

Психообразование: проблемы и направления исследований

Семенова Н.Д.¹, Кузьменко А.Ю.², Костюк Г.П.²

¹ Московский НИИ психиатрии, филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» МЗ РФ,

² ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 3 им. В.А. Гиляровского», Москва

Резюме. Психообразовательные вмешательства для пациентов с шизофренией и их семей, как показано, имеют существенный долгосрочный эффект в плане влияния на ход болезни. Авторы проделали обзор научных журналов, индексированных в наиболее часто используемых поисковых системах. Психообразование варьирует в плане подходов и форматов: семейные, индивидуальные и групповые вмешательства, гибкие комбинированные подходы, вмешательства, улучшающие приверженность режиму приема лекарств и др. Показан растущий интерес к проблеме психообразования пациентов с шизофренией, дана широкая картина групповых форм вмешательств и подчеркнута необходимость дальнейших исследований и создания базы знаний.

Ключевые слова: шизофрения, психообразование, исследования.

Psychoeducation: Issues and Directions for Research

Semenova N.D.¹, Kuzmenko A.Yu.², Kostyuk G.P.²

¹ Moscow Research Institute of Psychiatry — subsidiary The Serbsky Federal Research Center for Psychiatry and Narcology

² Psychiatric Hospital № 3 named after VA Hilyarovsky, Moscow

Summary. Psychoeducational interventions for schizophrenic patients and their families have shown impressive long-term effects on the course of illness. The authors conducted a review of scholarly journals and manuscripts indexed in commonly used search engines. The psychoeducation varied in approach and format: family psychoeducation, individual- and group-based interventions, flexible combined approaches, interventions to improve medication adherence etc. This paper points to a growing interest in the topic of psychoeducation for schizophrenic patients, providing a comprehensive picture of group-based interventions and highlighting the need for additional research and knowledge-building.

Key words: schizophrenia, psychoeducation, research.

Психообразование в широком смысле слова определяется как обучение психически больных и их родственников всему, что может быть полезным с точки зрения терапии и реабилитации [5]. Интерес к проблеме психообразования был стимулирован принятием в 1975 году Американской Больничной Ассоциацией (American Hospital Association) Декларации о правах пациента, в которой говорится, что каждый пациент, включая лиц с психическими заболеваниями, имеет право на полноценную информацию о своей болезни. Психообразование рассматривается как реализация данного фундаментального права в процессе лечения и реабилитации. Предполагается, что такое понимание поможет пациентам с шизофренией более эффективно справляться с болезнью, и, тем самым, улучшит прогноз.

Психообразование, как и прочие психосоциальные подходы в психиатрии — давно уже не рассматривается в качестве альтернативы биологическим подходам, а является частью единого терапевтического и реабилитационного процесса. Выделим лишь два момента, обуславливающие взаимосвязь психофармакологических и психосоциальных подходов к терапии и реабилитации шизофрении. С одной стороны, необходимость дли-

тельного приема медикаментов требует высокого уровня сотрудничества больного с врачом, принятия выработанной врачом терапевтической линии [1, 2]. Врач при этом должен разумно донести до больного всю концепцию лечения и все те опасные моменты, что связаны с прерыванием терапии. С другой стороны, в связи с созданием новых антипсихотических медикаментозных средств с высокой эффективностью и хорошей переносимостью, без тормозящего, угнетающего социального функционирование действия, — встают иные проблемы. Когда на основе медикаментозного лечения преодолевается острая психотическая симптоматика и намечается путь пациента к ресоциализации, с не меньшей «остротой» встают задачи, которые решаются средствами психосоциальных вмешательств, в том числе, психообразованием [4].

Два полюса спектра «обучение»

Современные теории шизофрении особое внимание уделяют расстройствам когнитивных функций. Эти расстройства считаются проявлением центральных с патогенетической точки зрения патологических процессов [32]. Тенденция настоящего времени — особая роль, уделяемая позна-

вательным процессам, знаниям и информации в самом широком смысле слова. Фундаментальным понятием, объединяющим большинство ключевых психосоциальных подходов при шизофрении, является «обучение» — кто обучается, чему обучается, как обучается и что является критерием успешного обучения [26, 67]. Во всех случаях больные и их родственники, на основе полученной информации, обучаются по-иному вести себя в тех или иных ситуациях. На этой широкой основе развивается множество разных методологий, программ и конкретных методик, строгая классификация которых выходит за рамки настоящей статьи.

В предыдущей публикации одного из авторов данной статьи [3] выделено два полюса этого широкого спектра, названного «обучением». На один из полюсов помещен классический когнитивный тренинг (когнитивная реабилитация), на другой — психообразование. В первом случае акцент в работе с пациентом (главным образом, индивидуальной) ставится на тренировке и развитии конкретной психической функции. В качестве критерия используется нормализация данной целевой функции. Во втором случае, при психообразовании, работа направлена на информирование и обучение, а также на адаптивную перестройку поведения пациента в социальной среде. Такая работа ориентируется на более сложные критерии успешности, о которых мы скажем ниже. Множество методов, используемых в современной психосоциальной работе, укладываются между этими полюсами, представляя собой ту или иную степень перехода от «узконаправленного» к «широкоформатному» подходу.

