https://doi.org/10.17116/jnevro20181184181-83

Психообразовательные программы для больных шизофренией и их родственников как элемент реабилитации

А.Е. АБИШЕВ, Г.К. САРЫБАЕВА*, Г.Ж. КАПАНОВА

Казахский национальный университет им. аль-Фараби, Алматы, Казахстан

Цель исследования. Оценка эффективности применения программы психообразования у больных шизофренией. **Материал и методы**. Психообразовательная программа была реализована в форме 12 сессий (в виде бесед по 1,5 ч каждая) с 30 больными шизофренией, в числе которых были 23 женщины и 7 мужчин, большинство (90%) в возрасте до 40 лет. Эффективность программы оценивалась путем сравнения частоты госпитализаций в течение 12 мес до проведения программ с долей госпитализаций в течение 12 мес до и после проведения программ, а также средней продолжительности госпитализации. **Результаты и заключение.** Отмечено снижение повторных рецидивов психических расстройств, требующих госпитализации (с 4,9 до 3,8) и длительности стационарного лечения (с 67 до 35 дней). Полученные результаты дали основание сделать вывод, что программы психообразования могут и должны быть внедрены в практику психиатрической службы как эффективная форма психологической и социальной поддержки пациентов.

Ключевые слова: *психообразование, шизофрения, госпитализация, реабилитация, ресоциализация.*

Psycho-educational programs for people with schizophrenia and their relatives, as an element of rehabilitation

A.E. ABISHEV, G.K. SARYBAEVA, G. ZH. KAPANOVA

Al-Farabi Kazakh National University, Almaty, Kazakhstan

Objective. To assess the effectiveness of a psycho-educational program in patients with schizophrenia. **Material and methods.** A psycho-educational program, which included 12 sessions (1.5h each session), was administered to 30 patients (23 women and 7 men), aged under 40 years (90%). The effectiveness of the program was estimated by comparing the proportion of hospitalizations within 12 months after its implementation, as well as by the average duration of hospitalizations. **Results and conclusion.** There was a decrease in relapses of mental disorders requiring hospitalization (from 4.9 to 3.8) and a reduction in the length of hospital stay for treatment (from 67 to 35 days). Psychoeducation programs can and should be implemented in practice of psychiatric services as an effective solution when dealing with a patient with schizophrenia and his family.

Keywords: *psychoeducation, schizophrenia, hospitalization, rehabilitation, resocialization.*

Бремя психических расстройств оказывает заметное влияние на системы здравоохранения и экономики всех стран мира, поскольку психические болезни часто приводят к нетрудоспособности и ивалидности относительно молодых людей. В этом отношении шизофрения является одним из самых тяжелых психических расстройств [1].

Современные подходы к лечению шизофрении предусматривают сочетание медикаментозного лечения и психосоциальной помощи, которая должна оказываться больному уже на ранней стадии заболевания [2]. В этом случае больные могут вести продуктивную и качественную жизнь, а также интегрироваться в общество [3, 4]. Речь идет о психиатрической реабилитации, которая представляет собой постоянный и непрерывный процесс, состоящий из комплекса лечебных, психокоррекционных, воспитательных, профессиональных и социально-экономических мер [5]. В этом комплексе воздействий психообразовательная работа с пациентами и их близким окружением является относительно новым методом [6].

J. Authier [7] рассматривает психообразование не только в сфере болезни, но и как обучение социальным навыкам. S. Zandsverk и C. Kane [8] подчеркивают, что психообразование позволяет защищать основные права пациента, в частности право на получение информации о собственном психическом расстройстве. В середине 80-х годов психообразование в немецкоязычных странах стало независимым педагогическо-психотерапевтическим направлением, основанным на связи предоставления информации с когнитивно-поведенческим подходом. Такое направление объединяло в себе тренинги в виде индивидуальной поведенческой коррекции, развития у больного повышения уверенности в себе, обучения способам решения различных вопросов и коммуникации и проведение групповой семейной терапии [9—11].

