые могут проводиться как дома, так и в медицинском учреждении. J.Leff [60] акцентирует внимание на важности индивидуальных встреч дома для семей, которые не в состоянии или отказываются посещать группы. Следующим этапом работы является посещение родственниками групповых занятий без пациентов, которые направлены на выработку проблемно-разрешающего поведения, на снижение гипервовлеченности, количества критических замечаний, уровня ожиданий. Эти группы нацелены на расширение социальной сети родственников и уменьшение контактов с пациентом. Занятия проходят 1–2 раза в неделю и являются открытыми. В среднем, группа рассчитана на 8–10 человек, в которую входят как новички, так и те, кто посещает группу давно. Обычно встреча длится примерно 90 минут и проводится двумя специалистами [68].

Считается, что группы родственников уменьшают частоту обострений и уменьшают индекс эмоциональной экспрессивности в семье [59, 68]. При сравнении групп родственников с семейной поведенческой психотерапией не было выявлено существенных различий по влиянию на частоту госпитализаций и обострений [59, 72], хотя I.Montero и соавт. [73] указывают на большую эффективность семейной терапии в плане снижения нагрузки на семью и улучшения социального функционирования.

Семейное консультирование

Метод разработан L.C.Wynne и соавт. [95]. Данный подход представляет собой периодические встречи семьи с профессиональным консультантом, чаще это лечащий психиатр пациента, либо частнопрактикующий специалист. Цель метода – предоставление информации и практических рекомендаций, опираясь на нужды и проблемы каждой отдельной семьи. Встречи с семьей (количество, частота и длительность) могут быть заранее запланированы или происходить по необходимости. Такая гибкая модель, по мнению W.R.McFarlane и соавт. [68], может быть очень эффективна в ситуациях, когда медицинская помощь фрагментарна или недостаточно профессиональна. Она также может быть использована для поддерживающих встреч, после того, как семья приняла участие в более структурированной модели.

Краткосрочные программы семейного просвещения

Главное отличие этого подхода от вышеперечисленных состоит только в его длительности. Так, к краткосрочным программам могут быть отнесены

варианты психообразовательных групп с родственниками, семейное консультирование, группы само- и взаимопомощи (Family-to-Family Education Program), если их длительность не превышает 6 месяцев.

Данные об эффективности этого подхода в доступной нам литературе представлены незначительно. P.Solomon и соавт. [85] показали, что у семей, прошедших краткосрочные образовательные программы, появляется «уверенность в том, что они стали лучше понимать и могут справиться с психической болезнью своего родственника». У семей, с которыми работал консультант (семейное консультирование), такая уверенность появлялась только в том случае, если они до этого не участвовали в группах само- и взаимопомощи [85].

Помимо описанных выше семейных интервенций, основанных на доказательствах, в литературе представлены и другие методы работы с семьей, эффективность которых не изучалась в строгих в методологическом отношении исследованиях. Тем не менее, их обзор нам кажется интересным особенно в связи со становлением интегративного этапа в развитии семейной терапии больных шизофренией.

В доступной нам литературе было найдено несколько работ, посвященных применению системной семейной психотерапии при работе с семьями больных шизофренией. Из отечественных исследователей данный метод применяли В.А.Празднова и Т.В.Зеленкова [9] в рамках групповой и индивидуальной терапии при работе с матерями пациентов. С.Bressi и соавт. [27] исследовали эффективность системной семейной терапии по сравнению с обычным лечением. Через год они увидели улучшение в клинической картине пациента и повышение фармакологического комплайенса, лишь у 15% пациентов (3 чел.) возник рецидив по сравнению с 65% (13 пациентов) в контрольной группе. Однако они не нашли достоверных отличий в эффективности через 2 года после начала исследования.

В.В.Мадорский [7] сравнивал в течение 18 месяцев стратегическую системную психотерапию (J.Haley) на фоне медикаментозного лечения со стандартной фармакотерапией. Семейные встречи проводились 1–2 раза в месяц, их целью было «гармонизировать отношения между родителями и пациентом, обучение проблемно-разрешающему поведению, адекватному выражению чувств». Работа проводилась совместно с пациентом. По его данным число случаев повторных госпитализаций через 18 месяцев в исследуемой группе составляло 45% по сравнению с 89,4% в контрольной группе. Также многие из пациентов (23 чел.) на фоне семейной терапии трудоустроились.