Термин «образование» (просвещение) подразумевает, что, независимо от конкретной формы вмешательства, в центре стоит определенная система знаний и навыков, формируемых у пациента и (или) его ближайшего окружения. Целевая группа получает знания в ходе поэтапно идущего процесса обучения. Образование всегда шире, чем просто передача знаний, и включает познавательные (когнитивные), эмоциональные и поведенческие составляющие. Удельный вес, взаимодействие этих составляющих — также определяет многообразие подходов в сфере психообразования.

Исследования в области психообразования: современные тенденции

В исследованиях в области психообразования в качестве независимых переменных (если употреблять экспериментальные термины) выступают форма и длительность программы. К основным формам психообразования относятся: индивидуальная, семейная (работа, проводимая с семьей больного) и групповая (включающая группу больных или семьи нескольких больных, так называемые, мультисемейные группы). В работах, сравнивающих индивидуальную и групповую формы психообразования, пока не найдено

существенных преимуществ первой, которые бы оправдывали ее высокие затраты [60]. В обзорах отделяют исследования психообразования для пациентов от исследований психообразования для семей больных. На практике большинство программ сочетают обе формы. По параметру длительности выделяют краткосрочную (если проводится менее 10 занятий) и «стандартную» (10 и более занятий) программу. В качестве исследовательской задачи выступает анализ влияния на конечный результат психообразования различной длительности и разных форматов [18, 64].

В классической когнитивной реабилитации первичной зависимой переменной является положительная динамика в определенной целевой функции (например, внимание [45]). Психообразование в качестве зависимых переменных, то есть мер, отражающих улучшение состояния больного, рассматривает клинически релевантные параметры, к числу которых относят: выраженность позитивных и негативных симптомов; количество рецидивов и устойчивость ремиссий; число и длительность госпитализаций; число обращений за помощью в систему здравоохранения; развитие социальных навыков и социальное функционирование в целом; способность пациента контролировать свои симптомы, комплаенс и качество жизни. Вообще говоря, «субъективному благополучию» и качеству жизни больного в настоящее время придается особое значение [48]. В этом смысле противопоставляют нормализацию целевой когнитивной функции, даже если таковая действительно происходит в ходе когнитивного тренинга, качеству жизни больного: нормализация целевой функции не влечет с необходимостью улучшение клинического состояния и качества жизни больного [63].

Среди клинически релевантных параметров выхода выделяют первичные и вторичные. Первичные — это количество обострений (рецидивов) и госпитализаций за определенный период времени (например, 9-18 месяцев). Вторичные — это приобретенное пациентами (и их родственниками) знание, психическое состояние пациента, общий уровень функционирования пациента и его семьи, установки в отношении медикаментозной терапии и общая удовлетворенность службами психиатрической помощи.

В первом исследовании эффективности семейной формы психообразования [27] изучалась большая группа больных (104 человека), находящихся в острой фазе заболевания. С родственниками части больных проводилась краткосрочная программа (6 занятий). Пациенты контрольной группы получали стандартную медикаментозную терапию, и с их родственниками психосоциальных мероприятий не проводилось. Спустя 6 месяцев после окончания занятий у пациентов основной группы зарегистрировано значимо меньше ($p < 0,05$) рецидивов по сравнению с пациентами группы контроля. Более интенсивный курс, включавший ежедневные занятия на протяжении 3-х месяцев, а также более редкие занятия в после-

дующие 6 месяцев, был проведен Falloon и соавт. [24]. Данная работа расценивалась как стандарт, на который ориентировались последующие интервенционные исследования [57, 59, 68], и результатом чего стала доказательная эффективность подхода [21].

Выделено 467 публикаций, освещающих семейную форму психообразования [20]. Как оказалось, программы психообразования чрезвычайно многообразны, варьируют от нескольких дней до 2-х и более лет [34]. Разброс в плане содержания программ столь же широк, как и длительность и интенсивность. Прямое обучение сочетается с оптимизацией общения и формированием конструктивных копинг-стратегий, подключается также ряд тренингов: решение проблем, постановка целей, выработка адекватного отношения к лечению. Подобного рода работа с семьями больных продолжается повсеместно. Особое значение придают широкомасштабной работе с пациентами и их семьями, если пациенты при этом имеют сопутствующее расстройство в виде травматического опыта пребывания в зоне военных действий. Примером может служить известная в США программа REACH для пациентов и их родственников [58]. Запуску долгосрочных психообразовательных программ предшествует так называемый «мотивирующий» блок, построенный на принципах мотивирующих вмешательств [47].

