

Вступ.

У сучасній біопсихосоціальной моделі терапії та реабілітації пацієнтів із ендегенними психічними розладами (ЕПР) патогенез таких розладів розглядається як наслідок складної взаємодії комплексу біологічних, психосоціальних та поведінкових факторів [1; 2]. Біопсихосоціальна модель терапії психічних розладів передбачає гнучке поєднання психофармакотерапії для забезпечення ефективного контролю психотичних симптомів та збереження когнітивних і соціальних функцій, з психосоціальними інтервенціями, спрямованими на розширення репертуару копінг-стратегій пацієнтів та їхніх референтних родичів (РР), та здійснення психосоціальної підтримки сімей, де проживає пацієнт з ЕПР, що дозволяє компенсувати стресову ситуацію, обумовлену наявністю психічного розладу у члена сім'ї [3-6].

Психоедукаційна робота є важливою складовою процесу терапії [7]. Для вітчизняної психіатричної практики психоосвітня робота з хворими на ЕПР та їх РР є достатньо новим видом лікувально-реабілітаційного втручання [1; 8]. Між тим, в зарубіжній літературі психоедукація представлена як один із найважливіших підходів у психосоціальній терапії хворих з психічною патологією і вважається чи не найбільш важливим компонентом психосоціальних інтервенцій у багатогранній системі психосоціальної реабілітації [9-11].

Психоедукація сприяє формуванню активної позиції щодо подолання психічного захворювання і його наслідків, асиміляції відповідальності за свою соціальну поведінку, напрацюванню ефективних копінг-стратегій, відновленню порушених через психічний розлад соціальних контактів і підвищенню соціальної та комунікативної компетентності як у самих пацієнтів, так і у їх РР.

Першочерговим завданням психоедукації є засвоєння реалістичних, науково обґрунтованих та правдивих знань про психічний розлад, на основі яких пацієнт може отримувати більший контроль свого захворювання завдяки здатності до своєчасного та правильного розуміння свого стану, розпізнавання окремих хворобливих проявів і симптомів. Додаткове залучення РР пацієнтів до участі у психоедукаційних заходах є передумовою для зміцнення адаптаційного ресурсу сім'ї, де проживають пацієнти з ЕПР [12].

Мета дослідження.

Метою нашої роботи було з позицій системного підходу, на підставі вивчення клініко-психологічних проявів та чинників ризику розвитку порушення функціонування сім'ї, де проживає хворий з ЕПР, розробити, науково обґрунтувати та запровадити психоедукаційний модуль для пацієнтів як елемент психосоціальних

інтервенцій у складі комплексної системи медико-психологічного супроводу сім'ї, де проживає хворий з ЕПР. Істотне практичне значення результатів дослідження полягає в підвищенні ефективності біопсихосоціальної реабілітації пацієнтів та забезпеченні потреби сімей пацієнтів з ЕПР у медико-психологічному супроводі на фоні наявності психічного розладу у члена сім'ї, що враховує клініко-психологічні механізми психічної адаптації.

Матеріали та методи дослідження.

Для досягнення поставленої мети, з дотриманням принципів біоетики та медичної деонтології, було проведено комплексне обстеження 243 хворих на ЕПР (168 пацієнтів з параноїдною шизофренією (ПШ) та 75 хворих на афективні розлади (АФР) та відповідно 243 РР пацієнтів. За тривалістю хвороби групи були розподілені наступним чином: 57 пацієнтів – тривалість ЕПР до 4-х років (ОГПШ1), у 58 – 5-8 років (ОГПШ2) та у 53 хворих понад 8 років (ОГПШ3). Хворі на АФР, відповідно, були розподілені на три групи таким чином: до 4-х років – 34 пацієнта (ОГАФР1), від 5 до 8 років – 22 особи (ОГАФР2) та понад 8 років – 19 хворих (ОГАФР3).

Контрольну групу (КГ) склали 55 психічно здорових осіб, які ніколи не звертались по допомогу до лікаря-психіатра, і в сім'ях яких не проживають психічно хворі пацієнти.

Всі пацієнти перебували на диспансерному обліку у Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні ім. акад. О.І. Ющенка протягом 2015-2019 років. Критерієм включення пацієнтів в обстеження було встановлення остаточного діагнозу «параноїдна шизофренія», «біполярний афективний розлад», «рекурентний депресивний розлад» відповідно до критеріїв МКХ-10.