E.N.Gruber [47] проводила групповую психотерапию с родственниками больных шизофренией в течение 4-х месяцев, объединяя психодинамический и психообразовательный подходы с поддерживающей семейной терапией, и показала, что такой

комбинированный вид вмешательства снижает индекс эмоциональной экспрессивности в семье и способствует восстановлению равновесия в семейной системе.

Работа с семьями больных шизофренией с первым психотическим эпизодом

В последнее время в литературе все больше уделяется внимание такой проблеме как первый психотический эпизод (ППЭ) – создаются специальные службы, разрабатываются программы по ведению пациентов с первым приступом психоза [1, 2, 4, 8, 10, 11, 66, 75, 81, 82, 87, 91, 92]. Поскольку большинство лиц с первым приступом психоза молодые и многие из них живут со своей семьей или с партнером (партнершей), то работа с ближайшим окружением представляется чрезвычайно важной.

Наиболее часто на ранних этапах заболевания используют психообразовательные группы, включая мультисемейные, и поведенческую семейную психотерапию.

Мультисемейные образовательные группы состоят из трех фаз. Первая фаза – эта работа с отдельно взятой семьей (пациент может не участвовать при нестабильном состоянии). Длительность встреч составляет один час еженедельно в течение 3–5 недель. На встречах обсуждаются вопросы отношения и реакции семьи на текущее обострение, рассматривается ее включение в мультисемейную группу, обсуждаются цели и сроки такой работы. Следующая фаза – это формирование мультисемейных групп и проведение «образовательных мастер-классов»: 6–8 часовых лекций и дискуссий с несколькими семьями (4–7 семей). Третья фаза – дальнейшая работа мультисемейной группы. Группа является закрытой, каждая встреча длится 90 минут. Частота встреч в первые 4–6 недель – еженедельно, затем один раз в две недели, группа продолжается не меньше 12 месяцев. Работа группы сфокусирована на проблемно-разрешающем поведении и улучшении коммуникативных навыков [42].

Психообразовательная работа с родственниками (не включая пациентов) при первом приступе основана на классической модели, разработанной С.М. Anderson. Групповую работу может предварять индивидуальное интервью с семьей, задачами которого является определение мишеней работы и создание партнерских отношений с семьей [10]. И.Я. Гуровичем и соавт. [2] предлагается формировать ПО группы родственников при ППЭ, учитывая вариант начала болезни пациента (острое и подострое). По мнению авторов, семьи, в зависимости от развития заболевания, по-разному подготовлены к восприятию информации о диагнозе, прогнозе и исходе заболевания. Похожее мнение у R. Miller и S. E. Mason [71], которые считают, что семейные интервенции должны изменяться в зависимости от фазы болезни (острая, выздоровление, восстановление). Л.Г. Мовина [8] в своей работе показала, что у родственников, в зависимости от особенно-

стей клинико-психопатологической картины болезни, могут возникать различные психологические реакции – реакция «гиперболизации» тяжести болезни, «минимизации» проблемы, рационализации, реакция идентификации болезненных проявлений с личностными особенностями, реакция по типу «принятия» болезни. В зависимости от этого предлагается проводить ту или иную интервенцию по отношению к ним. При минимизации проблемы подчеркивается неустойчивость достигнутого улучшения. В случаях гиперболизации тяжести болезни предоставляется информация о закономерностях ее течения, оказывается эмоциональная поддержка. В случае склонности к рационализации и «психологизации» симптомов, внимание акцентируется на возможном ухудшении состояния при отсутствии адекватного лечения. При принятии болезни упор делается не на преодолении болезни, а на совладании, путем «высвечивания» сохранных сторон личности, повышения уровня социального функционирования и расширения самостоятельности. При реакции идентификации болезненных проявлений с личностными особенностями необходимо предоставлять информацию о тактике поведения с больными [11]. При отказе родственников от участия в группе им предлагается индивидуальная форма работы. Такой дифференцированный подход позволяет улучшить комплаенс, социальное функционирование и качество жизни пациентов, а также уменьшить нагрузку на семью [8].

Помимо психообразовательных методик, широкое распространение при ППЭ получила поведенческая семейная психотерапия по I.R. Fallon [33, 45, 48, 87].

