

Опыт психообразования больных шизофренией в амбулаторной практике

Л.Г. Серазетдинова, Н.Н. Петрова, О.В. Малеваная
Психоневрологический диспансер № 5 Красногвардейского района,
кафедра психиатрии и наркологии медицинского факультета СПбГУ, Санкт-Петербург

Резюме. Работа посвящена анализу эффективности психообразовательной программы у больных шизофренией в амбулаторных условиях в период ремиссии на этапе хронического течения заболевания с позиции успешности адаптации. Продемонстрирована целесообразность применения интегративной модели программы, включающей медицинский информационный модуль, модули тренинга межперсонального общения и поведенческой терапии. Проведенное исследование позволило выяснить существенное позитивное влияние психообразования на уровень знаний больных о болезни и конструктивность копинг-стратегий. Показано, что микросоциальная адаптация — важный фактор мотивации к участию больных в программе. Не выявлено значимого влияния психообразования на стигматизацию больных шизофренией.

Ключевые слова: психообразование, копинг, шизофрения.

The experience of psychoeducation in out-patient schizophrenic patients

L.G. Serasetdinova, N.N. Petrova, O.V. Malevanaya.
Outpatient department № 5, Chair for psychiatry,
Medical faculty, Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg

Summary. The author focuses on the importance of evaluation of psychoeducation in outpatient schizophrenic patients. It was shown that the program induce the level of knowledge and improve coping strategies about mental disorders among schizophrenic patients. The integrative psychoeducation model can be described as a complex stepwise system of informational, psycho and social interventions. The combination of “modules” within the system (providing specific medical information for patients, pharmacotherapy control, communicative skills training, coping skills training) was proved to be useful for chronic patients. The investigation points that effect of psychoeducation on stigmatization is less pronounced.

Key words: psychoeducation, coping, schizophrenia.

Введение

В настоящее время под психообразованием принято понимать осуществляемый поэтапно процесс обучения психиатрических пациентов в области психических заболеваний и оказания психиатрической помощи, что обеспечивает их необходимыми знаниями и оказывает влияние на их установки и поведение в отношении собственного здоровья.

Как свидетельствуют американские авторы, семейное психиатрическое просвещение способствует снижению показателей рецидивов и облегчает процесс восстановления у людей с психическими расстройствами. Разработан набор основных компонентов эффективных программ по психиатрическому просвещению семей, куда входят оказание эмоциональной поддержки, просветительная работа, предоставление ресурсов в кризисные периоды, а также формирование навыков решения проблем [6, 7].

В последние годы психообразование активно внедряется в систему реабилитационных мероприятий психически больных в России, и его рассматривают как один из возможных путей преодоления стигмы психически больных и их родственников [1, 3, 4]. Оно направлено на информирование пациента и его родственников о психических расстройствах и обучению методам совладания с проблемами, обусловленными заболеванием, — контролю над болезнью. Наиболее широко психообразование применяется в ведении пациентов с психосоматической патологией: школы больных бронхиальной астмой, сердечно-сосудистыми заболеваниями, в частности хронической сердечной недостаточностью и т. п. Имеется отечественный опыт использования психообразования в клинике первого психотического эпизода [5]. Зарубежные авторы отмечают целесообразность использования психообразования на этапе становления ремиссии и в случае рецидива [8, 9]. В исследовании А.Н. Еричева (2007) выявлен высокий уровень потребности в информированности со стороны больных и членов их семей, подчеркивается положительное влияние психообразования на психологическую и социальную адаптацию больных, их комплаентность [2]. Вместе с тем ряд вопросов остается открытым: до конца не определены место психообразования в системе реабилитации, соотношение его с психотерапией, особенности проведения у больных с различной психической патологией, критерии оценки эффективности, отсутствует супервизия для персонала, осуществляющего психообразование.

В задачи данного исследования входила оценка результатов психообразовательных мероприятий у больных шизофренией.