В большинстве работ сравнение производится с контрольной группой, где осуществляется стандартная медикаментозная терапия [18]. Наиболее исчерпывающим обзором такого рода до сих пор считается работа, проведенная Pekkala и Merinder [52]. После тщательного отбора по строгим критериям (рандомизация выборки; исключение больных с коморбидностью; нормальное распределение данных или нормировка с помощью соответствующих преобразований; катамнез с потерей не более 50% больных), — было выделено 10 исследовательских групп, отвечающих вышеприведенным критериям [10, 12, 17, 28, 29, 41, 46, 53–56]. Психообразование, как показано, значительно повышает комплаенс, уменьшает число рецидивов (в среднем на 40%, то есть почти в 2 раза, при 9–18 месяцах катамнеза) и снижает число госпитализаций (в среднем на 15%). Психообразование способствует тому, что уменьшается выраженность негативных симптомов шизофрении [42]. В группах психообразования, однако, обнаружен более высокий процент потери больных в катамнезе.

В качестве контроля, помимо стандартной медикаментозной терапии, в исследованиях используются и другие психосоциальные вмешательства. Hogarty с соавт. [33] был, вероятно, первым, кто поставил вопрос о сравнительной эффективности психообразования и других психосоциальных методов. Целевой группой данного исследования были пациенты с шизофренией из семей с высокой эмоциональной экспрессивностью (ЕЕ). Пациенты, находящиеся на амбулаторном лечении, были разделены на группы. 1-я группа получала стандартную медикаментозную терапию. Осталь-

ные, в дополнение к стандартной медикаментозной терапии, получали, соответственно — семейную терапию (2-я группа), тренинг социальных навыков (3-я группа), комбинацию в виде семейной терапии и тренинга социальных навыков (4-я группа). В течение года после завершения программы частота рецидивов в 1-ой группе составила 41% (что приблизительно соответствовало средним международным данным), во 2-й и 3-ей группе частота рецидивов составила 19-20%, в 4-й группе рецидивов не отмечалось.

Особое значение в этой связи придается психообразованию при работе с группами риска и с первым эпизодом шизофрении. Разработка эффективной помощи таким больным, выстраивание линии дальнейшей комплексной фармако- и психосоциальной терапии является приоритетным направлением. Одной из ключевых целей здесь является снижение эмоциональной экспрессивности у родственников пациента. Даже после успешного лечения первого эпизода шизофрении риск рецидива заболевания положительно связан с уровнем ЕЕ в семье [37]. А поскольку значительная часть больных (не менее половины) с первым приступом шизофрении может получать лечение во внебольничных условиях, вне отрыва от привычного социального окружения — семейное окружение должно быть саногенным, благоприятным для терапевтического процесса. Участие в программе психообразования приводит к снижению уровня ЕЕ в семье [12, 46], и такое снижение, как показано, является важным опосредующим фактором снижения частоты рецидивов и госпитализаций [35].

Контролируемое сопоставление нескольких методов психосоциальных вмешательств провели McFarlane и соавт. [43]. Были взяты следующие три метода: групповая форма работы, предполагающая семейную терапию с несколькими семьями больных, включающую психообразование (1-я группа, 16 пациентов); групповая форма работы, предполагающая только семейную терапию с несколькими семьями больных без каких бы то ни было элементов психообразования (2-я группа, 7 пациентов); семейная терапия, включающая психообразование, проводимая с каждой семьей в отдельности (3-я группа, 18 пациентов). Общее время лечения и ресурсы терапии были примерно одинаковы во всех трех группах. Группы тщательно выравнялись по возрасту (в среднем 29 лет), длительности заболевания (в среднем 6,4 года), количеству предшествовавших госпитализаций (в среднем 3,9), длительности ремиссий (в среднем 14 мес.), а также по показателям отношений в семье. Катамнестический период составил 4 года. За это время среди пациентов 3-й группы зафиксировано 78% рецидивов, в 1-й и 2-й группах рецидивы наблюдались, соответственно, в 50% и 57% случаев, что отвечает весьма низкому уровню — 12,5% и 14% в год. Таким образом, эффективность обоих вмешательств, если их проводить в формате работы с несколькими семьями больных, была приблизительно одинаковой, и превы-

шала эффективность терапии, проводимой в формате занятий с отдельной семьей.

Исследования в области комбинированных вмешательств

Работам, комбинирующим психообразование с другими психосоциальными вмешательствами, регулярно посвящаются обзорные, в том числе мета-аналитические исследования. Несмотря на большое число таких работ [15, 38, 39], высококачественных контролируемых исследований, на основании которых можно было бы делать уверенные выводы о действенности таких программ, пока недостаточно.

Отметим аналитическую публикацию Herz и соавт. [29], сочетающую психообразование (в форме крупноформатных семинаров с последующей работой с семейными группами) с активным мониторингом и интенсивной психосоциальной терапией продромальных симптомов. В контрольной группе, помимо стандартной медикаментозной терапии, проводилась систематическая психологическая поддержка в формате индивидуальной работы с больным. Комбинированная программа, длившаяся 6 месяцев, привела к двукратному снижению числа рецидивов (с 34% до 17%), а также госпитализаций (с 39% до 22%). Важные результаты получены и в плане медикаментозной терапии: в экспериментальной группе удалось снизить дозу медикаментов с 665 мг до 425 мг аминазин-эквивалента в день, тогда как в контрольной группе доза оставалась неизменной. Снижение дозы не привело при этом к ухудшению симптоматики у пациентов.