Робота проводилась у три етапи: на першому етапі було обстежено пацієнтів з ЕПР та їх РР. Під час другого етапу було здійснено поглиблене вивчення психоемоційних, індивідуально-психологічних, інтерперсонально-комунікативних та психосоціальних предикторів зниження адаптаційного потенціалу сім'ї, де проживають пацієнти з ЕПР. Третій етап роботи включав наукове обґрунтування, розробку та впровадження відповідної комплексної системи медико-психологічного супроводу (СМПС) сім'ї на основі отриманих під час попередніх етапів роботи даних.

Результати дослідження та їх обговорення.

На підставі аналізу отриманих результатів, нами було розроблено теоретичне обґрунтування та запропоновано алгоритм комплексної СМПС для сім'ї, де проживає хворий з ЕПР, що була спрямована на розвиток конструктивних форм копінг-поведінки та підвищення якості інтерперсональної комунікації у сім'ях пацієнтів з ЕПР.

Психосоціальні інтервенції в складі запропонованої СМПС базуються на стандартних елементах програм психосоціальної терапії, адаптованих до специфічних потреб референтних родичів пацієнтів з ЕПР, обумовлених загальними закономірностями психосоціального функціонування сім'ї, де проживає пацієнт з ЕПР:

– на початкових етапах розвитку захворювання сім'я переживає глибокий психосоціальний стрес;

– зміна поведінки пацієнта і соціальні втрати, зумовлені продромальним періодом і початком психічного розладу, нерідко на тлі повного благополуччя, дезадаптують сім'ю, призводять до появи або посилення існуючих раніше порушень внутрішньосімейної взаємодії, підвищення психоемоційної напруженості в сім'ї;

– ставлення сім'ї до захворювання і сприйняття ними свого зміненого статусу залежать від тривалості та клініко-психопатологічних особливостей психічного розладу, що визначають тип реагування сім'ї на наявність захворювання у родича, і впливають на здатність сім'ї справлятися зі стресом;

– самостигматизація референтних родичів, соціальна ізоляція, відсутність достатньої психосоціальної підтримки посилюють дезадаптацію сім'ї;

– пацієнти з ЕПР та їх референтні родичі сім'ї часто відчувають дефіцит адекватної інформації про психічний розлад, відповідні форми і служби допомоги.

З урахуванням цих особливостей виділяють чотири аспекти психосоціальних інтервенцій у складі комплексної СМПС:

1) психоедукація;

2) стрес-менеджмент та розвиток навичок проблемно-орієнтованої поведінки;

3) розвиток навичок ефективної внутрішньосімейної комунікації;

4) активізація ресурсних складових та адаптаційного потенціалу особистості пацієнтів з ЕПР та їх РР.

Модель роботи являє собою інтерактивні тематичні групові заняття з елементами когнітивного та комунікативного тренінгу. Для реалізації таих занять були використані інтегративні підходи із залученням наступних методологічних підходів:

– когнітивно-поведінкової психотерапії;

– майндфулнес-орієнтованої когнітивної терапії;

– психотренінгу;

– арт-терапії.

В ході психосоціальних інтервенцій звернення РР та пацієнта з ЕПР до конструктивних стратегій копінг-поведінки дозволяє сім'ї інтегрувати досвід, пов'язаний із наявністю психічного розладу, що знаходить своє відображення у чотирьох ключових позиціях:

1. інтеграція втрат та інсталяція надії;

2. турбота про самоідентичність;

3. визначення сенсу життя;

4. прийняття відповідальності за процес відновлення.

Загалом, СМПС сім'ї, де проживає хворий з ЕПР базується на чотирьох основних стратегіях:

1) напрацювання навичок психологічної резиліентності в контексті знання симптомів відповідного ендogenous психічного розладу;

2) засвоєння та інтеграція у поведінку конструктивних копінг-стратегій, підвищення активності та відповідальності щодо досягнення особистісних цілей, що являє собою результат комбінації психоедукації із навчанням навичок стрес-менеджменту, психокорекцією когнітивних спотворень і застосуванням технік вирішення проблем;

3) опанування навичок ефективної інтерперсональної комунікації для формування адекватної міжособистісної взаємодії у сім'ї;

4) створення передумов для формування ціннісних установок, спрямованих на збереження здоров'я та активізації особистісного адаптаційного потенціалу пацієнта з ЕПР та його РР.

