

УДК: 616.895.8-08-039.76-039.11+00.891

**А. М. Кожина, В. І. Коростій, В. В. Шікова, Е. І. Сухоїванова, В. Е. Кришталь**  
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИКЛА ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ЗАНЯТИЙ**  
**НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ**

**А. М. Кожина, В. І. Коростій, В. В. Шікова, О. І. Сухоїванова, В. Е. Кришталь**  
**ЕФЕКТИВНІСТЬ ЦИКЛУ ПСИХООСВІТНІХ ЗАНЯТЬ**  
**НА ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ШИЗОФРЕНІЄЮ**

**Н. М. Kozhyna, V. I. Korostiy, V. V. Shykova, O. I. Sukhoivanova, V., Y. Kryshstal**  
**EFFICIENCY OF PSYCHOEDUCATIONAL SESSIONS FOR HOSPITAL TREATMENT**  
**OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA**

В ходе работы было проведено комплексное обследование 142 больных, женского пола, в возрасте 18—35 лет, с установленным диагнозом шизофрения, в период стабилизации состояния.

Предложена интегративная модель психообразовательной работы, которая включает в себя использование различных информационных модулей, приемов когнитивно-поведенческой психотерапии, тренинговых взаимодействий, проблемно ориентированные дискуссии, а также семейную психотерапию.

Установлена высокая результативность психообразования по сравнению с традиционной комплексной терапией и реабилитацией больных шизофренией. Установлена редукция негативной, продуктивной и общепсихопатологической симптоматики у больных шизофренией, что подтверждалось данными динамического анализа клинико-психопатологических нарушений по шкале PANSS. Установлено улучшение уровня психосоциального функционирования больных шизофренией, принимавших участие в психообразовательных мероприятиях.

Доказано, что психообразование не только увеличивает объем знаний, усиливает уверенность в борьбе с болезнью, но и решает проблему социальной реинтеграции больного.

**Ключевые слова:** психообразование, шизофрения, качество жизни, социальное функционирование

У ході роботи було проведено комплексне обстеження 142 хворих, жіночої статі, у віці 18—35 років, з встановленим діагнозом шизофренія, у період стабілізації стану.

Запропонована інтегративна модель психоосвітньої роботи, яка включає в себе використання різноманітних інформаційних модулів, прийомів когнітивно-поведінкової психотерапії, тренінгових взаємодій, проблемно орієнтованих дискусії, а також сімейну психотерапію.

Встановлена висока результативність психоосвіти в порівнянні з традиційним комплексним лікуванням щодо редукції негативної, продуктивної і загальнопсихопатологічної симптоматики у хворих на шизофренію, що підтверджувалося даними динамічного аналізу клініко-психопатологічних порушень за шкалою PANSS. Встановлено покращання рівня психосоціального функціонування та якості життя хворих на шизофренію, які брали участь у психоосвітніх заходах.

Доведено, що психоосвіта не тільки збільшує обсяг знань, посилює впевненість у боротьбі з хворобою, але й вирішує проблему соціальної реінтеграції хворого.

**Ключові слова:** психоосвіта, шизофренія, якість життя, соціальне функціонування

A comprehensive survey was carried out of 142 female patients at the age 18 — 35, which have diagnosis the schizophrenia in period of stabilization state.

The integrative model of psychoeducational work was proposed, which includes application of various information modules, techniques of cognitive-behavioral therapy, training effects, problem-oriented discussions, and family psychotherapy.

The psychoeducation was determined to be superior over conventional complex treatment intended for reduction of negative symptoms, productive symptoms and general psychopathological symptoms of patients with schizophrenia. It is supported by dynamic analysis of the clinical disturbances and psychopathological ones on the PANSS. The improvement of psychosocial functioning and quality of life of the patients with schizophrenia who participated in the psychoeducational activities was determined.

It is proved that psychoeducation not only increases the amount of knowledge intensifies confidence in the fight against the disease, but solves the problem of social reintegration of the patient.

**Keywords:** psychoeducation, schizophrenia, quality of life, social functioning

Психообразовательная работа является одним из приоритетов как Всемирной организации здравоохранения, так и Всемирной психиатрической ассоциации. Ее главная цель — дестигматизировать психическое расстройство и психиатрическую помощь, добиться понимания обществом ежедневных бытовых, материальных и духовных потребностей потребителей психиатрической помощи и членов их семей [1, 5, 8].

Именно поэтому психообразовательная работа является неотъемлемым компонентом современной комплексной психиатрической помощи, одной из наиболее часто используемых методик психосоциального вмешательства [2, 6, 11].