Работа с ближайшим окружением при ППЭ позволяет улучшить комплаенс и уменьшить бремя семьи [17, 51, 56, 65], а также снизить уровень эмоциональной экспрессивности [20]. M. E. Lepore и соавт. [64] доказали, что в семьях, где помимо стандартной помощи применялась семейная терапия, пациенты проводили меньше времени в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь. Также применение когнитивно-поведенческой психотерапии снижает вероятность повторного обострения в сравнении с обычным лечением [33, 45, 48, 87].

В заключение следует отметить, что большинство видов семейных интервенций проводятся в групповом формате. Хотя некоторые из них и начинаются с индивидуальных встреч (поведенческая семейная терапия, мультисемейные группы, группы родственников), последующее включение участников в групповую работу является обязательным.

В структуру каждого вмешательства входит образовательный компонент, когда предоставляется информация о природе заболевания, особенностях его течения, первых признаках обострения, способах лечения, особенностях медикаментозной терапии. Также обязательным является развитие навы-

ков проблемно-разрешающего поведения, стресс-менеджмента, выработка адекватных копинг-стратегий. Безусловным компонентом любой формы работы с семьей является ее эмоциональная поддержка, преодоление изоляции и расширение социальных связей.

При работе с семьями больных шизофренией с первым психотическим эпизодом применяются поведенческая семейная терапия, психообразовательные и мультисемейные группы. Ведущим видом вмешательства является психообразование. Особое внимание уделяется реакции семьи на манифест психического заболевания, с учетом которой и строится дальнейшая работа с окружением.

На сегодняшний день многочисленными исследованиями доказано, что семейные интервенции

приводят к уменьшению частоты рецидивов и госпитализаций [21, 28, 34, 57, 75, 77], уменьшают «бремя семьи», улучшают социальную и трудовую адаптацию всех ее членов [54, 67]. Кроме того, метод семейной терапии позволяет получить значительную экономию затрат в пересчете на пациента по сравнению со стандартной помощью [25, 90, 96]. Участие семей в программах обучения и поддержки при лечении больных шизофренией рекомендуется международными стандартами [19, 43, 62, 94].

