

УДК 616. 89-053.6:159.922.

**Бойко Елена Олеговна**

доктор медицинских наук ,  
главный врач государственного бюджетного  
учреждения здравоохранения «Специализированная  
клиническая психиатрическая больница №1»  
министерства здравоохранения Краснодарского края  
boyko@yandex.ru

**Солоненко Андрей Владимирович**

доктор медицинских наук  
заместитель главного врача государственного  
бюджетного учреждения здравоохранения  
«Специализированная клиническая психиатрическая  
больница №1» министерства здравоохранения  
Краснодарского края  
AndreyVS65\_65@mail.ru

**Elena O. Boiko**

doctor of medicine, chief physician.  
State budgetary healthcare institution  
"Specialized Clinical Psychiatric Hospital № 1"  
of the Ministry of Health of Krasnodar Krai  
boyko@yandex.ru

**Andrei V. Solonenko**

doctor of medicine, deputy chief physician.  
State budgetary healthcare institution  
"Specialized Clinical Psychiatric Hospital № 1"  
of the Ministry of Health of Krasnodar Krai  
AndreyVS65\_65@mail.ru

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ (ПСИХООБРАЗОВА-  
ТЕЛЬНОЙ) РАБОТЫ С СЕМЬЯМИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ПСИХО-  
ТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ**

**THE EFFICIENCY OF PSYCHO-CORRECTIONAL  
(PSYCHOEDUCATIONAL) WORK WITH FAMILIES OF PATIENTS  
WITH A FIRST PSYCHOTIC EPISODE**

*Аннотация.* Исследование выполнено на базе ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1» министерства здравоохранения Краснодарского края в период с 2012 по 2014 г.г. Оно посвящено изучению уровня социального функционирования пациентов с первым психотическим эпизодом (184 чел.), чьи родственники за период катamnестического наблюдения получали психообразование, в сопоставлении с такими больными, чьи род-

ственники не получали психообразования (контрольная группа – 99 чел.). Уровень семейной составляющей социального функционирования среди пациентов, чьи родственники получали психообразование, был выше, чем в контрольной группе.

**Ключевые слова:** первый психотический эпизод, психообразование, социальное функционирование, нагрузка на семью

**Abstract.** This investigation was conducted at SBHI “Specialized clinical psychiatric hospital №1” of the Ministry of Health of Krasnodar Krai in the period 2012-2014. It was devoted to researching of the level of social adaptation of patients (184 p.) with a first psychosis episode, whose relatives received psychoeducation during prospective follow-up period, as compared with such patients, whose relatives didn't get psychoeducation (control group – 99 p.). The level of social adaptation (intra-family aspect) among the patients whose relatives received psychoeducation was higher than among patients of the control group.

**Keywords:** first psychotic episode, psychoeducation, social adaptation, family burden

Межличностные внутрисемейные отношения являются одной из составляющих социального функционирования индивидуума и обычно затрагивают два основных аспекта: супружеские отношения и отношения с родителями. Влияние внутрисемейных психосоциальных факторов на социальное функционирование больного очевидно, что определяется следующими обстоятельствами: 1) динамика волевой активности, связанная с процессуальными особенностями заболевания, опосредованно изменяют адаптационные возможности пациента; 2) в связи с этим происходит постепенная реорганизация личности пациента, что прежде всего проявляется во внутрисемейных отношениях (больные становятся более зависимыми от членов семьи и одновременно меньше интересуются семейными проблемами; 3) в ответ на это происходит перестройка позиций других членов семьи по отношению к больному [2,3], что, в свою очередь, нарушает адаптационные возможности пациента. Непонимание членами семьи (чаще в связи с отсутствием знаний у них) того, что изменения в поведении больного связаны с болезнью, ведёт к более позднему обращению к психиатру, к отказу от медикаментозной терапии, а иногда к дисциплинарным мерам по отношению к больному со стороны родственников. В таких условиях взаимоотношения с родственниками становятся хроническим стрессовым фактором для больного. При данных обстоятельствах психокоррекционная работа с родственниками пациентов (включающая психообразование) может стать saniрующим психосоциальным фактором, направленным на формирование правильного понимания членами семьи биопсихосоциальной природы психического расстройства у их заболевшего близкого, что будет способствовать более эффективной социальной поддержке больного со стороны семьи в контексте средового (внутрисемейного) копинг-ресурса и, в конечном итоге, благоприятно отразится на социальном функционировании пациента в целом.