В настоящее время под психообразованием принято понимать поэтапный процесс получения и расширения знаний пациентов в области психических заболеваний и методах оказания психиатрической помощи, что позволяет им более правильно оценивать имеющиеся психические расстройства и соответствующим образом корригировать собственное поведение по отношению к лечебным мероприятиям и окружающим [12]. Психообразовательные программы ставят перед собой две основные задачи, тесно связанные между собой. Первая задача — само «об-

© Коллектив авторов, 2018

*e-mail: gksarybayeva@gmail.com; gulya.sarybayeva@kaznu.kz

Социально-демографическая характеристика больных

Показатель	Число больных	
	абс.	%
Пол		
мужской	7	23
женский	23	77
Возраст		
18—29 лет	20	67
30—39 лет	7	23
40 лет и старше	3	10
Наличие работы		
работают	5	17
безработные	25	83
Наличие собственного жилья		
проживают в собственном жилье	10	33
не имеют собственного жилья	20	67

разование», когда пациент получает информацию о психическом заболевании для правильного понимания своего состояния и контроля болезненных проявлений и симптомов. Вторая задача — обеспечение «психосоциальной поддержки». Если психообразовательная программа проводится в виде групповых занятий, то сама группа пациентов является для больного источником поддержки и терапевтической средой. В данном случае пациенты могут в безопасных условиях вырабатывать адекватные навыки поведения и реакции, общения и совладания со сложными ситуациями. Посредством участия в группе удовлетворяются потребности пациента в общении. В психообразовательных программах для близких или родственников пациента большое значение придается развенчанию ложных мифов о шизофрении и борьбе со стигмой [13].

Таким образом, психообразование рассматривается как одна из составляющих комплексного лечения шизофрении и вид психосоциального вмешательства, помогающий больному преодолеть болезнь и адаптироваться к окружающей социальной среде.

Цель настоящего исследования — оценка эффективности программы психообразования при шизофрении.

Материал и методы

В проспективное исследование были включены 30 пациентов с подтвержденным диагнозом шизофрении, 23 женщины и 7 мужчин, преимущественно в возрасте от 18 до 40 лет **(см. таблицу)**.

25 больных наблюдались в период стационарного лечения и 5 — являлись амбулаторными пациентами.

Программа психообразования проводилась в форме беседы с группой пациентов — 12 сессий, каждая из которых длилась около 1,5 ч. Сессии велись специально подготовленным психиатром. Сессии проводились по следующим темам: 1) встреча, взаимное знакомство; 2) введение в проблему; 3) симптомы шизофрении; 4) диагноз шизофрении; 5) причины шизофрении; 6) лекарственные препараты: эффекты и побочные эффекты; 7) симптомы рецидива, значение друзей и семьи; 8) кризисное планирование; 9) принципы восстановления; 10) обращение с наркотиками и алкоголем; 11) взаимоотношения с окружающими и сексуальность; 12) подведение итогов.

Эффективность программы оценивали путем сравнения частоты госпитализаций в течение 12 мес до и после проведения программ, а также их средней продолжительности.

Программа психообразования была проведена с декабря 2013 г. по октябрь 2014 г. на базе Центра психического здоровья Алматы.

Статистический анализ: для сравнения наличия госпитализации в течение 12 мес до и после проведения программы психообразования использовали тест МакНемара [14]. Частота и средняя продолжительность госпитализации были сравнены с использованием критерия Уилкоксона [15].

Результаты и обсуждение

Приведенная в **таблице** социально-демографическая характеристика участников программы показывает, что почти 80% составили женщины, $^2/_3$ участников были в возрасте до 30 лет, но лишь 17% — имели работу и $^1/_3$ — проживали в собственном жилище.

Все 30 пациентов полностью выполнили программу, что говорит о ее применимости для больных шизофренией, проживающих в городских условиях.

Все 30 больных в течение предшествующих программе 12 мес повторно госпитализировались в связи с обострением заболевания. После проведения программы психообразования у 5 участников в течение 1 года не было ни одной госпитализации (χ^2 МакНемара равен 3,2, p=0,0736). Среднее число госпитализаций в течение 12 мес до программы было равно 4,9, после программы — 3,8. Частота госпитализаций в течение 1 года у 10 участников осталась без изменений.