Дальнейшее развитие работы с семьей в системе психосоциальной терапии больных шизофренией видится в интеграции различных форм семейных интервенций и в более дифференцированном подходе к ближайшему окружению с учетом особенностей каждой отдельной семьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Магомедова М.В., Дороднова А.С., Белокурова Е.А., Мовина Л.Г. Помощь больным шизофренией с первыми психотическими эпизодами: применение кветиапина // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. Т. 14, № 3. С. 69–72.
2. Гурович И.Я., Сальникова Л.И., Магомедова М.В. Особенности психообразовательной работы с пациентами с первым психотическим эпизодом и их семьями // Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера. М., 2002. С. 98–108.
3. Гурович И.Я., Семенова Н.Д. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: Современные тенденции // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 4. С. 78–85.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004. 492 с.
5. Еричев А.Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 3. С. 43–47.
6. Ландышев М.А. Психообразовательная работа с родственниками больных шизофренией с частыми госпитализациями // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 16, № 3. С. 99–103.
7. Мадорский В.В. Использование стратегической семейной психотерапии в комплексном лечении и социальной реабилитации больных шизофренией // Материалы Российской конференции «Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии». М.: Медпрактика-М, 2007. С. 189.
8. Мовина Л.Г. Опыт применения программы комплексного терапевтического вмешательства у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 3. С. 48–55.
9. Празднова В.А., Зеленкова Т.В. Системная психотерапия родственников лиц, страдающих психическими расстройствами психотического уровня // Материалы Российской конференции «Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии». М.: Медпрактика-М, 2007. С. 195.
10. Ривкина Н.М., Мовина Л.Г. Групповая работа с родственниками пациентов в системе комплексной помощи больным с первым психотическим эпизодом // Материалы Российской конференции «Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии». М.: Медпрактика-М, 2007. С. 454–455.
11. Ривкина Н.М., Сальникова Л.И. Работа с семьями в системе психосоциальной терапии больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первым психотическим эпизодом // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 1. С. 65–75.
12. 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.
13. 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.
14. Фуллер Торри Э. Шизофрения: книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей. СПб.: Питер Пресс, 1996. 448 с.
15. Холмогорова А.Б. Семейная психотерапия: история, основные школы, концептуальный аппарат // Современная терапия психических расстройств. 2007. № 2. С. 19–29.
16. Цапенко А.И., Шанаева Д.М. Некоторые психологические проблемы семей, в которых родственники страдают тяжелым психическим заболеванием. Пути их решения // Двенадцать лекций о психиатрии и психическом здоровье. В помощь родственникам / Под ред. В.С.Ястребова. М., 2005. 176 с.
17. Addington J., McCleery A., Addington D. Three-year outcome of family work in an early psychosis program // Schizophr. Res. 2005. Vol. 79, N 1. P. 107–116.
18. Ake E. Multiple family group treatment reduces distress for caregivers of people with schizophrenia // Evidence-Based Mental Health. 2004. N 3. P. 85.
19. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. 2nd ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association, 2004. 114 p.
20. Askey R., Gamble C., Gray R. Family work in first-onset psychosis: a literature review // J. Psychiatric Mental Health Nursing. 2007. Vol. 14, N 4. P. 356–365.
21. Barrowclough C., Tarriner N., Lewis 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.
22. Berkowitz R., Eberlein-Fries R., Kuipers L., Leff J. Educating relatives about schizophrenia // Schizophr. Bull. 1984. Vol. 10, N 3. P. 418–429.
23. Bertrando P. The evolution of family interventions for schizophrenia: a tribute to Gianfranco Cecchin // J. Family Ther. 2006. Vol. 28, N 1. P. 4–22.
24. Birchwood M., Smith J., Cochrane R. Specific and non-specific effects of educational intervention for families living with schizophrenia. A comparison of three methods // Br. J. Psychiatry. 1992. Vol. 160. P. 806–814.
25. Boyd J.L., McGill C.W., Falloon I.R. Family participation in the community rehabilitation of schizophrenics // Hosp. Comm. Psychiatry. 1981. Vol. 32, N 9. P. 629–632.
26. Bradley G.M., Couchman G.M., Perlesz A. et al. Multiple-family group treatment for English- and Vietnamese-speaking families living with schizophrenia // Psychiatr. Serv. 2006. Vol. 57. P. 521–530.
27. Bressi C., Manenti S., Frongia P. et al. Systemic family therapy in schizophrenia: a randomized clinical trial of effectiveness // Psychother. Psychosom. 2008. Vol. 77, N 1. P. 43–49.
28. Bustillo J.R., Lauriello J., Horan W.P., Keith S.J. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update // Am. J. Psychiatry. 2001. Vol. 158. P. 163–175.
29. Cabral R.R.F., Chaves A.C. Multi-family group intervention in a programme for patients with first-episode psychosis: a Brazilian experience // Int. J. Soc. Psychiatry. 2010. Vol. 56. P. 527–532.
30. Carra G., Montomoli C., Clerici M., Cazzullo C.L. Family interventions for schizophrenia in Italy: randomized controlled trial // Eur. Arch. Psychiatr. Clin. Neurosci. 2007. Vol. 257, N 1. P. 23–30.
31. Campbell T.L. Effectiveness of family interventions for physical disorders // J. Marital Family Ther. 2003. Vol. 29, N 2. P. 263–281.