North и соавт. [49] сообщили о работе по программе психообразования с группами общей численностью 56 человек. Программа включала и элементы эмоциональной поддержки, однако, без подключения полномасштабной психотерапии как формы вмешательства. Основной проблемой пациентов была выраженность негативной симптоматики. Двухлетний катамнестический период показал, что количество дней госпитализации снизилось с 84 до 76 в год.

Психообразование часто сравнивают с когнитивно-поведенческой терапией шизофрении, проводимой в индивидуальном формате [61]. Drury и соавт. [22, 23] сообщают об успешном применении когнитивно-поведенческой терапии даже при остром психозе. Другим примером может служить получившая широкую известность программа с аббревиатурой STEPS (по-русски, «Шаги») [64]. Однако следует подчеркнуть, что столь интенсивная индивидуальная работа весьма дорога и малодоступна даже в странах с хорошо развитой сетью психосоциальных услуг, например, США и ФРГ [13].

Предпринимаются попытки перенести эмпирические находки такого рода программ в групповой формат и существенно снизить величину затрат на пациента [13]. Пациенты в периоде

обострения были рандомизированно распределены на группы — психообразование и когнитивно-поведенческая терапия. Каждая группа, состоявшая из 8 больных, занималась в течение 8 недель. В ходе катамнестического периода в 6 месяцев в группе когнитивно-поведенческой терапии зарегистрировано меньше госпитализаций и выявлен более низкий показатель позитивных и негативных симптомов по сравнению с группой психообразования. Программа психообразования, однако, проводилась с группами пациентов, не включавшими членов семей или других значимых лиц, чем, по-видимому, и можно объяснить ее низкую эффективность в данном конкретном исследовании.

Обширное исследование, выполненное в Дании, охватило 547 пациентов-хроников, участвовавших в «интегративной» психосоциальной программе в течение 2-х лет в ряде городов страны [36, 62]. Программа состояла из групповой формы психообразования с элементами тренинга социальных навыков. Авторы сознательно избегали обычной в исследованиях тенденции к стандартизации, гибко приспособив содержание и темп осуществления программы к запросам конкретных больных [36]. Контрольная группа получала только медикаментозную терапию. Результаты 2-х летнего катамнеза показали существенные различия между экспериментальной и контрольной группой по следующим показателям: позитивные и негативные симптомы, общий уровень когнитивного и аффективного функционирования. Такого рода данные представляются убедительными, однако, следует учесть огромную (приблизительно в 2,5 раза) разницу в плане времени работы профессионалов с пациентами экспериментальной и контрольной группы. Именно поэтому остается неясным, в какой мере неспецифические факторы, такие как общение с больным, рудиментарная социализация, могут здесь играть роль.

Психообразование и вмешательства, улучшающие комплайенс

Проблема приверженности терапии при долгосрочном лечении никогда не теряет своей остроты. Тему комплайенса не относят всецело к разделу под названием «биологическая терапия», так как одной лишь проблемой соблюдения пациентом режима приема препаратов она не ограничивается. Обсуждаются вопросы осознанного и мотивированного участия пациента в лечении, проясняются роли пациента и врача в организации процесса выздоровления (recovery) и т.п. [7].

Психообразование, как указывалось, нацелено в конечном итоге на изменение поведения больного, что находит свое отражение в широком спектре клинико-социальных показателей, среди которых и такая клинически важная переменная как выполнение больным предписанного ему медикаментозного режима. Показано, что эффективность воздействия в наибольшей степени отражается в изменении тех показателей, на которых был

сделан акцент в период обучения, и которым было посвящено большее количество часов психообразовательной программы [16].

К таким показателям часто относят комплаенс. Врач должен донести до пациента концепцию лечения, защитив его от ненужных рисков (риск суицида при прерывании терапии). Существует ряд специальных вмешательств, улучшающих комплаенс. Среди них — известный за рубежом подход, основанный на так называемом «Contingency Management» (управление непредвиденными обстоятельствами) [31]. Желаемое поведение пациента поддерживается за счет подкреплений (наград) [40]. К вмешательствам, улучшающим комплаенс, относят и краткосрочное когнитивно-поведенческое вмешательство, комплаенс-терапию, разработанную Kemp с соавт. [Цит. по 6] и адаптированную отечественными специалистами для работы с больными шизофренией на этапе формирования ремиссии [6].

Среди фактов риска несоблюдения больным врачебных рекомендаций особое значение придается тем, что связаны с самим пациентом [30]. К группе таких факторов относят: бедный инсайт, недостаток мотивации [50], негативную установку по отношению к медикаментозному лечению [14], избыточный вес [65], опыт предшествующего нон-комплаенса [9], а также небольшой стаж заболевания [8]. Нон-комплаенс усиливается также при коморбидности с нарушениями, связанными со злоупотреблением веществами (70-80%) [66]. Каждый из этих факторов становится «мишенью» психосоциальных воздействий.

