

Психосоциальные методы работы с семьями больных шизофренией: обзор исследований

В.А. Богомолов, С.Н. Ениколопов

Научный центр психического здоровья
РАМН, Москва

РЕЗЮМЕ

В обзоре рассматривается история возникновения концепции эмоциональной экспрессии в семьях больных шизофренией, оказавшей большое влияние на разработку программ психосоциальной работы с семьями пациентов. Описаны основные составляющие эмоциональной экспрессии у больных. Приводятся данные о связи уровня ЭЭ с частотой обострения заболевания. Делается вывод об интеракционной природе возникновения эмоциональных дисгармоний в семьях пациентов. Указывается на важность восприятия родственниками психопатологических проявлений у больных. Подробно описаны программы семейного образования и психотерапии, разработанные за рубежом. Представлены данные об эффективности таких программ в предотвращении рецидивов и нормализации семейных отношений у пациентов, страдающих шизофренией. В заключении освещены проблемы, сопутствующие внедрению таких программ в практику лечения шизофрении.

Современное понимание психических расстройств основано на биопсихосоциальной многофакторной модели. Исследования социального контекста возникновения и течения психических расстройств всегда были теснейшим образом связаны с практическими задачами терапии. Современные психосоциальные методы терапии основаны на признании значительной роли семейного окружения в течении психических заболеваний. На сегодняшний день за рубежом наиболее широкое распространение получила концепция эмоциональной экспрессии (expressed emotion) в семьях психически больных. В рамках данной теоретической модели было проведено множество исследований в разных странах мира, показавших схожие результаты. Термин «эмоциональная экспрессия» (ЭЭ) впервые был предложен группой исследователей из Великобритании (G. Brown и соавт., 1962) для обозначения поведения родственников больных шизофренией, которое с большой вероятностью приводило к более частым госпитализациям больных. Такое поведение родственников включает в первую очередь критику, враждебность, выражение негативных эмоций в адрес больного и так называемую эмоциональную сверхвключённость.

Самое первое исследование, проведённое под руководством G. Brown в 1958 году, показало неоднородность течения шизофрении у амбулатор-

ных пациентов в зависимости от условий проживания. Различалась частота обострений с последующими госпитализациями: у пациентов, проживающих отдельно или с сиблингами, частота обострений составила 17 %; у пациентов, живущих с родителями – 32 % и проживающих в браке – 50 % (G. Brown и соавт., 1958). Во втором исследовании авторы, обследовав 128 семей, пришли к выводу, что основной переменной, от которой зависела частота обострений в течение одного года после наблюдения, является ЭЭ в семье пациентов. Они разделили семьи, участвующие в исследовании, на 2 группы – с низким показателем ЭЭ и высоким. Пациенты, проживающие в семьях с высоким показателем ЭЭ, в 76 % случаев обнаруживали ухудшение симптомов в течение года и в 56 % случаев были госпитализированы, в то время как в семьях с низким показателем ЭЭ ухудшение симптомов наблюдалось у 28 % пациентов и госпитализация – у 21 % (G. Brown и соавт., 1962). Параметры ЭЭ оценивались исследователями субъективно, без какого-либо стандартизованного метода.

Важным этапом было создание полуструктурированного интервью для оценки ЭЭ у родственников пациентов. Кэмбервильское семейное интервью (Camberwell Family Interview, CFI) было разработано G. Brown и M. Rutter в 1966 году. После некоторых изменений (G. Brown и соавт., 1972) была сконструирована окончательная версия интервью. Основой CFI стали следующие шкалы (Vaughn, Leff, 1976):

1. «**Критика**» – данная шкала измеряет частоту критических высказываний (включают в себя неодобрение, отвержение и обесценивание) в адрес больного. При этом критическими высказываниями могут быть как по содержанию, так и по характеристикам речи (скорость, громкость, тон голоса).
2. «**Враждебность**» – отражает обобщённую критику и отвержение пациента.
3. «**Эмоциональная сверхвключённость**» – шкала отражает поведение по отношению к больному в прошлом и актуальное поведение во время интервью. Эмоциональная сверхвключённость включает в себя такое поведение как преувеличенные эмоциональные реакции, чрезмерное участие или жертвенность по отношению к пациенту, гиперопека и такие реплики в интервью, которые выражают чрезмерную эмоциональную вовлечённость в жизнь пациента, чрезмерное беспокойство и излишнюю драматизацию.
4. «**Теплота**» – оценка основывается в основном на тоне голоса, спонтанности, симпатии, сочувствии и интересе к пациенту.
5. «**Позитивные замечания**» – оценивается частота выражения похвалы и одобрения в адрес пациента.