У реалізації цього процесу необхідно дотримуватися наступних принципів:

– максимально раннє включення пацієнтів з ЕПР ті їх РР у СМПС;

– диференційований підхід з урахуванням нозологічної приналежності, тривалості захворювання та типу реагування сім'ї на факт наявності хвороби;

– орієнтування сім'ї на психопрофілактичний характер інтервенцій;

– підвищення адаптаційного потенціалу особистості кожного члена сім'ї;

– набуття позитивного досвіду допомоги близькому, який страждає на ЕПР та усвідомлення пов'язаних із цим особистісних надбань.

Таким чином, описана СМПС спрямована на підвищення компетентності усіх членів сім'ї у розумінні суті ендogenous психічних розладів, розширення арсеналу конструктивних копінг-стратегій, розвиток навичок ефективної інтерперсональної комунікації і ефективних внутрішньосімейних інтеракцій, за рахунок чого закономірно відбувається:

– зниження сімейного навантаження, пов'язаного із наявністю психічного захворювання у родича і проблемами догляду за ним;

– підвищення якості життя як пацієнта з ЕПР, так і його РР;

- опанування реакцій втрати попереднього способу життя, зміщення фокусу уваги членів сім'ї на збережені аспекти взаємин;
- зниження психоемоційної напруженості внутрішньосімейних інтеракцій;
- створення терапевтичного альянсу з фахівцями, які надають допомогу пацієнтові та сім'ї;
- формування адекватних уявлень про психічне захворювання, цілісне та адекватне сприйняття психічно хворого члена сім'ї;
- зниження надмірної емоційної залученості у життя і справи пацієнта;
- реалістичне розуміння можливостей пацієнта і формування у РР адекватних очікувань;
- формування адекватного ставлення до необхідності тривалої підтримуючої терапії;
- розуміння хворобливого характеру поведінки пацієнта і розвиток навичок ефективного реагування на неї;
- виявлення і розвиток преморбідних конструктивних елементів внутрішньосімейної взаємодії та способів вирішення проблем;
- зниження самостигматизації;
- консолідація сім'ї, визначення нових цінностей, цілей і сенсу життя сім'ї;
- підвищення здатності до акцепції соціальної підтримки, відновлення і розширення соціальної мережі сім'ї.

Оптимальним для реалізації інтервенцій у складі СМПС є гомогенний за нозологічною приналежністю склад груп пацієнтів та їх РР (формування окремих груп для пацієнтів з ПШ і з АФР та їх РР), але гетерогенний за соціальними характеристиками (стать, вік, освіта і т.д.).

Протипоказами до включення пацієнтів та їх РР в групу є: категорична відмова особи від участі в груповій роботі; агресивне чи недоброзичливе ставлення до ведучих та інших учасників групи; наявність гострих психотичних симптомів з грубим інтелектуальним зниженням, вираженою тривожністю, розгальмованістю, нездатністю контролювати свою соціальну поведінку.

Психоедукаційну роботу для пацієнтів з ЕПР та їх РР доцільно проводити у закритих групах із кількістю учасників від 8 до 12 осіб.

Загальна кількість занять може змінюватись залежно від потреб та обізнаності учасників групи. Запропонований модуль психоедукації складається з 10-12 занять. Частота занять – 1 раз на тиждень. Тривалість одного заняття – 90 хвилин. Стиль ведення групи – директивний, організований, високоструктурований, з дотриманням часових рамок та акцентом на партнерській моделі стосунків.

План проведення психоедукаційних психосоціальних інтервенцій включає в себе наступні етапи:

1. визначення кола можливих учасників групи;
2. докладне вивчення медичної документації пацієнтів та РР зазначеної групи, бесіди з лікарями;
3. первинне інтерв'ю та отримання інформованої згоди на участь у психоедукаційних заняттях;
4. проходження психоедукаційного модулю у форматі групових зустрічей;
5. проходження бустерних групових сесій.