В настоящее время шизофрения является самым дорогостоящим из всех психических расстройств в отношении стоимости лечения, потери трудоспособности

и общественных расходов на психически больных. Имеются данные, указывающие на значительное стоимостное бремя шизофрении для общества: на стационарную помощь расходуется до 90 % медицинских затрат, в общем объеме которых фармакотерапия составляет около 30 % [3, 4, 8, 12].

Современный этап развития психиатрии характеризуется широким использованием атипичных нейролептиков, которые достаточно быстро купируют продуктивную и негативную психопатологическую симптоматику, улучшают когнитивный дефицит и обладают минимальными побочными эффектами. Чрезвычайно важным фактором также является возможность быстрого восстановления качества жизни и социального функционирования у больных шизофренией [5, 9, 10].

С целью быстрой и успешной реинтеграции больного в общество, повышения его психофизической активности, расширения контактов с окружающими

© Кожина А. М., Коростій В. І., Шікова В. В., Сухоїванова О. І., Кришталь В. Е., 2014

необходимо использование комплексного подхода к терапии шизофрении, включающего сочетание психофармакотерапии, психотерапии и психообразовательных тренингов [7, 9, 11].

Вышеизложенное определило актуальность проведения данного исследования, цель которого — разработка и апробация психообразовательных программ в системе комплексной реабилитации больных шизофренией.

Для достижения поставленной цели, при условии информированного согласия, с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии на базе Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 было проведено комплексное обследование 140 больных, женского пола, в возрасте 18—35 лет, с установленным диагнозом шизофрения, в период стабилизации состояния.

Все пациенты получили регламентированную психофармакотерапию согласно стандартам МОЗ Украины в рамках обеспечения лечебного учреждения. Основную группу (пациенты которой принимали участие в психообразовательной программе, разработанной по результатам собственных исследований) составили 94 человека. В контрольную группу вошли 46 больных, получавших стандартную регламентированную терапию в больнице.

Исследование проводилось в рамках работы кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, как научно-методического центра по психобразованию МЗ Украины.

Психообразование (*psychoeducation*) — это поэтапно осуществляемая система психотерапевтических воздействий, предусматривающих информирование пациента и его родственников о психических расстройствах и их обучение методам совладания со специфическими проблемами, обусловленными проявлениями заболевания. Целью психообразования является привлечение пациента в процесс активного изменения собственного поведения.

В ходе работы нами при помощи специально разработанного опросника было проведено изучение особенностей информационного дефицита, касающегося многих вопросов, связанных с психическим расстройством среди больных шизофренией и их родственников. Как показали результаты исследования, наиболее важны достоверная информация о причинах возникновения шизофрении; распознавание признаков обострения и необходимая в таком случае помощь; лекарства, используемые для лечения шизофрении, механизмы их действия, возможные побочные эффекты, юридические аспекты, связанные с психическим заболеванием.

Основываясь на полученных данных, разработана система мер психообразовательной работы, к основным целям которой были отнесены:

1. Собственно «образование» путем доступного для каждого пациента и его семьи предоставления информации о причинах заболевания; важности медикаментозного лечения и связанных с ним вопросах (действенности, побочных эффектах, привязанности), распознавания и действия при ранних признаках релапса.

2. Формирование у больных и членов их семей адекватного представления о заболевании.

3. Снижение эмоционального напряжения, вызванного фактом и проявлениями психического заболевания.

4. Снижение у пациентов и членов их семей уровня стигматизованности и самостигматизованности, коррекция искаженных болезнью социальных позиций пациентов.

5. Выработка у больных и их родственников комплаенса (осознанного соблюдения предписанного режима лечения).

6. Улучшение качества жизни больного.

Психообразовательные занятия проводились в закрытых группах, в количестве участников от 6 до 10—15 человек. Каждый цикл психообразования состоял из 10—12 занятий, продолжительностью 1,5—2,0 часа с частотой 1—2 раза в неделю.

Для решения поставленных задач мы использовали интегративную модель психообразовательной работы, которая включала использование различных информационных модулей, приемов когнитивно-поведенческой психотерапии, тренинговых взаимодействий (информационные тренинги, тренинги позитивного самовосприятия, тренинги улучшения комплаенса, тренинги формирования коммуникативных умений и навыков, тренинги решения проблем межличностного взаимодействия), проблемно-ориентированных дискуссий, а также семейную психотерапию

Согласно полученным в ходе работы данным, на фоне проведения комплексной терапии с применением психообразовательных мероприятий, отмечались быстрая редукция психопатологической симптоматики, нормализация эмоционального состояния, стабилизация поведения больных, улучшение когнитивных показателей, повышение психофизической активности больных, что позволило расширить контакты с окружающими, восстановить привычный двигательный режим.