В связи с этим целью исследования явилось изучение влияния психообразования родственников пациентов с первым психотическим эпизодом на се-

мейную составляющую социального функционирования больных. Для реализации цели работы нами было проведено сплошное клинико-катамнестическое исследование двух групп пациентов: исследуемой группы, состоящей из 184 больных с психотическими расстройствами, которые в период с 2012 по 2014 г.г. были госпитализированы на койки первого психотического эпизода ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1» министерства здравоохранения Краснодарского края, в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий которым было включено психообразование, как самих больных, так и их родственников, и контрольной группы - 99 человек, в которой психообразование родственников больных не проводилось, с последующим их сопоставительным анализом. Достоверность различий оценивалась с помощью критерия Стьюдента. Для клинико-катамнестического исследования исследуемых групп была использована разработанная нами карта-анкета с опросником для родственников пациентов. Психообразование родственников пациентов проводилось по модифицированной нами программе психообразования, предложенной И.Я. Гуровичем и А.Б. Шмуклером (2002) [1], которая включала 10 занятий по следующим направлениям: 1) вводное; 2) причины, типы течения и прогноз психического расстройства; 3) признаки психических расстройств (два занятия); 4) возможности лечения и фармакотерапия (два занятия); 5) больной и семья; 6) стигма; 7) правовые и юридические аспекты; 8) заключительное.

В перечень диагностических групп, вошедших в выборку, объединённых под общей рубрикой «пациенты с первым психотическим эпизодом», вошли больные с диагнозом шизофрения (F20), расстройствами шизофренического спектра (F23, F25), а также пациенты с органическим шизофреноподобным расстройством (F06.2) и биполярным аффективным расстройством (F31).

Сопоставительный анализ обследуемых основной и контрольной групп по семейному положению в начале и в завершение периода катамнестического наблюдения показал следующие основные тенденции.

Процентное распределение обследуемых по семейному положению в основной и контрольной группах достоверно не различалось, в связи с чем для удобства были взяты усреднённые частоты этих значений. За период катамнестического наблюдения число обследуемых, имеющих свои семьи, т.е. живущих в браке, не увеличилось ни в основной, ни в контрольной группе. Это свидетельствует о безусловном отрицательном влиянии развившегося психического расстройства на уровень социального функционирования больного с одной стороны, а с другой стороны, является показателем стигматизации общества. Практически не увеличилось и число вдов, обследуемых за период наблюдения. Тогда как значительно возросло число разведённых обследуемых, как в исследуемой группе, так и в контрольной. Однако в основной группе, где проводилась психообразовательная работа с родственниками обследуемых, частота разводов за период катамнестического наблюдения была достоверно ниже, чем в контрольной группе (16,9%, против 30,0%). Соответственно, снизилось число обследуемых, находящихся в браке. Были проанализированы причины разводов обследуемых в обеих группах. В подавляющем большинстве

случаев инициатором разрыва брака была здоровая сторона. Основные причины сводились к следующим: невозможность проживать с супругом из-за болезненных проявлений (бред, импульсивное поведение, прямая агрессия); снижение материального дохода в связи болезнью супруга; стигма. Анализ мотивации разводов показал, что в основной группе на первом месте были причины, названные нами «объективные»: невозможность проживать вместе в связи с опасными болезненными проявлениями или снижение материального дохода из-за болезни супруга, тогда как в контрольной группе на первом месте оказалась причина, отнесённая нами к «субъективным» – стигма. Результат данного анализа показывает эффективное влияние психообразовательной работы с семьями психотических больных, в первую очередь, на субъективное восприятие родственниками болезненных проявлений у их заболевшего близкого, основанное на непонимании причин и вариантов проявлений болезни, её возможных исходов, на мифах о злокачественности и неизлечимости психических заболеваний и на категорическом неприятии в связи с этим возможности совместного проживания с «выбракованным» обществом «сумасшедшим» человеком.