Психоедукаційні зустрічі побудовані за принципом тематичних групових занять з елементами соціально-поведінкового тренінгу. Психоедукація орієнтована на роботу зі змістом, що включає перелік певних проблем, обговорюваних в групі. Учасникам надається інформація з конкретних питань (наприклад, щодо підтримуючої медикаментозної терапії) з одночасним здійсненням моніторингу стану пацієнтів, дослідженням поведінки щодо факту хвороби. Заняття в групі дозволяють підтримати пацієнта на стабільному рівні функціонування; допомагають пацієнту і його РР краще розуміти характер і особливості ЕПР і те, який вплив це має на сімейну систему; сприяють розпізнаванню життєвих стресорів, які можуть спровокувати загострення ЕПР; допомагають належним чином змінити сімейне функціонування в період погіршення стану пацієнта.

Обговорювані питання включають:

- загальне поняття про психічне здоров'я етіологію ЕПР;
- тип перебігу і прогноз відповідного психічного розладу (ПШ або АФР);
- симптоми захворювання;
- способи розпізнавання хворобливих симптомів і контролю над ними;
- варіанти лікування;
- можливі побічні ефекти лікування і боротьба з ними;
- профілактика рецидивів.

Розглядаючи ці питання, перед групою ставлять наступні завдання:

1. розуміння причин ЕПР, особливостей перебігу, прогнозу, способів лікування, умов процесу одужання;
2. навчання способам розпізнавання і менеджменту симптомів;
3. навчання навичкам ефективного копінгу та психологічної резиліентності;
4. знайомство з роллю фармакотерапії у процесі стабілізації ЕПР, включеність пацієнтів в процес лікування;
5. знання можливих побічних ефектів фармакотерапії і боротьба з ними;

6. вироблення комплайенсу, можливість отримати емоційну підтримку та зворотний зв'язок;

7. підвищення здатності до акцепції соціальної підтримки, створення та розширення просоціальних мереж.

Слід розповісти учасникам, що психоедукаційний модуль СМПС допомагає більше дізнатися про ЕПР, про симптоми і медикаментозне лікування, прийняти факт наявності хвороби і пов'язаних із нею змін та обмежень, створює безпечне та розвиваюче середовище, що дає простір для отримання і засвоєння необхідної інформації про ЕПР, що є підґрунтям для розвитку адаптаційного потенціалу сім'ї для реалізації психосоціальної підтримки та реабілітації пацієнтів з ЕПР.

При проведенні психоедукаційних групових занять для пацієнтів з ЕПР та їх РР слід дотримуватися таких принципів:

1. Надання інформації з урахуванням нозологічної приналежності та тривалості розвитку ЕПР.

2. Надання інформації з урахуванням типу реагування сім'ї на факт розвитку ЕПР.

3. Надання інформації з урахуванням суб'єктивного сприйняття симптомів захворювання пацієнтом та його РР.

4. Диференціація хворобливих проявів і психологічних реакцій особистості.

5. Уникнення надмірних психоемоційних навантажень.

6. Структурований та директивний стиль ведення групи з одночасним забезпеченням активної внутрішньогрупової взаємодії.

7. Конфіденційність.

8. Заборона на критику і оціночні висловлювання.

9. Заохочення учасників до формування активної позиції, повідомлення зворотного зв'язку, розширення просоціальної мережі.

10. Мотивування пацієнтів з ЕПР та їх РР до отримання інформації, збагачення досвіду і після завершення участі у психоедукаційному модулі СМПС.

Змістовно кожна групова зустріч є логічним продовженням попередньої. Послідовність викладення психоедукаційного матеріалу варіює в залежності від потреб учасників групи. Обговорюваний матеріал підкріплюється візуальним супроводом у вигляді презентацій з використанням відеоматеріалів. Додатково використовуються записи на фліпчарті або слайди, узагальнюючі вивчену тему, роздаткові матеріали, книжки самопомогі, посібники для пацієнтів з ЕПР та їх РР. Протягом усіх занять стимулюється напрацювання конструктивних паттернів поведінки та інтерперсональної комунікації поза групою. Для цього використовуються домашні завдання, які передбачають спільне виконан-

ня із членами сім'ї, зустрічі учасників груп, спілкування по телефону або Інтернету. Це знижує відчуття ізоляваності та безпорадності та є передумовою для створення груп взаємодопомоги для проходження бустерних сесій.