На первом этапе исследования (перед проведением психообразовательной работы) было проведено клинико-психопатологическое исследование больных с помощью шкалы PANSS. Как показали результаты исследования, до начала психообразовательного вмешательства средний суммарный балл по положительным шкалам PANSS составлял в основной группе  $26,1 \pm 4,1$ , в контрольной —  $26,4 \pm 4,1$  балла, после завершения терапии —  $6,7 \pm 1,5$ , и  $13,1 \pm 1,3$  балла соответственно. Уровень выраженности положительных симптомов в основной группе снизился на 71,3 %, в контрольной — на 50,9 %.

До начала лечения средний суммарный балл по негативным шкалам PANSS составлял в основной группе  $25,3 \pm 3,9$ , в контрольной —  $25,4 \pm 4,2$  балла, после завершения терапии —  $7,6 \pm 1,1$  и  $14,2 \pm 1,6$  балла соответственно. Уровень выраженности негативных симптомов в основной группе снизился на 67,1 %, в контрольной — на 51,8 %.

Средний суммарный показатель по шкалам общепсихопатологических нарушений до начала лечения составлял в основной группе —  $52,1 \pm 9,1$ ; в контрольной —  $52,3 \pm 9,0$  баллов, после завершения терапии —  $17,7 \pm 2,9$  и  $30,1 \pm 6,8$  балла соответственно. Уровень выраженности общепсихопатологических симптомов в основной группе снизился на 65,8 %, в контрольной — на 42,7 % соответственно.

Уровень выраженности общего балла по шкале PANSS в основной группе снизился на 67,1 %, в контрольной — на 46,9 %.

Как показали результаты изучения социального функционирования больных шизофренией, на первом этапе исследования у обследованных больных отмечались нарушения общей поведенческой дисфункции в обществе: очевидная — 24,2 %, серьезная — 26,5 %, и очень серьезная — 28,1 % дисфункция, нарушение при выполнении социальных ролей в обществе: очевидная — 24,8 %, серьезная — 27,4 %, очень серьезная — 28,6 %

дисфункция, нарушение функционирования пациентов в больнице без дисфункции — 2,4 %, минимальная дисфункция — 10,9 %, очевидная — 27,1 %, серьезная — 33,5 %, очень серьезная — 25,9 %; дисфункция модифицирующих факторов у больных (достоинства пациента, особые помехи, домашнюю атмосферу, поддержку извне) без дисфункции — 3,4 %, минимальная дисфункция — 13,1 %, очевидная — 25,6 %, серьезная — 24,1 %, очень серьезная — 34,2 % обследованных.

На втором этапе после завершения психообразовательной программы установлено, что уровень общей поведенческой дисфункции в обществе в основной группе снизился на 87,4 %, в контрольной — на 66,2 %; дисфункция при выполнении социальных ролей в обществе — на 75,1 % и 39,3 % соответственно, нарушение функционирования пациентов в больнице — в основной группе на 73,7 %, в контрольной — на 72,5 %; дисфункция модифицирующих факторов у больных — на 82,5 % и 65,4 % соответственно.

В ходе работы с позиции триалога была проведена оценка качества жизни больных шизофренией (по Н. А. Маруте, 2004). У всех обследованных больных в общей структуре качества жизни на первом этапе обследования наиболее проблемными определены следующие сферы: социоэмоциональная поддержка — 15,1 %; физическое благополучие и работоспособность — 11,3 %; общественная и служебная поддержка — 14,4 %; самообслуживание и независимость в действиях — 10,1 %; самореализация — 7,9 %, межличностное взаимодействие — 8,3 %; психологическое, эмоциональное благополучие — 7,2 %; общее восприятие качества жизни — 11,6 %.

После проведения психообразовательных мероприятий показатель качества жизни в основной группе по всем шкалам повысился на 40,2 %, в контрольной — на 27,7 %.

По результатам катamnестического наблюдения в основной группе на фоне проводимой комплексной терапии с использованием психообразовательного вмешательства у 82,2 % больных был достигнут стойкий терапевтический эффект, который сохранялся в течение 2 лет, в 11,1 % — состояние оставалось без динамики, и в 6,7 % — отмечался рецидив заболевания. В группе контроля улучшение состояния было только у 10 % пациентов, у 48 % регистрировалась госпитализация в связи с рецидивом заболевания. Критериями эффективности были: устойчивость ремиссии, частота госпитализации, качество жизни, уровень тревоги, улучшение психического состояния.