Материалы и методы

В психообразовательную программу были включены 32 амбулаторных больных параноидной шизофренией на этапе хронического течения заболевания в возрасте $33,6 \pm 7,2$ года. Длительность заболевания составила $11,93 \pm 3,2$ года, возраст начала болезни — $21,5 \pm 5,1$ года.

Психообразовательная программа представляла собой модуль, рассчитанный на определенное время и осуществляемый в группе закрытого

типа, работающей под руководством психиатра-психотерапевта. Программа нацелена на образование и обеспечение поддержкой пациентов-участников данных групп.

Применялось интерактивное обучение: пациент выступает не пассивным «реципиентом» информации, а активным участником процесса. Преимущество интерактивного обучения заключается в возможности использования групповых взаимодействий: обмен мнениями, обсуждение опыта болезни, эффект обратной связи, положительное подкрепление.

Психообразовательная программа (модуль) была нацелена на комплекс различных задач: на выработку у больных комплаенса (осознанного соблюдения предписанного режима лечения), обучение распознаванию признаков начинающегося обострения, совладанию (копингу) с остаточной психопатологической симптоматикой, улучшение адаптации пациента, а также на управление болезнью. Кроме того, в процессе психообразования происходило формирование терапевтического сообщества и обеспечивалась «социальная поддержка» участникам группы.

Психообразовательные мероприятия включали в свою структуру информационный блок (причины, симптомы заболевания, типы течения, прогноз, вопросы терапии и реабилитации) и формирование практических навыков — выработку механизмов совладания с симптомами болезни (разъяснительная, поведенческая, комплаенс-терапия).

Количество занятий в модуле составило в среднем 17 сессий. Занятия проводились один раз в неделю, продолжительность занятия один час.

Для оценки эффективности образовательных программ применялась рейтинговая шкала (оригинальная анкета), включающая такие показатели, характеризующие позицию пациента по отношению к психической болезни, как: увеличение знаний о болезни, изменения в поведении, во взаимоотношениях с окружающими, в частности в семье, следование медицинским рекомендациям, расширение знаний о мерах при urgentных обстоятельствах, связанных с внезапным обострением состояния, информированность пациента о психических расстройствах. Карта составлена таким образом, что более высокий балл отражает большую информированность пациента. Максимальный балл по карте оценки уровня знаний и эффективности психообразовательной программы — 90, минимальный — 18. В исследовании использовались опросник Хейма для изучения копинг-поведения и Визуальная аналоговая шкала для оценки связанного со здоровьем качества жизни. Отношение к болезни изучалось с помощью методики ТОБОЛ.

В данной работе использованы современные методы описательной и аналитической статистики, статистическая программа SPSS, для анализа корреляций применялся ранговый коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты

В большинстве случаев пациенты направлялись для прохождения психообразовательных мероприятий врачами дневного стационара и ре-

абилитационного отделения (40% и 60% больных соответственно).

Полный цикл психообразовательной программы прошли 44% больных, из них 43% женщин. Возраст больных составил около 39 лет, возраст начала заболевания — 21 год. Продолжительность болезни достигала 17,5 года. Большинство больных (86%) имели инвалидность 2-й группы. 93% пациентов проживали в своей или родительской семье.

В группе больных, досрочно выбывших из психообразовательной программы, преобладали лица мужского пола, женщины составили 24% случаев. Достоверных различий по параметрам возраста на момент обследования (37 лет) и возраста начала болезни (20,5 года) не выявлено. Продолжительность болезни несколько меньше, чем в подгруппе полного психообразовательного цикла (13 лет). Инвалидность 2-й группы имела в 66,5% случаев. По сравнению с пациентами, полностью прошедшими психообразовательный цикл, заметно большее число пациентов не имели инвалидности (7% и 28% соответственно). Половина больных этой подгруппы были одиноки.

В 44,5% случаев больные выбыли из программы без уважительной причины, в основе лежало отсутствие мотивации к участию в психообразовательной программе. В остальных наблюдениях занятия были прерваны вследствие ухудшения психического состояния больного, госпитализации.