32. Chien W.T., Chan S.W. One year follow up of a multiple-family group intervention for Chinese families of patients with schizophrenia // *Psychiatr. Serv.* 2004. Vol. 55, N 11. P. 1276–1284.
33. Crespo-Facorro B., Perez-Iglesias R., Gonzalez-Blanch C., Mata I. Treatment of the first episode of schizophrenia: an update on pharmacological and psychological interventions // *Curr. Psychiatr. Rep.* 2008. Vol. 10, N 3. P. 202–209.
34. Dixon L.B., Lehman A.F. Family interventions for schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 1995. Vol. 21, N 4. P. 631–643.
35. Dyck G.D., Robert A.S., Michael S.H. et al. Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multiple-family groups // *Psychiatr. Serv.* 2000. Vol. 51. P. 513–519.
36. Dyck G.D., Hendryx M.S., Short R.A. et al. Service use among patients with schizophrenia in psychoeducational multiple-family group treatment // *Psychiatr. Serv.* 2002. Vol. 53. P. 749–754.
37. Falloon I.R., Boyd J., McGill C. et al. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1985. Vol. 42. P. 887–896.
38. Falloon I.R., McGill C.W., Boyd J.L., Pederson J. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: social outcome of a two-year longitudinal study // *Psychol. Med.* 1987. Vol. 17, N 1. P. 59–66.
39. Falloon I.R., Boyd J.L., McGill C.W. et al. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study // *N. Engl. J. Med.* 1982. Vol. 306, N 24. P. 1437–1440.
40. Falloon I.R., Pederson J. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: the adjustment of the family unit // *Br. J. Psychiatry.* 1985. Vol. 147. P. 156–163.
41. Fiorillo A., Bassi M., de Girolamo G. et al. The impact of a psychoeducational intervention on family members' views about schizophrenia: Results from the OASIS Italian multi-centre study // *Int. J. Soc. Psychiatry.* 2010. Vol. 22.
42. Fjell A., Thorsen M., Friis S. et al. Multifamily group treatment in a program for patients with first-episode psychosis: experiences from the TIPS project // *Psychiatr. Serv.* 2007. Vol. 58. P. 171–173.
43. Francis A., Docherty J.P., Kahn D.A. The expert consensus guideline series: Treatment of schizophrenia // *J. Clin. Psychiatry.* 1996. Vol. 57, Suppl. 12B. P. 1S–58S.
44. Gengerich S.L., Bellack A.S. Research-based family interventions for the treatment of schizophrenia // *Res. Soc. Work Pract.* 1996. Vol. 6, N 1. P. 122–126.
45. Gleeson J.F., Cotton S.M., Alvarez-Jimenez M. et al. Family outcomes from a randomized control trial of relapse prevention therapy in first-episode psychosis // *J. Clin. Psychiatry.* 2010. Vol. 71, N 4. P. 475–483.
46. Goldstein M.J., Rodnick E.H., Evans J.R. et al. Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1978. Vol. 35. P. 1169–1177.
47. Gruber E.N. Group psychotherapy for parents of patients with schizophrenia // *Int. J. Soc. Psychiatry.* 2006. Vol. 52, N 6. P. 487–500.
48. Haddock G., Lewis S. Psychological interventions in early psychosis // *Schizophr. Bull.* 2005. Vol. 31, N 3. P. 697–704.
49. Hatfield A. Family education: theory and practice // *New Direct. Mental Health Serv.* 1994. Vol. 62. P. 3–12.
50. Hazel N.A., McDonnell M.G., Short R.A. et al. Impact of multiple-family groups for outpatients with schizophrenia on caregivers' distress and resources // *Psychiatr. Serv.* 2004. Vol. 55, N 1. P. 35–41.
51. Hinrichsen G.A., Lieberman J.A. Family attributions and coping in the prediction of emotional adjustment in family members of patients with first-episode schizophrenia // *Acta Psychiatr. Scand.* 1999. Vol. 100, N 5. P. 359–366.
52. Hogarty G.E., Anderson C.M., Reiss D.J. et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1986. Vol. 43. P. 633–642.
53. Hogarty G.E., Anderson C.M., Kornblith S.J. et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment // *Am. J. Psychiatry.* 1991. Vol. 48. P. 340–347.
54. Huxley N.A., Rendall M., Sederer L. Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years // *J. Nerv. Ment. Dis.* 2000. Vol. 188, N 4. P. 187–201.
55. Jenner J.A., Willige G., Wiersma D. Multi-family treatment for patients with persistent auditory hallucinations and their relatives: a pilot study // *Acta Psychiatr. Scand.* 2006. Vol. 113, N 2. P. 154–158.
56. 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. Vol. 48. P. 85–90.
57. Kupers E. Family interventions in schizophrenia: evidence for efficacy and proposed mechanisms of change // *J. Family Ther.* 2006. Vol. 28, N 1. P. 73–80.
58. Leff J., Berkowitz R., Shavit N. et al. A trial of family therapy v. a relatives group for schizophrenia // *Br. J. Psychiatry.* 1989. Vol. 154. P. 58–66.
59. Leff J., Berkowitz R., Shavit N. et al. A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia. Two-year follow-up // *Br. J. Psychiatry.* 1990. Vol. 157. P. 571–577.
60. Leff J. Family work for schizophrenia: practical application // *Acta Psychiatr. Scand.* 2000. Vol. 407. P. 78–82.
61. Leff J., Kuipers L., Berkowitz R. et al. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients // *Br. J. Psychiatry.* 1982. Vol. 141. P. 121–134.
62. Leff J., Kuipers L., Berkowitz R., Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two year follow-up // *Br. J. Psychiatry.* 1985. Vol. 146. P. 594–600.
63. Lehman A.F., Steinwachs D.M. At issue: translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations // *Schizophr. Bull.* 1989. Vol. 24. P. 1–9.
64. Lenor M.E., Peter M.A., Dingemans J. et al. Social functioning and the course of early-onset schizophrenia. Five-year follow-up of a psychosocial intervention // *Br. J. Psychiatry.* 2001. Vol. 179. P. 53–58.
65. Lyse H.G., Haahr U.H., Fjell A. et al. Psychoeducation and multi-family groups for patients with first-episode psychosis // *Ugeskr. Laeger.* 2007. Vol. 169, N 43. P. 3668–3672.
66. Marshall M., Rathbone J. Early intervention for psychosis // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2004. Vol. 18, N 4. P. 2.
67. McFarlane W.R., Dushay R.A., Stastny P. et al. A comparison of two levels of family-aided assertive community treatment // *Psychiatr. Serv.* 1996. Vol. 47. P. 744–750.
68. McFarlane W.R., Dixon L., Lukens E., Lucksted A. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature // *J. Marital Family Ther.* 2003. Vol. 29, N 2. P. 223–247.
69. 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, N 8. P. 679–687.
70. McGill C.W., Falloon I.R., Boyd J.L., Wood-Siverio C. Family educational intervention in the treatment of schizophrenia // *Hosp. Comm. Psychiatry.* 1983. Vol. 34, N 10. P. 934–938.
71. Miller R., Mason S.E. Phase-specific psychosocial interventions for first-episode schizophrenia // *Bull. Menninger Clin.* 1999. Vol. 63, N 4. P. 499–519.
72. Montero I. Two strategies for family intervention in schizophrenia: a randomized trial in a Mediterranean environment // *Schizophr. Bull.* 2001. Vol. 27, N 4. P. 661–670.
73. Montero I., Masanet M.J., Bellver F., Lacruz M. The long-term outcome of 2 family intervention strategies in schizophrenia // *Compr. Psychiatry.* 2006. Vol. 47, N 5. P. 362–367.
74. Motlova L.B., Dragomirecka E., Matelova S. et al. Education in schizophrenia: how patients and their relatives assess the relapse prevention programme PREDUKA // *Cas. Lek. Cesk.* 2010. Vol. 149, N 1. P. 21–25.
75. Penn D.L., Mueser K.T. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* 1996. Vol. 153. P. 607–617.
76. Penn D.L., Waldheter E.J., Perkins D.O., Mueser K.T., Lieberman J.A. Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update // *Am. J. Psychiatry.* 2005. Vol. 162, N 12. P. 2220–2232.
77. Pfammatter M., Junghan U.M., Brenner H.D. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses // *Schizophr. Bull.* 2006. Vol. 32, N 1. P. 64–80.
78. Pilling S., Bebbington P., Kuipers E. et al. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy // *Psychol. Med.* 2002. Vol. 32, N 5. P. 763–782.
79. Pitschel-Walz G., Leucht S., Bauml J. et al. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis // *Schizophr. Bull.* 2001. Vol. 27, N 1. P. 73–92.
80. Randolph E.R., Eth S., Glynn S. et al. Behavioral family management in schizophrenia: Outcome from a clinic-based intervention // *Br. J. Psychiatry.* 1994. Vol. 164. P. 501–506.
81. Reed S.I. First-episode psychosis: A literature review // *Int. J. Mental Health Nursing.* 2008. Vol. 17, N 2. P. 85–91.
82. Rummel-Kluge C., Pitschel-Walz G., Baemel J., Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia – results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland // *Schizophr. Bull.* 2006. Vol. 32, N 4. P. 765–775.
83. Schooler N.R., Keith S.J., Severe J.B. et al. Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia. The effects of dose reduction and family treatment // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1997. Vol. 54, N 5. P. 453–463.
84. Sellwood W., Wittkowski A., Tarrrier N., Barrowclough C. Needs-based cognitive-behavioural family intervention for patients suffering from schizophrenia: 5-year follow-up of a randomized controlled effectiveness trial // *Acta Psychiatr. Scand.* 2007. Vol. 116, N 6. P. 447–452.