Только первые четыре шкалы были связаны с течением заболевания (частотой обострений). Шкала «позитивные замечания» не показала прогностической валидности, а шкала «теплота» лишь в отдельных исследованиях давала положительный прогноз течения заболевания. Три первые шкалы составляют индекс эмоциональной экспрессии, позволяя дифференцировать семьи с высокой и низкой ЭЭ. ЭЭ оценивается у родственника как высокая, если в интервью было сделано 6 или более критических комментариев в адрес пациента, наблюдались любые проявления враждебности, и оценка по шкале эмоциональной сверхвключённости была равна 3 или более. Данные значения позволяют выделять высокий или низкий уровень ЭЭ у родственников больных шизофренией и би-

полярным расстройством в англоязычных и европейских странах, но для других заболеваний (и в других странах) уровни критики и эмоциональной сверхвключённости, достаточные для отнесения к группе высокой ЭЭ, могут отличаться. Необходимо отметить, что критические значения для шкал индекса ЭЭ выделяются исключительно статистическими методами и зависят от того, насколько точно они позволяют прогнозировать обострение заболевания.

Поскольку шкала «Враждебность» сильно коррелирует со шкалой «Критика», основными компонентами ЭЭ являются шкалы «Критика» и «Эмоциональная сверхвключённость». Современные исследования используют эти две переменные как отдельные факторы анализа внутрисемейных отношений, вместо обобщённого показателя ЭЭ.

Таким образом, ЭЭ можно рассматривать как своеобразный индикатор «температуры» семьи в определённый момент времени, оценивающий качество отношений между семьей и пациентом. Высокий уровень ЭЭ у родственника говорит о его эмоциональных реакциях в данный момент по отношению к данному пациенту, при этом реакции родственника больного по отношению к другим людям будут, вероятно, другими, менее эмоциональными и критичными. Например, при высоком уровне ЭЭ у родителя по отношению к ребёнку-пациенту не было обнаружено таких же выраженных эмоциональных реакций у него же по отношению к супругу (G. Brown и соавт., 1972). При первом эпизоде шизофрении примерно у половины родственников пациентов выявляется высокий уровень ЭЭ (D. Raune и соавт., 2004, P. Patterson и соавт., 2005). Критика в адрес больного шизофренией встречается приблизительно в два раза чаще, чем проявления эмоциональной сверхвключённости (J. Leff, 1992). Выраженность ЭЭ не является постоянным показателем, и уровень ЭЭ может меняться в течение года, чаще с тенденцией к снижению (M. Scazufca, E. Kuipers, 1998; P. Patterson и соавт., 2005).

Считается, что у пациента, проживающего с родственником с высокой ЭЭ и проводящего с ним более 35 часов в неделю, в несколько раз увеличивается вероятность рецидива психического заболевания. Данный факт был подтвержден десятками исследований, в первую очередь для больных шизофренией. Анализ 12 исследований, проведенных с 1962 по 1988 год, показал, что больные шизофренией, живущие в семьях с высокой ЭЭ после выписки, демонстрируют в 3,7 раза больше рецидивов по сравнению с больными, живущими в семьях с низкой ЭЭ (Parker, Hadzi-Pavlovic, 1990). В обзоре D. Kavanagh 48 % больных из семей с высокой ЭЭ имели рецидивы в течение года по сравнению с 21 % пациентов из семей с низкой ЭЭ (1992). В другом аналитическом обзоре (Bebbington, Kuipers, 1994) использовались данные 25 исследований (в которых участвовало 1346 пациентов по всему миру), и были получены сходные результаты: у 75 % пациентов из семей с высоким уровнем ЭЭ наблюдались обострения при несоблюдении медикаментозного лечения и у 51 % – при соблюдении медикаментозного лечения. Для пациентов из семей с низким уровнем ЭЭ процент рецидивов составил 28 и 18 % соответственно. Авторы также пришли к выводу, что результаты исследований не зависят от пола пациентов и от географического расположения стран, в которых они проводились. Наконец, в мета-анализе 27 исследований ЭЭ Butzlaff, Hooley (1998) пришли к следующим выводам:

- высокая ЭЭ в семьях больных шизофренией является надёжным предиктором обострения заболевания;

- уровень ЭЭ позволяет дать более точный прогноз для пациентов, которые болеют дольше и менее точно прогнозируют возможные обострения для первых эпизодов шизофрении;
- показатель ЭЭ в семьях с аффективными расстройствами и расстройствами пищевого поведения позволяет ещё точнее прогнозировать течение болезни, чем в семьях с шизофренией.