Сопоставительный анализ обследуемых основной и контрольной групп по положению в семье в начале и завершение катамнестического наблюдения показал следующие основные тенденции (табл.1).

Таблица 1 – Сопоставительный анализ обследуемых основной и контрольной групп по их положению в семье в начале и завершении катамнестического наблюдения, %

Положение в семье	В начале	В завершении наблюдения		Достоверность различий
		исслед-я группа	контрольная группа	
Полностью зависит от родственников	22,2	32,7	43,0	t=1,99;p<0,05
С мнением обследуемого считаются	58,4	57,1	47,0	t=1,96;p<0,05
Обследуемый – глава семьи	15,1	3,1	1,0	t=2,02;p>0,05
Нет семьи	4,3	7,1	9,0	p>0,05

Для удобства были взяты средние значения частот обследуемых основной и контрольной групп, показывающих их положение в семье в начале периода наблюдения. Как видно из таблицы, значимость обследуемых в семейном социуме в связи с развившемся у них психическим расстройством снизилась как в основной, так и в контрольной группе. За период катамнестического наблюдения значительно снизилось число семей, где обследуемые до болезни были главой семьи, и их мнение в семье было решающим: с 15,1 % до 3,1% - в основной и 1,0% в контрольной группах. Число обследуемых, проживающих в одиночестве, т.е. в связи с болезнью потерявшие семью, увеличилось, в среднем, по обеим группам вдвое. В результате заболевания психическим расстройством обследуемые стали полностью зависеть от родственников, занимать подчинённое положение в семье, с их мнением перестали считаться родственники достоверно чаще в контрольной группе: 43,0%, против 32,7% - среди обследуемых

основной группы. Противоположная тенденция отмечена в группе обследуемых, с чьим мнением считаются в семье их родственники, и которые продолжают распоряжаться домашним бюджетом, несмотря на психическое расстройство. Такое положение в семье обследуемого достоверно чаще отмечено в исследуемой группе: 57,1%, против 47,0% - среди обследуемых контрольной группы. Статус обследуемого как главы семьи, чье мнение в семье осталось решающим, несмотря на психическое заболевание, достоверно чаще отмечен также в исследуемой группе: 3,1%, против 1,0% - в контрольной группе.

Сопоставительный анализ обеих групп по уровню сформировавшейся нагрузки на семью (Szmukler G. с соавт., 1994, цит. по Гуровичу И.Я., Шмуклеру А.Б., 2002) в результате заболевания одного из её членов к завершению периода катамнестического наблюдения приведен в табл. 2.

Таблица 2 – Сопоставительный анализ основной и контрольной групп по средним показателям уровня нагрузки на семью (баллы)

Разделы нагрузки на семью	В начале периода наблюдения	В завершении (основная группа)	В завершении (контрольная группа)
1. Проблемы в поведении	24	20	26
2. Негативные симптомы	17	21	22
3. Стигма	17	14	19
4. Проблемы с учреждениями, обслуживающими больных	30	15	28
5. Влияние на семью	23	17	25
6. Поддержка больного	16	15	18
7. Зависимость	17	17	18
8. Ущерб	14	14	15
9. Накопление положительного опыта	16	23	17
10. Положительные аспекты взаимоотношений	8	12	8
11. Оценка проблем, возникающих при уходе за больным*	67	54	82
<b>Приложение*</b> В пункте 11 представлены данные по оценке проблем возникающих при уходе за больным родственником (Szmukler G.et al., 1994, цит. по Гуровичу И.Я., Шмуклеру А.Б., 2002),			