До участі у запропонованому психоедукаційному модулі СМПС було залучено 93 пацієнта з ЕПР та їх РР відповідно. До контрольних підгруп було включено 80 пацієнтів з ЕПР та їх РР, які не брали участі у психоедукаційних заходах.

Періодом визначення ефективності розробленої психоедукаційної програми було обрано термін 6 місяців від її початку. За критерії ефективності було обрано позитивну динаміку загального рівня та окремих компонентів сімейного навантаження і динаміку ЯЖ.

Оцінка ефективності запропонованої СМПС здійснювалась за допомогою психодіагностичного обстеження та показала достовірне зниження показників сімейного навантаження, зокрема за конструктами: «проблеми у поведінці», «стигма», «вплив на сім'ю», «збитки» у РР, що взяли участь у психоедукаційних заходах ($p < 0,001$). У сім'ях пацієнтів з контрольних підгруп позитивної динаміки за вказаними показниками не було виявлено. Дослідження ЯЖ у пацієнтів та їх РР, які брали участь у СМПС, дало змогу визначити її підвищення за показниками фізичного та психологічного функціонування у порівнянні з контрольними підгрупами ($p < 0,01$). Запропонована СМПС показала свою ефективність стосовно підвищення адаптаційного потенціалу сім'ї, де проживають хворі з ендогенними психічними розладами та може бути рекомендована для впровадження у роботу відповідних лікувальних закладів.

Висновки.

Ефективність психоедукації як елементу психосоціальних інтервенцій у складі запропонованої СМПС сім'ї, де проживає хворий з ЕПР визначається підвищенням рівня інформованості сім'ї про різні аспекти психічних розладів, зниженням навантаження на сім'ю і суб'єктивного тягара сім'ї у зв'язку із доглядом за хворим родичем, розширенням можливостей сім'ї до адаптації у кризовій ситуації, підвищенням здатності до акцепції соціальної підтримки від просоціальних мереж, зниженням гіперзалученості і домінантності членів сім'ї, та в подальшому може сприяти зниженню частоти загострень, підтриманню комплайенса, відновленню соціального функціонування та якості життя як пацієнта, так і його референтних родичів.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бугорский А. В. Психиатрическое просвещение родственников пациентов, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра / А. В. Бугорский // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии / А. В. Бугорский. – Санкт-Петербург: «Таро», 2017. – С. 49–56.
2. Гурович И. Я. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / И. Я. Гурович. – Москва: Медиапрактика, 2002. – 180 с.
3. Challenges of Family Caregivers of Patients with Mental Disorders in Iran: A Narrative Review / Akbari M., Alavi M., Irajpour A., Maghsoudi J. // Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. – 2018. – №23. – P. 329–337.
4. Assessment of the burden on caregivers of patients with mental disorders in Jeddah, Saudi Arabia / [S. H. Alzahrani, E. O. Fallata, M. A. Alabdulwahab et al.]. // BMC Psychiatry. – 2017. – №17. – P. 202. DOI: 10.1186/s12888-017-1368-1
5. Factors associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders: a cross-sectional study / Souza A.L.R., Guimarães R.A., de Araújo Vilela D. et al. // BMC Psychiatry. – 2017. – №17. – P. 353. DOI: 10.1186/s12888-017-1501-1
6. Zendjidian X.Y. Challenges in measuring outcomes for caregivers of people with mental health problems / Zendjidian X.Y., Boyer L. // Dialogues in Clinical Neuroscience. – 2014. – №16. – P. 159–169.
7. Multi-cultural caregiving and caregiver interventions: A look back and a call for future action / Apesoa-Varano E.C., Tang-Feldman Y., Reinhard S.C. et al. // Generations. – 2015. – №39. – P. 39–48.
8. Berk L. Evaluation of the acceptability and usefulness of an information website for caregivers of people with bipolar disorder. / Berk L. // BMC Medicine. – 2013. – №11. – P. 162.
9. Adapters, Strugglers, and Case Managers: A Typology of Spouse Caregivers / Davis L.L., Chestnutt D., Molloy M. et al. // Qualitative Health Research. – 2014. – №24. – P. 1492–1500.
10. Burden of Care on Caregivers of Schizophrenia Patients: A Correlation to Personality and Coping / Geriani D., Savithry K.S., Shivakumar S., Kanchan T. // Journal of Clinical and Diagnostic Research. – 2015. – №9. – C. VC01–VC04. DOI: 10.7860/JCDR/2015/11342.5654
11. Assessing Health Status in Informal Schizophrenia Caregivers Compared with Health Status in Non-Caregivers and Caregivers of Other Conditions / Gupta S., Isherwood G., Jones K., Van Impe K. // BMC Psychiatry. – 2015. – №15. DOI:10.1186/s12888-015-0547-1
12. Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. / Гурович И. Я. – Москва: Медпрактика-М, 2004. – 492 с.