На настоящий момент нет однозначного ответа на вопрос о том, как связаны высокий уровень ЭЭ у семьи и большая вероятность обострения у пациентов. Наиболее распространённое и доступное объяснение даётся в рамках модели стресс-уязвимости (stress-vulnerability). Согласно этой модели, человек, страдающий шизофренией, т. е. изначально обладающий повышенной уязвимостью к разного рода стрессорам, проживая вместе с родственником с высоким уровнем ЭЭ, подвергается повышенному стрессу, что увеличивает вероятность рецидива. Модели уязвимости хорошо соответствует мнение о том, что именно повышенный уровень критики является основной составляющей высокой ЭЭ и больше всего влияет на частоту рецидивов (Kavanagh, 1992).

Эмоциональная экспрессия измеряется в ходе интервью, в котором фиксируются лишь наличие выраженных эмоций в адрес пациента в его отсутствие. Данный подход вызывал закономерные вопросы о валидности метода, так как было неизвестно, выражаются ли эти эмоции в реальном взаимодействии пациента и родственника. Для ответа на этот вопрос был разработан метод измерения, получивший название «эмоциональный стиль» (affective style). Данный метод позволяет анализировать паттерны вербального взаимодействия родственников и пациента в ходе обсуждения конфликтов и разногласий в семье (Doane и соавт., 1981). Выделяют следующие параметры эмоционального стиля взаимодействия: поддержка, критика, индуцирование чувства вины, интрузивность (утверждения родственника, свидетельствующие, что он знает больше о внутреннем состоянии пациента, чем он сам). Исследования эмоционального стиля взаимодействия в семьях больных шизофренией показали сильную зависимость критики и интрузивности в адрес больного в ходе взаимодействия и уровня ЭЭ, предварительно выявленного с помощью Кембервильского семейного интервью (Strachan и соавт., 1986). Родственники, имеющие высокую оценку эмоциональной экспрессии, в ходе прямого взаимодействия делали больше высказываний критического и интрузивного характера. Так как измерение эмоционального стиля использует только вербальные данные взаимодействия, ориентировано на негативные паттерны и не позволяет отслеживать последовательность их возникновения, было проведено исследование с использованием другого метода, позволяющего оценить эти параметры (Hahlweg и соавт., 1989). Выяснилось, что родственники пациентов с высоким уровнем ЭЭ по шкале критики чаще невербально выражают негативные эмоции, чаще критикуют и чаще предлагают негативные решения проблемы. Напротив, родственники с низким уровнем ЭЭ реже демонстрируют такое поведение и чаще делают позитивные и поддерживающие высказывания. При этом пациенты, проживающие с родственниками с высоким уровнем ЭЭ, больше проявляют негативных эмоций в невербальном поведении, чаще оправдываются и спорят. Паттерны негативного взаимодействия в семьях с высоким уровнем ЭЭ длятся дольше, вне зависимости от того, кто начал такую последовательность – пациент или родственник. Также было

показано, что в ходе взаимодействия с родственником с высоким уровнем ЭЭ пациенты, страдающие шизофренией, чаще демонстрируют элементы тревожности, возбужденности, враждебности и вычурности (Woo и соавт., 2004). Это свидетельствует о двусторонней природе возникновения негативной эмоционально заряженной атмосферы в семье, влияющей на течение заболевания. Очевидна необходимость включения пациента в психокоррекционные занятия с семьей, поскольку негативный стиль взаимодействия создаётся как пациентом, так и его родственниками. Таким образом, показатели ЭЭ и эмоционального стиля взаимодействия значительно пересекаются, позволяя прогнозировать течение шизофрении.