Среди больных, выбывших из психообразовательной программы без уважительной причины, было в три раза больше мужчин, половина не имели инвалидности. Эти пациенты были значительно моложе (28,6 года), а длительность заболевания у них была существенно меньше по сравнению с остальной группой (9 лет, $p < 0,01$). Все проживали в семьях. В поведенческой сфере преобладали конструктивные (обращение и сотрудничество), а в эмоциональной и когнитивной сферах — дезадаптивные варианты копинга (подавление эмоций; диссимуляция и растерянность).

Исходно уровень знаний больных о заболевании колебался от 40 до 72 баллов и в среднем составил $50,4 \pm 10,3$ балла по оригинальной шкале. После окончания психообразовательной программы уровень знаний больных заметно возрос и колебался в пределах от 48 до 83 баллов (в среднем составил $67,1 \pm 9,5$ балла; $p < 0,05$).

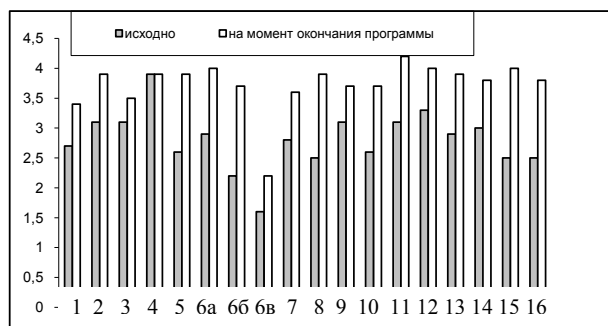


Рис. 1. Уровень знаний пациентов в динамике психообразования: п.п. 1–16 — показатели карты оценки уровня знаний больных

Как видно из рис. 1, отчетливая положительная динамика наблюдается по всем показателям карты оценки уровня знаний больных. Исключением является параметр, показывающий готовность пациентов обсуждать опыт других людей в отношении психических расстройств, что, по-видимому, отражает стигматизацию больных шизофренией. Это согласуется с незначительной динамикой по показателям стремления пациентов общаться с другими психически больными, а также обсуждать свой опыт болезни с другими участниками группы. Следует отметить наиболее выраженные изменения к лучшему по параметрам осведомленности о мнении других пациентов о психических заболеваниях, о причинах, симптомах и особенностях течения психической болезни (п.п. 1, 5, 6а, 6б, 13). Заметно повышается возможность распознавания признаков обострения заболевания и осведомленность больных о методах лечения (п.п. 7, 8, 10). Значительно расширяются представления о возможных побочных эффектах терапии и организационной структуре оказания психиатрической помощи (п.п. 11, 15). Немаловажно, что в процессе психообразования существенно возрастает заинтересованность больных в дальнейшем получении знаний о службах и формах помощи при психическом заболевании (п. 16). Несколько в меньшей степени, но также достоверно повышается готовность больных к контролю симптомов болезни (п. 9) и расширяются представления о собственной роли в процессе лечения (п. 12).

В ходе исследования было установлено, что отчетливым индикатором эффективности психообразования служит увеличение у больных словарного запаса и овладение ими актуальными медицинскими терминами.

Следует отметить особенности психообразования у больных пожилого возраста и с длительным стажем заболевания. Были выявлены значительные трудности усвоения материала. На каждую тему занятия тратилось в 2 раза больше времени, чем обычно, поэтому количество занятий в этой группе составило 25 сессий. Вместе с тем группа была стабильной по посещаемости.

При изучении особенностей механизмов совладания со сложными жизненными ситуациями у больных шизофренией было обнаружено, что более неблагоприятной являлась когнитивная сфера копинга, в структуре которой наибольший удельный вес составляли неконструктивные стратегии совладания со стрессом. В эмоциональной сфере конструктивные стратегии преодоления фрустрирующих ситуаций встречаются несколько чаще, чем неконструктивные, в то время как относительно конструктивные варианты встречаются редко. В поведенческой сфере адаптивные, относительно адаптивные и дезадаптивные копинг-стратегии у больных шизофренией наблюдались примерно с одинаковой частотой (рис. 2).