Однако не все лечебные учреждения располагают достаточными ресурсами и могут предоставить пациенту специальные вмешательства, улучшающие комплаенс, тогда как средствами психообразования это сделать возможно. Сравнивалось влияние различных психосоциальных программ на выполнение больными предписанного им медикаментозного режима [70]. Был сделан вывод об эффективности психообразования в данной связи. Большого успеха удавалось достичь в тех случаях, когда психообразование сопровождалось поведенческой терапией, различными тренингами (принятие решений, навыки преодоления кризисных ситуаций, социальная компетентность), а также систематической работой с семьей больного.

Время подключения психообразования

Известный исследователь шизофрении McGorry [44] предположил, что эффективность психообразования тем выше, чем раньше по ходу заболевания подключается данное вмешательство. Ряд работ был посвящен проверке этой гипотезы. В проводившихся ранее исследованиях не учитывалось то обстоятельство, что у ряда больных опоздание с началом психосоциальных вмешательств совпадает с задержкой в плане медикаментозной терапии. Взаимосвязь и влияние этих двух факторов было принято во внимание и разведено [19]. Показано, что запоздалое начало психосоциаль-

ных мероприятий ухудшает последующую негативную симптоматику пациентов независимо от времени начала фармакотерапии (которое, в свою очередь, оказывает еще более сильное влияние). В соответствии с предположением McGorry [44], шел поиск линейной связи между переменными. Группа Buchkremer [17], однако, сравнила выборки больных-хроников, начавших психообразование до 5-го года заболевания (1-я группа), между 5-м и 8-м годами (2-я группа) и начавших еще позднее (3-я группа). По сравнению с контрольной группой, статистически значимая эффективность психообразования была обнаружена лишь в группе пациентов, начавших заниматься по программе психообразования между 5-м и 8-м годами. Утверждается, что различия между пациентами разных выборок не могут объясняться сугубо биологическими причинами, и наблюдаемый результат должен интерпретироваться в психологическом ключе. Так, пациенты 1-й группы могли отрицать наличие заболевания и не иметь достаточной мотивации к психосоциальной терапии. С другой стороны, психологический опыт болезни у пациентов с длительной историей мог способствовать развитию и закреплению у них «выученной беспомощности» и ригидных, догматичных представлений о болезни, с трудом поддающихся коррекции [25].

Психообразование: влияние культуры

Эффективность психосоциальных мероприятий может зависеть от этнической, культурной и языковой среды, в которую погружен пациент. Практически все вышеописанные результаты были получены в городских популяциях США, Великобритании, Германии и стран северной Европы. Исследователь Вае и соавт. [11] сравнил результаты работы по программе психообразования в среде белых больных шизофренией (108 чел.), чернокожих (81 чел.) и мексиканцев (37 чел.). Все обнаруженные тенденции одинаково прослеживались во всех группах, однако темп улучшения социальных показателей у чернокожих пациентов оказался медленнее, чем у белых. В другом исследовании [51] интенсивная групповая работа с семьями больных, включающая психообразование и когнитивный тренинг, сравнивалась с работой групп, в которых давалась только поддержка. В группы входили пациенты мексиканского происхождения старше среднего возраста (в среднем 49 лет) с длительной историей заболевания (в среднем 18 лет). Спустя 18 месяцев больные основной группы более строго придерживались рекомендаций касательно медикаментозного режима и демонстрировали меньшую выраженность психотических симптомов, чем больные, получавшие лишь поддержку. Различий в плане общей оценки поведения, социальных навыков и качества жизни выявлено не было.

Zheng и David [69] сравнили две идентичные группы больных психиатрической клиники Пекина, родственники одной из которых проходили

3-месячный курс психообразования. Спустя 9 месяцев в экспериментальной группе обнаруживался более высокий уровень знаний о болезни и меньшая выраженность позитивных симптомов, хотя процент рецидивов в обеих группах был практически одинаков. Негативный результат, не укладывающийся в общую оптимистическую картину, был получен в исследовании франкоязычной популяции Швейцарии [67]. Интенсивное психосоциальное вмешательство, включающее психообразование и когнитивную терапию, проводимую индивидуально и в группах, не принесло положительных результатов ни в отношении числа и длительности повторных госпитализаций, ни в отношении частоты суицидальных попыток. В отличие от большинства других исследований, пациенты проходили лечение не в специализированных университетских клиниках, а в стандартных поликлинических условиях.

Заключение

Психообразование действительно способствует клиническому улучшению, что выражается в снижении числа рецидивов и госпитализаций, а также в повышении уровня социального функционирования пациента. Вместе с тем, необходимы более выверенные по дизайну, более четко проведенные и изложенные рандомизированные исследования, демонстрирующие эффективность психообразования.

Наиболее перспективны работы, комбинирующие психообразование с другими психосоциальными вмешательствами. Чем сложнее метод психосоциального обучения, чем дальше отстоит он

от «чистого» тренинга или от «чисто» просветительской работы, чем больше терапевтических компонентов он включает, тем больше количество переменных, требующих контроля в экспериментальном исследовании, и тем труднее, следовательно, доказать его действенность. Это отражает известное противоречие между внешней и внутренней валидностью клинического эксперимента — повышение внешней валидности (клинической релевантности) экспериментальных данных выше какого-то определенного уровня достигается только за счет снижения внутренней валидности (строгости контроля), и наоборот.