85. Solomon P., Draine J., Mannion E., Meisel M. Impact of brief family psychoeducation on self-efficacy // *Schizophr. Bull.* 1996. Vol. 22, N 1. P. 41–50.
86. Solomon P., Draine J., Mannion E., Meisel M. Effectiveness of two models of brief family education: retention of gains by family members with serious mental illness // *Am. J. Orthopsychiatry.* 1997. Vol. 67, N 2. P. 177–186.
87. Spencer E., Birchwood M., McGovern D. Management of first-episode psychosis // *Adv. Psychiatr. Treatment.* 2001. Vol. 7. P. 133–142.
88. Tarrier N., Bentall R., Drake R. et al. Cognitive-behavioral therapy in first-episode and early schizophrenia // *Br. J. Psychiatry.* 2004. Vol. 184. P. 231–239.
89. Tarrier N., Barrowclough C., Vaughn C. et al. The community management of schizophrenia. A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse // *Br. J. Psychiatry.* 1988. Vol. 153. P. 532–542.
90. Tarrier N., Lowson K., Barrowclough C. Some aspects of family interventions in schizophrenia. II: Financial considerations // *Br. J. Psychiatry.* 1991. Vol. 159. P. 481–484.
91. Tee K., Tom S.E., MacEwan W.G. Early psychosis identification and intervention // *Psychiatr. Serv.* 2003. Vol. 54, N 4. P. 572–573.
92. Tiffin P.A., Gyles G. From commitment to reality: early intervention in psychosis services in England // *Early Intervention Psychiatry.* 2007. Vol. 1, N 1. P. 104–107.
93. Veltro F., Magliano L., Morosini P. et al. Randomised controlled trial of a behavioural family intervention: 1 year and 11-years follow-up // *Epidemiol. Soc. Psychiatry.* 2006. Vol. 15, N 1. P. 44–51.
94. Weiden P.J., Scheffler P.L., McEvoy J.P. Expert consensus treatment guidelines for schizophrenia: a guide for patients and families // *J. Clin. Psychiatr.* 1999. Vol. 60, Suppl. 11. P. 73S–80S.
95. Wynne L.C. The rationale for consultation with the families of schizophrenic patients // *Acta Psychiatr. Scand.* 1994. Vol. 384, Suppl. P. 125–132.
96. Xiong W., Phillips M.R., Xiong H. et al. Family-based intervention for schizophrenia patients in China: a randomised controlled trial // *Br. J. Psychiatry.* 1994. Vol. 165. P. 239–247.
97. Zastowny T.R., Lehman A.F., Cole R.E., Kane C. Family management of schizophrenia: a comparison of behavioral and supportive family treatment // *Psychiatr. Q.* 1992. Vol. 63, N 2. P. 159–186.