В эмоциональной сфере копинг-поведения больных шизофренией отчетливо преобладает стратегия, которая расценивается как конструктивная и связана с уверенностью в благополучном исходе сложной жизненной ситуации, — «опти-



Рис. 2. Механизмы совладания у больных шизофренией:
1 — конструктивные, 2 — относительно конструктивные,
3 — неконструктивные механизмы

мизация» (50% наблюдений). Однако в условиях тяжелого психического заболевания этот копинг-механизм может негативно сказываться на адаптации больных к болезни и лечению в силу ухудшения комплаентности за счет недооценки проблемы. Вторая по частоте эмоциональная копинг-стратегия — «подавление эмоций» — относится к неконструктивным механизмам (примерно 27% случаев).

Больным шизофренией не свойственны такие когнитивные копинг-стратегии, как диссимуляция, придача смысла и установка собственной ценности. Доминируют неконструктивный, сопряженный с пассивностью в преодолении трудностей, вариант копинга «растерянность» (19% больных) и относительно конструктивный механизм «сохранение апломба» (12% больных), который препятствует внешнему проявлению значимых переживаний.

Копинг больных шизофренией характеризовался преобладанием в поведенческой сфере относительно конструктивного варианта «компенсация» (31% наблюдений), который может проявляться поведением, характеризующимся стремлением к временному отходу от решения проблем с помощью алкоголя, еды, лекарственных средств и пр. Также достаточно часто наблюдалось «отступление» (перед трудностями), имеющее дезадаптивный характер (25% случаев). Особенностью поведенческой сферы больных шизофренией являлось то, что не встречалось копинг-поведение по типу конструктивной активности.

В группе пациентов, досрочно выбывших из программы, совладающее со стрессом поведение

характеризовалось достаточным благополучием: в когнитивной и эмоциональной сферах конструктивные механизмы встречались несколько чаще, чем относительно конструктивные и неконструктивные стратегии (рис. 3).

Несколько отличалась в лучшую сторону поведенческая сфера: неконструктивные стратегии копинга наблюдались здесь реже по сравнению с другими сферами копинг-поведения (примерно 17% пациентов). Отличительной особенностью эмоционального копинга больных, выбывших из программы, являлось наличие в 12,5% случаев «сохранения апломба (самообладания)», следствием которого могут быть блокирование проявления запроса о помощи вовне и ограничение возможностей использования средовых копинг-ресурсов.

Копинг больных, прошедших психообразовательную программу, исходно заметно отличался в худшую сторону по признаку конструктивности, по сравнению с выбывшими из программы больными шизофренией (рис. 4а).

В поведенческой сфере преобладал неконструктивный копинг (40% больных), адаптивные варианты копинга встречались только в 20% наблюдений. Когнитивная сфера копинга исходно отличалась еще большей дисгармоничностью, неконструктивные стратегии имелись в половине наблюдений. Конструктивные и неконструктивные эмоциональные копинг-стратегии встречались изначально с одинаковой частотой, при этом относительно конструктивные копинг-стратегии отсутствовали. Эмоциональные копинг-стратегии были представлены, с одной стороны, «оптимизмом» (примерно 50% наблюдений), а с другой стороны — «подавлением эмоций» и, реже, «покорностью».

Оценка копинг-поведения больных шизофренией в динамике психообразовательной программы продемонстрировала отчетливое увеличение частоты конструктивных стратегий совладания во всех сферах копинга (рис. 4б).

В результате психообразования в 40% случаев наблюдалась положительная динамика с формированием более адаптивных вариантов копинг-поведения в поведенческой сфере. Достоверно возросла, по сравнению с исходной частотой, частота конструктивного копинга «сотрудничество» (10% и 30% соответственно, $p < 0,05$); частота относительно конструктивной стратегии «компенсация», напротив, снизилась (с 30% до 20% случаев, $p < 0,05$). Заметно уменьшилась частота неконструктивного копинга «отступление» (с 30% до 10%, $p < 0,05$). На момент завершения программы заметно снизилась частота неконструктивного когнитивного копинга, характеризующегося пассивностью — «растерянность» (перед лицом трудностей) — с 30% до 20% ($p < 0,05$). Параллельно отчетливо возросла частота конструктивного копинг-механизма «проблемный анализ» и достигла 40% случаев в структуре когнитивного копинга ($p < 0,01$). В процессе психообразования число неадаптивных эмоциональных копинг-механизмов сократилось в два раза.