Таким образом, как показали результаты исследования, комплексный подход в терапии шизофрении, который включал в себя психофармакотерапию с использованием атипичных нейролептиков в сочетании с психообразовательными тренингами, приводит к восстановлению социальной активности и успешной ресоциализации больных. Это, в свою очередь, свидетельствует о том, что психообразование не только увеличивает объем знаний, усиливает уверенность в борьбе с болезнью, но и решает проблему социальной реинтеграции больного.

#### Список литературы

1. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией : Монография / Абрамов В. А., Жигулина И. В., Ряполова Т. Л. — Донецк, 2009. — 584 с.
2. Діхтяр В. О. Аналіз дієвості психотерапевтичних заходів в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію /

В. О. Діхтяр // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2010. — 1 (17). — С. 64—70.

3. Долішня Н. І. Оптимістичний погляд на проблему шизофренії / Н. І. Долішня // *Нейро News психоневрологія та нейропсихіатрія*. — 2009. — № 3 (14). — С. 18—19.

4. Мажбиц В. Б. Дифференцированная психосоциальная реабилитация амбулаторных больных параноидной шизофренией / В. Б. Мажбиц // *Экспериментальная и клиническая медицина*. — 2012. — № 4(57). — С. 119—123.

5. Марута Н. О. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / Н. О. Марута // *Здоров'я України*. — 2012. — № 3 (22). — С. 6—8.

6. Жизнь с шизофренией. Что делать? : краткое руководство для пациентов, страдающих шизофренией и их родственников / [Марута Н. А., Кожина А. М., Коростий В. И., Гайчук Л. М.]. — 2011. — 28 с. (Серия литературы по психообразованию ФОР Шейнина О. В.)

7. Михайлов Б. В. Биопсихосоциальная модель реабилитации больных шизофренией / Б. В. Михайлов, В. Б. Мажбиц // *Український вісник психоневрології*. — 2011. — Т. 19, вип. 2 (67). — С. 52—54.

8. Кожина А. М. Психообразование в комплексной терапии больных с шизофренией / Кожина А. М., Коростий В. И., Маркова М. В. // VI Національний конгрес «Людина та ліки — Україна» : тези доповідей. — К., 2013. — С. 29.

9. Кожина А. М. Психообразовательные стратегии как неотъемлемая составляющая современной психиатрической помощи / Кожина А. М., Коростий В. И., Сухоivanова Е. И. // *Український вісник психоневрології*. — 2012. — Т. 20, вип. 3(72). — С. 186

10. Пшук Н. Г. Предикторы формирования процессу психосоциальной реабилитации психічнохворих / Н. Г. Пшук // *Там само*. — 2010. — Т. 18, вип. 3 (64). — С. 145.

11. Хобзей М. К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення / Хобзей М. К., Волошин П. В., Марута Н. О. // *Там само*. — 2010. — Т. 18, вип. 3 (64). — С. 10—14.

12. Чабан О. С. Шизофренія з позиції пост психіатрії / О. С. Чабан // *Здоров'я України*. — 2012. — № 3 (22). — С. 53.

*Надійшла до редакції 23.01.2014 р.*

**КОЖИНА Анна Михайловна**, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, г. Харьков; e-mail: amkozhyuna@rambler.ru

**КОРОСТИЙ Владимир Иванович**, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, г. Харьков; e-mail: vikorostiy@ukr.net

**ШИКОВА Виктория Валентиновна**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, г. Харьков; e-mail: shikova70@gmail.com

**СУХОИВАНОВА Елена Игоревна**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, г. Харьков; e-mail: sukhoivanova@mail.ru

**КРИШТАЛЬ Валентин Евгеньевич**, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, г. Харьков; e-mail: doctorkrishstal@i.ua

**KOZHUNA Hanna Mykhaylivna**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Kharkiv National Medical University, Kharkiv; e-mail: amkozhyuna@rambler.ru

**KOROSTIY Volodymyr Ivanovych**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Kharkiv National Medical University, Kharkiv; e-mail: vikorostiy@ukr.net

**SHYKOVA Viktoriia Valentynivna**, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Kharkiv National Medical University, Kharkiv; e-mail: shikova70@gmail.com

**SUKHOIVANOVA Olena Igorovna**, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Kharkiv National Medical University, Kharkiv; e-mail: sukhoivanova@mail.ru

**KRYSHTAL Valentyn Yevgenovych**, MD, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Kharkiv National Medical University, Kharkiv; e-mail: doctorkrishstal@i.ua