РАБОТА С СЕМЬЯМИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

М. К. Денисенко

Обзор посвящен рассмотрению различных форм семейных интервенций с родственниками пациентов, страдающих шизофренией. Приведено описание ряда основанных на доказательствах моделей работы с семьей – поведенческой семейной терапии, психообразовательных групп, мультисемейных групп, групп родственников, семейного консультирования и краткосрочных программ семейного просвещения. Уделено внимание их эффективности в плане сокращения частоты рецидивов и госпитализаций, уменьше-

ния «бремени семьи», улучшения социальной и трудовой адаптации. Отдельно описаны наиболее часто используемые на ранних этапах заболевания формы работы с семьей – психообразовательные группы, мультисемейные группы, поведенческая семейная психотерапия.

Ключевые слова: поведенческая семейная психотерапия, мультисемейные группы, психообразовательные группы, улучшение социальной и трудовой адаптации.

WORKING WITH FAMILIES OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

M. K. Denisenko

This review of literature is devoted to different forms of family interventions for the family members of schizophrenic patients. The author describes the principal evidence-based models of family interventions such as family behavioral therapy, psychoeducation groups, multifamily groups, groups of family members, family counseling and short-term programs of family education. Special attention is paid to efficacy of these interventions in terms of lowering the frequency of

relapses and hospital admissions, decreasing the burden of disease on the family, a better social and labor adjustment. The author outlines the forms commonly used at early stages of the disease, specifically, psychoeducation groups, multifamily groups and family behavioral therapy.

Key words: family behavioral therapy, multifamily groups, psychoeducation groups, improvement of social and labor adjustment.

Денисенко Мария Константиновна – врач-психотерапевт дневного стационара ГУЗ НО «Клиническая психиатрическая больница №1 Н.Новгорода»; e-mail: mariadenisenko@mail.ru