В тех же случаях, когда удается объективно проверить результаты такого рода комбинированных и менее стандартизированных (другими словами, более гибко приспособляемых к конкретному больному) психосоциальных программ, эти результаты часто оказываются лучше, чем у простых и легко поддающихся оценке методов [29, 43, 51, 53, 62].

Методы психосоциальной терапии и реабилитации, первоначально стоящие как бы на разных полюсах (направленные на улучшение отдельных когнитивных функций и «широкоформатное» воздействие при психообразовании), обнаруживают тенденцию к конвергенции, проявляющуюся, например, в обращении к целостным когнитивным блокам, в одних случаях, или, в других случаях — в выделении конкретных целей психообразовательных программ (например, комплайенс). Тот факт, что психообразовательные вмешательства коротки и недороги — делает их привлекательными в плане внедрения в широкую клиническую сеть.

Литература

1. Бурыгина Л.А. (Burygina L.A.). Сравнительная эффективность медикаментозного и комплексного медикаментозно-психообразовательного подходов при оказании амбулаторной помощи больным параноидной шизофренией с частыми обострениями (рецидивами): диссертация ... кандидата медицинских наук. — Москва. — 2013.
2. Головина А.Г., Кравченко Н.Е. (Golovina A.G., Kravchenko N.E.). Психообразование как составляющая амбулаторной терапии подростков с психическими расстройствами. Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания. Материалы Всероссийского конгресса с международным участием. Санкт-Петербург, 9-11 июня 2016 г. [Электронное издание]: под общей ред. Н.Г. Незнанова, О.В. Лиманкина. — СПб.: Альта Астра. — 2016. — С. 231-232.
3. Гурович И.Я., Семенова Н.Д. (Gurovich I.Ya., Semanova N.D.). Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: Современные тенденции // Социальная и клиническая психиатрия. — 2007. — Т. 17. — № 4. — С. 78-86.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. (Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., Storozhakova Ya.A.). Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. — М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М. — 2004. — 491 с.
5. Семенова Н.Д., Сальникова Л.И. (Semanova N.D., Sal'nikova L.I.). Проблема образования психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. — 1998. — Т. 8. — № 4. — С. 30-39.
6. Шлафер А. М. (Shlafer A. M.). Метод комплаенс-терапии в системе лечения больных шизофренией: диссертация ... кандидата медицинских наук. — Москва. — 2012.
7. Ястребова В.В., Солохина Т.А., Митихин В.Г., Алиева Л.М., Машошин А.И. (Yastrebova V.V., Solokhina T.A., Mitikhin V.G., Alieva L.M., Mashoshin A.I.). Приверженность лечению больных шизофренией и разработка мер по ее повышению. Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания. Материалы Всероссийского конгресса с международным участием. Санкт-Петербург, 9-11 июня 2016 г. [Электронное издание]: под общей ред. Н.Г. Незнанова, О.В. Лиманкина. — СПб.: Альта Астра. — 2016. — С. 214-218.