REFERENCES

1. Bugorskiy A.V. Psychiatric education of relatives of patients with schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders Psychotherapy and psychosocial work in psychiatry. Saint-Petersburg: «Таро». 2017, pp. 49–56. [in Russ.]
2. Gurovich I.Ya. Workshop on psychosocial treatment and psychosocial rehabilitation of mentally sick. Moscow: Mediapraktika. 2002, p. 180. [in Russ.]
3. Akbari M, Alavi M, Irajpour A, Maghsoudi J. Challenges of Family Caregivers of Patients with Mental Disorders in Iran: A Narrative Review. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2018, no. 23(5), pp. 329–337.
4. Alzahrani SH, Fallata EO, Alabdulwahab MA, Alsafi WA, Bashawri J. Assessment of the burden on caregivers of patients with mental disorders in Jeddah, Saudi Arabia. BMC Psychiatry. 2017, no. 17(1), p. 202. DOI:10.1186/s12888-017-1368-1
5. Souza A.L.R, Guimarães R.A., de Araújo Vilela D., et al. Factors associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders: a cross-sectional study. BMC Psychiatry. 2017, no. 17(1), p. 353. DOI:10.1186/s12888-017-1501-1
6. Zendjidian X.Y., Boyer L. Challenges in measuring outcomes for caregivers of people with mental health problems. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2014, no. 16(2), pp. 159–169.
7. Apesoa-Varano EC, Tang-Feldman Y, Reinhard SC, Choula R, Young HM. Multi-cultural caregiving and caregiver interventions: A look back and a call for future action. Generations. 2015, no. 39(4), pp. 39–48.
8. Berk L. Evaluation of the acceptability and usefulness of an information website for caregivers of people with bipolar disorder. BMC Medicine. 2013, no. 11(1), p. 162.
9. Davis L. L., Chestnutt D., Molloy M., Deshefy-Longhi T., Shim, B., & Gilliss C. L. Adapters, Strugglers, and Case Managers: A Typology of Spouse Caregivers. Qualitative Health Research. 2014, no. 24(11), pp. 1492–1500.
10. Geriani D. Burden of Care on Caregivers of Schizophrenia Patients: A Correlation to Personality and Coping. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2015, no. 9(3), VC01–VC04. DOI: 10.7860/JCDR/2015/11342.5654
11. Gupta S. Assessing Health Status in Informal Schizophrenia Caregivers Compared with Health Status in Non-Caregivers and Caregivers of Other Conditions. BMC Psychiatry. 2015, no. 15. DOI:10.1186/s12888-015-0547-1
12. Gurovich I. Ya. Psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation in psychiatry]. Moscow: Medpraktika-M. 2004, p. 492. [in Russ.]

ПСИХОЕДУКАЦІЯ ЯК ЕЛЕМЕНТ ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ В СОСТАВІ КОМПЛЕКСНОЇ СИСТЕМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧЕСЬКОГО СОПРОВОДЖЕННЯ СЕМЬИ, ДЕ ПРОЖИВАЄ БОЛЬНОЙ С ЕНДОГЕННИМ ПСИХІЧЕСЬКИМ РАСТРОЙСТВОМ

Каминская
Анна Алексеевна

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, ул. Пирогова, 56, г. Винница, Украина, 21018
adonidisvernal@gmail.com; ORCID ID: 0000-0003-3281-989X

Биопсихосоциальная модель терапии эндогенных психических расстройств предусматривает гибкое сочетание психофармакотерапии с психосоциальными интервенциями. Психоэдукация является одним из важнейших компонентов психосоциальных интервенций в многогранной системе психосоциальной реабилитации. Первоочередной задачей психоэдукации является усвоение пациентом и его референтными родственниками реалистичных знаний о психическом расстройстве, на основе которых пациент и члены его семьи могут получить больший контроль над симптомами заболевания.