Что касается длительности стационирования, то число койко-дней в стационаре прошедших психообразование пациентов после программы составило 35 дней по сравнению с 67 днями до ее прохождения (p<0,05). Важно отметить, что 20 больных из психообразовательных групп после изменения психического состояния самостоятельно обратились к лечащим врачам с целью уточнения поддерживающей терапии, хотя ранее часто нарушали режим лечения либо полностью от него отказывались, проявляя явное недоверие.

Проведенное исследование показало, что программы психообразования могут быть внедрены в практику психиатрических служб. Они необходимы не только пациентам, но и врачам. На основании результатов после проведения программы в виде снижения повторных рецидивов психических расстройств, требующих стационарного лечения, снижения проведенных дней на стационарном лечении можно сделать вывод о потенциальной эффективности программ психообразования.

Вместе с тем проведенное исследование имеет ряд ограничений, связанных с малочисленностью выборки, отсутствием соответствующих контрольных групп и сведений о результатах влияния психообразовательной программы на родственников и близких больных. Это делает необходимым оценить полученные результаты как предварительные, нуждающиеся в расширении и подтверждении.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. *The global economic burden of noncommunicable diseases.* World Economic Forum, 2011. http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18806en/s18806en.pdf
2. McGorry PD, Nelson B, Amminger GP, et al. Intervention in individuals at ultra-high risk for psychosis: a review and future directions. *J Clin Psychiatry.* 2009;70(9):1206-1212. https://doi.org/10.4088/JCP.08r04472
3. Barkhof E, Meijer CJ, de Sonneville LM, Linszen DH, de Haan L. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia — a review of the past decade. *Eur Psychiatry.* 2012;27(1):9-18. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.02.005
4. Millier A, Schmidt U, Angermeyer MC et al. Humanistic burden in schizophrenia: a literature review. *J Psychiatr Res.* 2014;54:85-93. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.03.021
5. Bachrach LL. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients. *Am J Psychiatry.* 1992;149(11):1455-1463. PubMed PMID: 1415813. https://doi.org/10.1176/ajp.149.11.1455
6. Сальникова Л.И., Сторожакова Я.А., Архипова Е.Л., Худавердиев В.В. Опыт психообразовательной работы с больными шизофренией во внебольничных условиях. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2002;12:1:48-53. [Sal'nikova L.I., Storozhakova YA.A., Arhipova E.L., Hudaverdiev V.V. Opyt psihoobrazovatel'noj raboty s bol'nymi shizofreniej vo vnebol'nichnyh usloviyah. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya*. 2002;12:1:48-53.(In Rus)]. https://doi.org/10.5281/zenodo.17464
7. Authier J. The psychoeducation model: definition, contemporary roots and content. *Canadian counselor.* 1977;12:15-20. https://eric.ed.gov/?id=EJ178954
8. Landsverk SS, Kane CF. Antonovsky's sense of coherence: theoretical basis of psychoeductaion in schizophrenia. *Mental Health Nursing.* 1998;19:419-431. PubMed PMID: 9782860.
9. Bäuml J, Froböse T, Kraemer S, et al. Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophr Bull.* 2006. https://doi.org/10.1093/schbul/sbl017
10. Falloon IR, Shanahan W, Laporta M, Krekorian HA. Integrated family, general practice and mental health care in the management of schizophrenia. *J R Soc Med.* 1990;83(4):225-228. PubMed PMID: 1971307; PubMed Central PMCID: PMC1292607. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1292607/
11. Leff J. Deficiencies in community-based mental health care and possible remedies. *World Psychiatry.* 2002;1(2):93-94. PMCID: PMC1489877. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489877/
12. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(6):CD002831. https://doi.org/10.1002/14651858.CD002831.pub2
13. Pekkala E, Merinder L. *Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(2):CD002831. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2011;(6):CD002831. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2011;(6):CD002831. PubMed PMID: 12076455. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12076455
14. Lydersen S, Fagerland MW, Laake P. Recommended tests for association in 2×2 tables. *Stat Med.* 2009;28:1159-1175. https://doi.org/10.1002/sim.3531
15. Lehmann E, D'Abrera H. *Nonparametrics: statistical methods based on ranks.* Vol. 204. Holden-Day San Francisco; 1975.