Интересные результаты были получены в исследованиях ЭЭ с точки зрения теории атрибуции. Высокие показатели ЭЭ у родственников больных шизофренией связаны с их представлением о симптомах как проявлении личных качеств больного, которые он может контролировать. Понимание проявлений болезни как чего-то внутреннего и подвластного контролю может приводить к высокому уровню критики и враждебности в адрес пациента, тогда как родственники с низким уровнем ЭЭ рассматривают нарушенное поведение больного как неконтролируемое, вызванное внешними факторами, т. е. болезнью. Таким образом, родственники, склонные критиковать пациента, считают его ответственным за свое поведение. Родители больных психозом считают, что критика личности больного помогает контролировать симптомы болезни (McNab и соавт., 2007). Интересно, что родственники с низким уровнем ЭЭ, а также с высоким уровнем эмоциональной сверхвключённости одинаково интерпретируют поведение больного, как неподвластное его контролю и вызванное болезнью (Brewin, 1991, Barrowclough, Hooley, 2003, McNab и соавт., 2007). Родственники чаще склонны критиковать поведение больных, связанное с негативными симптомами – такое, как апатия, снижение мотивации, пренебрежение правилами личной гигиены, отсутствие навыков ухода за собой и т. д. Симптомы, отражающие определённый дефицит, скорее объясняются родственниками как сознательное и преднамеренное поведение, а позитивные симптомы, такие как галлюцинации, легче распознаются как проявления болезни (Weisman и соавт., 1998). В исследовании, где родственники пациентов принимали участие в программах, нацеленных на снижение уровня ЭЭ, были получены следующие результаты: вместе со снижением уровня критики и враждебности у родственников наблюдалось изменение атрибуций. Поведение больных стало чаще приписываться проявлениям болезни и интерпретироваться как неконтролируемое (Brewin, 1994).

Исследования эмоциональной экспрессии послужили стимулом для роста психологических исследований семьи, а также для создания многочисленных программ для работы с семьями психически больных. В первую очередь – это психообразовательные программы, которые подробно информируют родственников о болезни, её симптомах и течении, современных методах лечения и профилактики рецидивов. Широкое распространение получила семейная психотерапия, которая фокусируется на решении конкретных проблем и выработке более эффективных способов взаимодействия в семье, а также проработке чувств стыда и вины у членов семьи. Данные программы в первую очередь позволяют снижать количество рецидивов у больных, а также повышают уровень комплаенса (Pharoah и соавт., 2006).

Впервые термин «психообразовательный подход» был использован Anderson с коллегами (1980). Психообразовательная программа, по мнению авторов, включает в себя информирование пациентов и родственников о болезни; тренинг решения проблем; тренинг общения и тренинг уверенности в себе. Таким образом, с момента своего возникновения данный термин имел несколько значений. В дальнейшем под психообразовательной программой стали понимать широкий комплекс психокоррекционных и реабилитационных мер, включающий родственников пациента. В литературе также встречаются такие обозначения, как семейная интервенция (family intervention), семейное лечение (family treatment), семейная терапия (family therapy). Впрочем, последний термин используется редко в целях избегания ассоциаций с методами системной семейной терапии, основанных на признании ключевой роли семьи в этиологии шизофрении. Психообразовательные программы имеют поведенчески-ориентированную психотерапевтическую направленность. Иногда данный термин используется в непосредственном смысле, при этом информирование пациентов и родственников о заболевании и лечении является основным направлением работы.

Первое исследование эффективности психологической работы с семьями больных было выполнено в США под руководством М. Гольдштейна (Goldstein и соавт., 1978). Исследовательская группа использовала т. н. «краткосрочную фокальную семейную терапию» в сравнении с медикаментозным лечением. Сравнивались 4 группы пациентов: получающие низкие дозы нейролептика без семейной терапии, получающие средние дозы нейролептика без семейной терапии, получающие низкие дозы нейролептика в сочетании с семейной терапией и пациенты, получающие средние дозы нейролептика наряду с семейной терапией. В исследовании участвовали 96 пациентов, в основном перенесшие первый приступ шизофрении и находящиеся на амбулаторном лечении после госпитализации. Семейная терапия состояла из 6 еженедельных часовых встреч с пациентом и его семьей.

Данный подход не предполагал высокоструктурированных техник, однако работа с семьей неизменно включала 4 этапа:

- информирование родственников о болезни в рамках модели стресс-диатеза с целью признания факта наличия психического заболевания в семье;
- выявление стрессоров, предшествующих началу заболевания;
- выявление возможных стрессоров в будущем, которые могут привести к обострению;
- планирование и создание стратегии по предотвращению стрессоров и решению проблемных ситуаций в семье.

Много внимания уделялось раннему распознаванию заболевания и проблемам комплаенса. Через 6 месяцев после начала программы были получены следующие результаты: в группе с низкой дозировкой нейролептика без семейной терапии у 48 % пациентов наблюдалось обострение, в группе средняя дозировка/отсутствие семейной терапии – у 14 %, в группе с низкой дозировкой в сочетании с семейной терапией у 22 % пациентов и в группе со средней дозировкой в сочетании с семейной терапией не было ни одного обострения шизофрении. Таким образом, несмотря на непродолжительность программы семейной терапии, были получены убедительные результаты превос-

ходства сочетания медикаментозной терапии и психокоррекционной работы с семьей.