Из таблицы 2 следует, что динамика средних показателей нагрузки на семью за период катамнестического наблюдения характеризовалась как некоторым увеличением уровня нагрузки по одним разделам, так и снижением по другим. При проведении сопоставительного анализа средних показателей нагрузки на семью, сформировавшейся к завершению периода катамнестического наблюдения в основной и контрольной группах, выявлена следующая динамика. По большинству разделов субшкалы негативной оценки уровень нагрузки

на семью (первые 8 разделов) за период наблюдения в группе, где не проводилось психообразования родственников, увеличился. Исключение составил раздел «Проблемы с учреждениями, обслуживающими психически больных». В этом случае некоторое снижение уровня нагрузки на семью за период катамнестического наблюдения связано с приобретением за это время членами семьи больного опыта по обращению за специализированной помощью в психиатрические учреждения. Значительные различия уровня нагрузки на семью при сопоставительном анализе основной и контрольной групп отмечены по разделам: «проблемы в поведении», «стигма», «проблемы с учреждениями, обслуживающими психически больных», «влияние на семью». При этом в основной группе по большинству разделов отмечено некоторое снижение уровня нагрузки на семью по сравнению с началом катамнестического наблюдения. По субшкале положительных оценок нагрузки на семью наибольшее количество баллов отмечено при исследовании основной группы, в отличие от контрольной, где по разделам «накопление положительного личного опыта» и «положительные аспекты взаимодействий» каких-либо значимых изменений по сравнению с началом периода наблюдения не выявлено. Из таблицы также следует, что по оценке проблем, возникающих при уходе за больным родственником, также отмечена соответствующая динамика: родственники, прошедшие курс психообразования, более оптимистичны в оценке вышеуказанных проблем, по сравнению с родственниками больных из контрольной группы. Таким образом, психообразовательный процесс, прежде всего, с членами семьи больного, имеющий многогранную направленность и затрагивающий все сферы функционирования семьи в контексте совместного проживания с больным, перенесшим психотический эпизод, влияет на снижение уровня нагрузки на семью, что не противоречит работам J. Addington, P. Burnett (2004).

Учитывая вышеизложенное, можно прийти к заключению, что психокоррекционная работа с психообразованием членов семей пациентов первого психотического эпизода помогает решить проблемы, связанные с неправильным восприятием ими болезни и больного, что, с одной стороны, помогает избежать негативных паттернов поведения (в том числе дисциплинарных мер) по отношению к больному, способствует более эффективной социальной поддержке больного со стороны семьи, а, с другой стороны, способствует пониманию и обнаружению родственниками ранних признаков начинающегося рецидива у больного и, соответственно, своевременному обращению за специализированной помощью, а также формированию комплаентности пациента, что, в конечном итоге, за счёт снижения частоты госпитализаций положительно сказывается на семейной составляющей социального функционирования пациента.

#### **Литература:**

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. *Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных*. М. «Медпрактика-М» 2002. С. 3-9.
2. Addington J., Burnett P. *Working with families. Psychological interventions in early psychosis. A treatment Handbook*. Ed. By J. Gleeson & P.D. McGorry. The University of Melbourne. 2004. P.100

3. Szukler G., Burgess P., Hirsman H., Benson A., Colusa S., Bloch S. *Experience of caregiving inventory (ECI)*. University of Melbourne, Victoria. Australia. 1994. P.4-17.

**References.**

1. Gurovich I.Ya., Shmukler A.B. Workshop on psychosocial treatment and rehabilitation of mental patients. M.: Medpraktika-M, 2002. P. 3-9.

2. Addington J., Burnett P. Working with families. Psychological interventions in early psychosis : a treatment handbook / ed. by J. Gleeson & P.D. McGorry. The University of Melbourne. 2004. P.100.

3. Szukler G., Burgess P., Hirsman H., Benson A., Colusa S., Bloch S. *Experience of caregiving inventory (ECI)*. University of Melbourne. Victoria. Australia. 1994. P. 4-17.