8. Acosta, F., Bosch, E., Sarmiento, G., Juanes, N., Caballero-Hidalgo, A. and Mayans, T. Evaluation of noncompliance in schizophrenia patients using electronic monitoring (MEMS) and its relationship to sociodemographic, clinical and psychopathological variables. — *Schizophr Res.* — 2009. — Vol. 107. — P. 213–217.
9. Ascher-Svanum H. et al. Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care // *The Journal of clinical psychiatry.* — 2006. — Vol. 67. — №. 3. — P. 453–460.
10. Atkinson J.M., Coia D.A., Gilmour W.H., Harper J.P. The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life // *Br. J. Psychiatry.* — 1996. — Vol. 168. — P. 199–204.
11. Bae S.-W., Brekke J.S., Bola J.R. Ethnicity and treatment outcome variation in schizophrenia // *J. Nerv. Ment. Dis.* — 2004. — Vol. 192. — P. 623–628.
12. Bauml J., Kissling W., Pitschel-Walz G. Psychoedukative Gruppen für schizophrene Patienten: Einfluss auf Wissensstand und Compliance // *Nervenheilkunde.* — 1996. — Vol. 15. — P. 145–150.
13. Bechdolf A., Knost B., Kuntermann C. et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia // *Acta Psychiatr. Scand.* — 2004. — Vol. 110. — P. 21–28.
14. Beck E. M. et al. Are we addressing the 'right stuff' to enhance adherence in schizophrenia? Understanding the role of insight and attitudes towards medication // *Schizophrenia research.* — 2011. — T. 132. — № 1. — P. 42–49.
15. Berhe T., Puschner B., Kilian R., Becker T. «Home treatment» für psychische Erkrankungen // *Der Nervenarzt.* — 2005. — Vol. 76. — P. 822–831.
16. Brekke J., Long J. Community-based psychosocial rehabilitation and prospective changes in functional, clinical and subjective experience variables in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* — 2000. — Vol. 26, N 3. — P. 667–680.
17. Buchkremer G., Klingberg S., Holle R. et al. Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients and their key relatives or caregivers: Results of a two-year follow-up // *Acta Psychiatr. Scand.* — 1997. — Vol. 96. — P. 483–491.
18. Colom F. et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission // *Archives of General Psychiatry.* — 2003. — T. 60. — №. 4. — P. 402–407.
19. de Haan L., Linszen D.H., Lenior M.E. et al. Duration of untreated psychosis and outcome of schizophrenia: Delay in intensive psychosocial treatment versus delay in treatment with antipsychotic medication // *Schizophr. Bull.* — 2003. — Vol. 29. — P. 341–348.
20. Dixon L.B., Lehman A.F. Family interventions for schizophrenia // *Schizophr. Bull.* — 1995. — Vol. 21. — P. 631–643.
21. Dixon L., McFarlane WR, Lefley H, et al: Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities // *Psychiatric Services.* — 2001. — 52. — P. 903–910.
22. Drury V., Birchwood M., Cochrane R., Macmillan F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms // *Br. J. Psychiatry.* — 1996. — Vol. 169. — P. 593–601.
23. Drury V., Birchwood M., Cochrane R., Macmillan F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. II. Impact on recovery time // *Br. J. Psychiatry.* — 1996. — Vol. 169. — P. 602–607.
24. Falloon I.R.H., Boyd J.L., McGill C.W. Family care of schizophrenia. — New York: Guilford Press. — 1984. — 307 p.
25. Feldmann R., Hornung W.P., Prein B. et al. Timing of psychoeducational psychotherapeutic interventions in schizophrenic patients // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* — 2002. — 252 p.
26. Fiszdon J.M., McClough J.F., Silverstein S.M. et al. Learning potential as a predictor of readiness for psychosocial rehabilitation in schizophrenia // *Psychiatr. Res.* — 2006. — Vol. 143. — P. 159–166.
27. 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.
28. Goulet J., Lalonde P., Lavoie G., Jodoin F. Effets d'une education au traitement neuroleptique chez de jeunes psychotiques // *Revue Canadienne de Psychiatrie.* — 1993. — Vol. 38. — P. 571–573.
29. Herz M.I., Lamberti J.S., Mintz J. et al. A program for relapse prevention in schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry.* — 2000. — Vol. 57. — P. 277–283.
30. Higashi K. et al. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review // *Therapeutic advances in psychopharmacology.* — 2013. — T. 3. — № 4. — P. 200–218.
31. Higgins S.T., Silverman K., Heil S.H. (ed.). Contingency management in substance abuse treatment. — Guilford Press. — 2008. — 286 p.
32. Hofer A., Baumgartner S., Bodner T. et al. Patient outcomes in schizophrenia II: The impact of cognition // *Eur. Psychiatry.* — 2005. — Vol. 20. — P. 395–402.
33. 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. I. One-year effects of a controlled study in relapse and expressed emotion // *Arch. Gen. Psychiatry.* — 1985. — Vol. 43. — P. 633–642.
34. 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. II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment // *Arch. Gen. Psychiatry.* — 1991. — Vol. 48. — P. 340–347.
35. Hogarty G.E., McEvoy J.P., Munez M. et al. Dose of fluphenazine, familial expressed emotion, and outcome in schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry.* — 1988. — Vol. 45. — P. 797–805.