Целью нашей работы было с позиций системного подхода, на основании изучения клинико-психологических проявлений и факторов риска развития нарушения функционирования семьи, где проживает больной с эндогенным психическим расстройством, разработать, научно обосновать и ввести психоэдукационный модуль как элемент психосо-

ціальних інтервенцій в складі відповідної комплексної системи медико-психологічного супроводження.

Для досягнення поставленої мети, з дотриманням принципів біоетики та медичної деонтології, було проведено комплексне обстеження 243 пацієнтів з ендogenous психічними розладами (168 пацієнтів з параноїдною шизофренією, 75 пацієнтів з афективними розладами) і відповідно 243 референтних родичів пацієнтів. Робота проводилась в три етапи: на першому етапі було обстежено пацієнтів і членів їх сімей. В час другого етапу було здійснено углибоке вивчення психоемоційних, індивідуально-психологічних, інтерперсонально-комунікативних та психосоціальних предикторів зниження адаптаційного потенціалу сім'ї, де проживають психічно хворі пацієнти. Третій етап роботи включав наукове обґрунтування, розробку та впровадження відповідної комплексної системи медико-психологічного супроводження сім'ї на основі аналізу отриманих в час попередніх етапів роботи даних.

Представлена система медико-психологічного супроводження показала свою ефективність відносно підвищення адаптаційного потенціалу сім'ї, де проживають хворі з ендogenous психічними розладами, і може бути рекомендована для впровадження в роботу відповідних лікувальних закладів.

Ключові слова: ендogenous психічні розлади, референтні родичі, психоедукація, психосоціальна реабілітація, медико-психологічне супроводження.

PSYCHOEDUCATION AS AN ELEMENT OF PSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS IN A COMPLEX SYSTEM OF MEDICO-PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR A FAMILY, WHERE A PATIENT WITH ENDOGENOUS MENTAL DISORDER LIVES

Kaminska Anna

National Pirogov Memorial Medical University, Pirogova st., 56, Vinnytsya, Ukraine, 21018
adonidisvernalis@gmail.com; ORCID ID: 0000-0003-3281-989X

The biopsychosocial model of therapy for endogenous mental disorders involves a flexible combination of psychopharmacotherapy with psychosocial interventions. Psychoeducation is one of the most important components of psychosocial interventions in a multifaceted system of psychosocial rehabilitation. The primary task of psychoeducation is to provide patients and their family caregivers with realistic knowledge about mental disorder, on the basis of which the patient and his or her family members can get more control over the symptoms of the disease.

The aim of our work was from the standpoint of a systematic approach, based on the study of clinical and psychological manifestations and risk factors for the development of pathological functioning in a family, where a patient with endogenous mental disorder lives, to develop, substantiate scientifically and introduce a psychoeducational module as an element of psychosocial interventions in complex system of medical -psychological support.

To achieve this goal, according to the principles of bioethics and medical deontology, a comprehensive examination of 243 patients with endogenous mental disorders (168 patients with paranoid schizophrenia, 75 patients with affective disorders) and 243 family caregivers was performed. The work was done in three stages: during the the first stage we examined patients and their family caregivers. During the second stage, an in-depth study of psycho-emotional, individual-psychological, interpersonal-communicative and psychosocial predictors of reducing the adaptive capacity of the family was performed. The third stage included scientific substantiation, development and implementation of an appropriate comprehensive system of medical and psychological support for the families, based on the analysis of data obtained during the previous stages.

The proposed system of medical and psychological support has shown its effectiveness in improving the adaptive capacity of the family, where patients with endogenous mental disorders live, and can be recommended for further implementation in appropriate medical institutions.

Keywords: endogenous mental disorders, family caregivers, psychoeducation, psychosocial rehabilitation, medical-psychological support.