В последующие годы было проведено множество подобных исследований, сравнивающих комбинированное лечение с использованием семейной психотерапии и только медикаментозное лечение (Falloon и соавт. 1982, Leff и соавт. 1982, Hogarty и соавт. 1986). Несмотря на различия в подходах, все исследования продемонстрировали преимущество сочетания психокоррекционных мероприятий с семьями и медикаментозного лечения (подробнее см. Холмогорова, Воликова, 2007). В первую очередь, различия в программах для родственников касались использования концепции ЭЭ. Так, британская группа (Leff и соавт., 1982, 1985) включила в исследование только пациентов, чьи родственники демонстрировали высокий уровень ЭЭ. Программа была ориентирована на снижение уровня ЭЭ и состояла из психообразовательной программы для семей, групп поддержки для семей (без пациента) и семейной психотерапии, которая проводилась дома у пациентов с отдельными семьями. Из пациентов, участвовавших в программе, у 8 % наблюдался рецидив, по сравнению с 50 % пациентов, получавших стандартное лечение (через 9 месяцев участия в программе). Исследователи из Питсбурга (Hogarty и соавт., 1986, 1991) также работали с пациентами, у которых хотя бы один из родственников имел высокий уровень ЭЭ. В исследовании сравнивались группы пациентов, получавших в течение одного года только медикаментозную терапию, семейную терапию, тренинг социальных навыков, и семейную терапию вместе с тренингом социальных навыков. Наибольший успех имела последняя программа, которая позволила снизить количество обострений у пациентов в течение следующего года до нуля. Работа с семьями не ставила основной целью снижение эмоциональной экспрессии. Семейная терапия включала в себя создание терапевтического альянса с семьей; однодневный семинар по «навыкам выживания»; применение навыков, полученных на семинаре, в психотерапевтической работе с отдельной семьей. В ходе однодневного семинара несколько семей получали подробную информацию о заболевании, проблемах, которые испытывает пациент и семья, а также получали конкретные предложения, как справляться с возникающими трудностями. Основное внимание при этом уделялось соблюдению лекарственного режима, пересмотру ожиданий родственников от больного, выработке необходимых ограничений и созданию границ в семье, налаживанию четкой и ясной коммуникации между родственниками и пациентом и избеганию чрезмерно конфликтных ситуаций. В дальнейшем эти задачи более углубленно реализовывались в работе с отдельными семьями. У 39 % семей, участвовавших в семейной терапии, индекс эмоциональной экспрессии изменился с высокого на низкий, и у пациентов из этих семей не было обострений в течение последующего года.

Широкое распространение получила модель, разработанная исследовательской группой под руководством I. Falloon (1982, 1984, 1985). В исследование были включены 36 пациентов, страдающих шизофренией и проживающих в семьях с высоким уровнем ЭЭ. В экспериментальной группе пациенты вместе со своей семьей участвовали в курсе бихевиоральной семейной терапии (behavioral family management), в контрольной – проходили курс поддерживающей индивидуальной психотерапии. Все пациенты получали малые дозы нейролептиков. Семейная терапия проводилась дома у пациентов и была рассчитана на 40 сессий

в течение более чем двух лет: первые три месяца еженедельно, следующие 6 месяцев раз в две недели и начиная с 10 месяца один раз в месяц. На момент начала ежемесячных встреч родственникам также предлагалось участие в группах, состоящих из нескольких семей. Бихевиоральная семейная терапия предварялась психологической оценкой семьи (с использованием Кэмбервильского семейного интервью и видеозаписей обсуждения семейных проблем) и включала в себя следующие модули (Fallon и соавт., 1984):