Более половины больных, прошедших программу, исходно имели дезадаптивные типы отношения или диффузный тип, отражавший акту-



Рис. 3. Сферы копинг-поведения больных, досрочно выбывших из психообразовательной программы: 1 — конструктивные, 2 — относительно конструктивные, 3 — неконструктивные механизмы

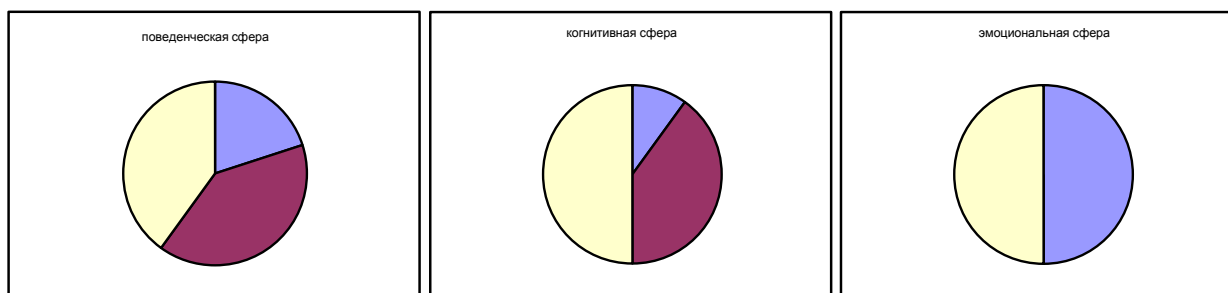


Рис. 4а. Исходно



Рис. 4б. В динамике психообразования

Рис. 4. Сферы копинг-поведения больных, прошедших полный курс психообразования (см. подписи к рис. 2)

альность процесса адаптации к болезни. Среди неадаптивных вариантов отношения преобладал сенситивный тип, характеризующийся ранимостью, чувствительностью в вопросах болезни и лечения (63% случаев). После завершения психообразовательной программы адаптивные типы отношения наблюдались заметно чаще (соответственно 35,71 и 14,28% случаев, $p < 0,01$). Значительно вырос удельный вес эргопатического типа отношения, который стал встречаться, в том числе в сочетании с другими типами, в 54% наблюдений.

Исходно связанное со здоровьем качество жизни больных параноидной шизофренией находилось, согласно самооценке, на среднем уровне (58,64 балла по шкале ВАШ). Уровень качества жизни у больных параноидной шизофренией был связан с удовлетворением таких потребностей, как материальное благополучие и работа, здоровье, уверенность в себе, общение, наличие друзей, спокойствие в семье. Таким образом, доминирующей являлась потребность в защищенности. Была отмечена отчетливая положительная динамика удовлетворенности больных своей жизнью

в условиях болезни в подгруппе, полностью прошедшей психообразовательную программу (54,43 балла исходно и 72,36 балла на момент окончания программы, $p < 0,05$). Отчетливое улучшение качества жизни установлено у 64% больных, в 28% случаев достоверных изменений этого показателя не выявлено.

Выводы

Результаты исследования продемонстрировали целесообразность применения интегративной модели программы, включающей медицинский информационный модуль, модули тренинга межличностного общения и поведенческой терапии. Это обусловлено необходимостью сочетания расширения знаний пациентов в вопросах заболевания и терапии с коррекцией копинг-поведения и внутренней картины болезни, характеризующихся дезадаптивной направленностью.