36. 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. — Suppl. 48. — P. 85–90.
37. Kavanagh D.J. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia // *Br. J. Psychiatry*. — 1992. — Vol. 160. — P. 601–620.
38. Kilian R., Lindenbach I., Angermeyer MC. «(...) manchmal zweifle ich an mir, wenn es mir nicht gut geht» Die Wirkung eines ambulanten psychoedukativen Gruppenprogramms aus der subjektiven Perspektive von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen // *Psychiatrische Praxis*. — 2001. — Vol. 28. — P. 168–173.
39. Lobban F., Barrowclough C., Jones S. The impact of beliefs about mental health problems and coping on outcome in schizophrenia // *Psychol. Med.* — 2004. — Vol. 34. — P. 1165–1176.
40. Lussier J. P. et al. A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders // *Addiction*. — 2006. — T. 101. — №. 2. — P. 192–203.
41. Macpherson R., Jerrom B., Hughes A. A controlled study of education about drug treatment in schizophrenia // *Br. J. Psychiatry*. — 1996. — Vol. 168. — P. 709–717.
42. McFarlane W.R., Link B., Dushay R. et al. Psychoeducational multiple family groups: Four-year relapse outcome in schizophrenia // *Family Processes*. — 1995. — Vol. 34. — P. 127–144.
43. McFarlane W.R., Luckens E., Dushay R. et al. Multiple family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry*. — 1995. — Vol. 52. — P. 679–687.
44. McGorry P.D. Psychoeducation in first-episode psychosis: A therapeutic process // *Psychiatry*. — 1995. — Vol. 58. — P. 313–328.
45. Medalia A., Aluma M., Tryon W., Merriam A.E. Effectiveness of attention training in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* — 1998. — Vol. 24. — P. 147–152.
46. Merinder L.B., Viuff A.G., Laugesen H. et al. Patient and relative education in community psychiatry: A randomized controlled trial regarding its effectiveness // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. — 1999. — Vol. 34. — P. 287–294.
47. Miller J, Rollnick S: *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. New York, Guilford. — 2002. — 178 p.
48. Naber D., Moritz S., Lambert M. et al. Improvement of schizophrenic patients' subjective well-being under atypical antipsychotic drugs // *Schizophr. Res.* — 2001. — Vol. 50. — P. 79–88.
49. North C.S., Pollio D.E., Sachar B. et al. The family as caregiver: A group psychoeducation model for schizophrenia // *Am. J. Orthopsychiatry*. — 1998. — Vol. 68. — P. 39–46.
50. Olfson M. et al. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia // *Psychiatric Services*. — 2000. — V. 51. — №. 2. — P. 216–222.
51. Patterson T.L., Bucardo J., McKibbin C.L. et al. Development and pilot testing of a new psychosocial intervention for older latinos with chronic psychosis // *Schizophr. Bull.* — 2005. — Vol. 31. — P. 922–930.
52. Pekkala E., Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia // *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. — 2004. — P. 4.
53. Pitschel-Walz G., Boerner R., Mayer C. et al. Effects of psychoeducational groups for schizophrenic patients and their relatives on knowledge, compliance and relapse // *Pharmacopsychiatry*. — 1995. — Vol. 28. — P. 204.
54. Pitschel-Walz G. et al. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis // *Focus*. — 2015.
55. Razali M.S., Yahua H. Compliance with treatment in schizophrenia: A drug intervention program in a developing country // *Acta Psychiatr. Scand.* — 1995. — Vol. 91. — №. 5. — P. 331–335.
56. Razali M.S., Yahua H. Health education and drug counseling in schizophrenia // *Int. Med. J.* — 1995. — Vol. 4. — P. 187–189.
57. 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. — P. 453–463.
58. Sherman M. D. et al. A new engagement strategy in a VA-based family psychoeducation program // *Psychiatric Services*. — 2015.
59. Smith J., Birchwood M.J. Specific and non-specific effects of educational intervention with families living with schizophrenic relatives // *Br. J. Psychiatry*. — 1987. — Vol. 150. — P. 645–652.
60. Solomon P., Draine J., Mannion E. et al. Impact of brief family psychoeducation on self-efficacy // *Schizophr. Bull.* — 1996. — Vol. 22. — P. 41–50.
61. Tarrier N., Kinney C., McCarthy E. et al. Two-year follow-up of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia // *J. Consult. Clin. Psychol.* — 2000. — Vol. 68. — P. 917–922.
62. Thorup A., Petersen L., Jeppesen P. et al. Integrated treatment ameliorates negative symptoms in first episode psychosis—results from the Danish OPUS trial // *Schizophr. Res.* — 2005. — Vol. 79. — P. 95–105.
63. Twamley E.W., Jeste D.V., Bellack A.S. A review of cognitive training in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* — 2003. — Vol. 29. — P. 359–382.
64. Vickar G. M. et al. A randomized controlled trial of a private-sector inpatient-initiated psychoeducation program for schizophrenia // *Psychiatric Services*. — 2015. — P.117–120.
65. Weiden P. J., Mackell J. A., McDonnell D. D. Obesity as a risk factor for antipsychotic noncompliance // *Schizophrenia research*. — 2004. — T. 66. — №. 1. — P. 51–57.
66. Westermeyer J. Comorbid schizophrenia and substance abuse: a review of epidemiology and course // *American Journal on Addictions*. — 2006. — T. 15. — №. 5. — P.345–355.
67. Zanello A., Merlo M. Le programme de rehabilitation cognitive et comportementale IPT (Integrated Psychological Treatment) dans un contexte psychiatrique ambulatoire // *Sante Mentale au Quebec*. — 2004. — Vol. 29. — P. 175–200.

68. Zastovny T.R., Lehnat A.F., Cole R.E., Kane C. *Family management of schizophrenia: A comparison of behavioral and supportive family treatment // Psychiatric Quarterly.* — 1992. — T. 63. — № 2. — P. 159-186.
69. Zheng L., David A. *Family education for people with schizophrenia in Beijing, China // Br. J. Psychiatry.* — 2005. — Vol. 187. — P. 339-345.
70. Zygmunt A., Olfson M., Boyer C.A., Mechanic D. *Interventions to improve medication adherence in schizophrenia // Am. J. Psychiatry.* — 2002. — Vol. 159. — P.1653-1664.

Сведения об авторах

Семенова Наталья Дмитриевна — кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник Московского НИИ психиатрии филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: niyami2020@gmail.com

Кузьменко Анастасия Юрьевна — заведующая отделением интенсивного оказания психиатрической помощи филиала 4 (ПНД 15) ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 3 им. В.А. Гиляровского» ДЗМ. E-mail: pkb3-f4@zdrav.mos.ru

Костюк Георгий Петрович — доктор медицинских наук, профессор, главный врач ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 3 им. В.А. Гиляровского» ДЗМ, главный психиатр департамента здравоохранения г. Москвы. E-mail: pb3@zdrav.mos.ru