Показано, что когнитивная сфера совладания со сложными жизненными ситуациями у больных шизофренией отличалась наибольшей дисгармоничностью и преобладанием неконструктивных копинг-стратегий, сопряженных с пассивностью

Исследования

в решении проблем. В процессе психообразования наблюдался отчетливый рост адаптивности копинг-поведения во всех сферах.

Было выявлено преобладание среди больных шизофренией дезадаптивных типов отношения к болезни, отражающих актуальность проблемы психологической адаптации к болезни и ее лечению. В результате психообразовательной программы внутренняя картина болезни стала более гармоничной в большинстве наблюдений.

Таким образом, психообразовательная программа заметно повысила индивидуальные ресурсы совладания с болезнью и возможности адаптации больных шизофренией в целом. Следует отметить, что повышение адаптивного потенциала личности в процессе интегративной психообразовательной программы происходило параллельно возрастанию уровня знаний пациентов о болезни.

Улучшение качества жизни больных в динамике психообразования подтверждает эффективность программы в отношении больных шизофре-

нией на этапе хронического течения заболевания.

Пациенты, выбывшие из психообразовательной программы, отличались от пациентов, прошедших полный курс психообразования, большей микросоциальной дезадаптацией. Полученные данные подтверждают положительную роль семейной поддержки в успешности психообразования за счет усиления мотивации пациентов к участию в программе.

Для повышения эффективности психообразования целесообразны индивидуализация программ, в частности, с учетом возрастных характеристик пациентов и давности заболевания, популяризация идеи психообразовательных программ, распространение информации о возможностях психообразования среди родственников больных.

Динамическая оценка воздействия программы на адаптационные характеристики больных должна быть обязательной частью психообразовательного процесса.

Литература

1. Гурович И.Я., Кирьянова Е.М., Винидиктова Г.И., Марченко Г.Г. Проблема стигмы и дискриминации больных шизофренией и их родственников, возможные пути преодоления // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т. 13, № 3. С. 26–30.
2. Еричев А.Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. № 3. С. 43–47.
3. Коцюбинский А.П. Психообразовательные программы в системе реабилитации больных эндогенными психозами: пособие для врачей / НИПНИ им. В.М. Бехтерева; авторы: А.П. Коцюбинский, А.Н. Еричев, Н.В. Зуйкова. СПб., 2006. 26 с.
4. Семенова Н.Д., Сальникова Л.И. Проблема образования психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. № 4. С. 30–39.
5. Шмуклер А.Б., Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных // Российский психиатрический журнал. 2006. № 2. С. 61–64.
6. Dixon L., Stewart B., Burland J. et al. Pilot study of the effectiveness of this Family-to-Family Education Program // *Psychiatric Services*. 2001. Vol. 52, № 6. P. 965–967.
7. Dixon L., McFarlane W.R., Lefley H. et al. Использование методов, основанных на доказательствах, при оказании помощи семьям людей с инвалидностью вследствие психического расстройства // *Psychiatric Services*. 2001. Vol. 52, № 6. P. 903–910.
8. Solomon P. Interventions for families of individuals with schizophrenia: maximizing outcomes for their relatives // *Disease Management and Health Outcomes*. 2000. Vol. 8. P. 211–221.
9. Tennakoon L., Fannon D., Doku V. Experience of caregiving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis // *Br. J. Psychiatry*. 2000. Vol. 177. P. 529–533.
10. Zhang M., Wang M., Li J. et al. Randomized-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients: an 18-month study in Suzhou, Jiangsu // *Br. J. Psychiatry*. 2007. Vol. 190. P. 49–56.

Сведения об авторах

Серазетдинова Лариса Григорьевна — главный врач ПНД Красногвардейского района. E-mail: pnd5@zdrav.spb.ru

Петрова Наталия Николаевна — д. м. н., зав. кафедрой психиатрии и наркологии, медицинский факультет Санкт-Петербургского государственного университета. E-mail: petrova_nn@mail.ru

Малеваная Ольга Владиславовна — зав. реабилитационным отделением ПНД Красногвардейского района. E-mail: malevanaya@rambler.ru