1. **Образовательный модуль.** После выписки пациента из больницы первые две сессии имели только образовательные цели. Родственникам и пациентам рассказывали о том, что такое шизофрения, каковы природа, течение и лечение этого заболевания. В доступной форме описывалась модель стресс-диатеза, подчеркивалась взаимосвязь стресса для пациента и обострения течения шизофрении. Данный модуль включал подробное информирование о медикаментозном лечении, в т. ч. с целью профилактики рецидивов. Обсуждались достоинства и недостатки такого лечения, включая побочные эффекты и возможности их минимизации.
2. **Тренинг общения.** Поскольку общей целью программы было получение навыков разрешения проблем в семье, сначала необходимо было наладить эффективную коммуникацию между членами семьи. На данном этапе семья обучалась выражению позитивных и негативных чувств, внимательному выслушиванию друг друга, высказыванию просьб в позитивной манере. Необходимо отметить, что данный тренинг не использовал концепцию ЭЭ для улучшения коммуникации. Напротив, психотерапевты поощряли выражение негативных чувств в адрес пациента, но в специфической манере, не унижающей пациента (Fallon, Pederson, 1985). Тренинг проходил в виде упражнений и моделирования ситуаций под руководством терапевта, который давал оценку, позитивно подкреплял успешное выполнение заданий и давал задания на дом с целью закрепления полученных навыков.
3. **Тренинг решения проблем.** После того, как семьи осваивали навыки эффективного общения, использовалась модель разрешения проблем с целью снижения напряжения в семье и выработке адекватных способов совладания. На данном этапе цели ставили сами члены семьи. Семья обучалась структурированному подходу к решению проблем: обсуждение и соглашение относительно природы проблемы; совместное создание списка из пяти или более альтернативных решений проблемы без взаимных оценок этих решений; поочерёдное обсуждение всех «за» и «против» каждого предложения; выбор лучшего решения или комбинации решений; формулирование точного плана по осуществлению данного решения; последующая оценка успешности и выражение благодарности членам семьи, чьи усилия привели к выполнению задуманного. Основной целью данного этапа вмешательства был постепенный переход семьи к самостоятельному решению проблем дома, без помощи терапевта.

Таким образом, семьям и пациентам предлагалась высокоструктурированная программа семейной терапии. Терапевты были доступны во время всего исследования для звонков по телефону (кризисное вмешательство). Через 9 месяцев после начала программы только у одного пациента из 18 в экспериментальной группе наблюдался рецидив

(6 %), а в контрольной группе (пациенты, участвовавшие в индивидуальной психотерапии) – у 8 пациентов из 18 (44 %) (Falloon и соавт., 1982). Через 2 года соотношение в экспериментальной группе составило 3 из 18 (17 %), а в контрольной – 15 из 18 (83 %) (Falloon и соавт., 1985). Помимо снижения количества рецидивов, данный подход повысил социальную активность и компетентность пациентов, снизил бремя семейных забот о пациенте и оказался экономически более выгодным, чем индивидуальная психотерапия пациентов. Данные, полученные в ходе психологической оценки семей (в начале программы и через 3 месяца), участвующих в данном исследовании, были проанализированы другими исследователями (Doane и соавт., 1985, Goldstein, Strachan, 1986). В ходе анализа использовался показатель эмоционального стиля (affective style), позволяющий измерять паттерны взаимодействия в семье в ходе обсуждения проблемных ситуаций. Наибольшее количество обострений было зарегистрировано в семьях с негативным профилем эмоционального стиля (Doane и соавт., 1985). Было показано, что семьи, прошедшие курс семейной терапии, демонстрируют почти в 3 раза меньше критических и интрузивных высказываний в адрес пациента по сравнению с семьями из контрольной группы (индивидуальная психотерапия пациентов). При этом в контрольной группе повышение показателей критики и интрузивности наблюдалось в половине случаев, а в экспериментальной группе такое изменение происходило редко. И наоборот, снижение обоих показателей наиболее часто встречалось в группе, участвующей в программе семейной терапии, и редко наблюдалось в контрольной группе (Goldstein, Strachan, 1986). В группе семей, где оба негативных параметра снизились, значительно повысилось количество паттернов, отражающих стратегии решения проблем. В группе, где оба негативных показателя стали встречаться чаще, количество таких стратегий не изменилось. Таким образом, семьи, участвовавшие в семейной терапии, продемонстрировали изменение негативных эмоциональных форм взаимодействия в сторону эмоционально-нейтральных, ориентированных на решение конкретной проблемы. Модель семейной терапии, разработанная I. Fallon, легла в основу многих последующих программ и исследований в разных странах мира. На основании данного подхода в настоящее время разрабатываются психодиагностические методики, позволяющие планировать психосоциальные вмешательства для семей и оценивать их эффективность (Ronscape и соавт., 2007).

McFarlane и соавт. (1995) сравнивали эффективность расширенных психообразовательных групп для семей пациентов и индивидуальной работы с отдельными семьями. Всего в исследование были включены 172 пациента, проживающих в семьях как с низким, так и с высоким уровнем ЭЭ. Все пациенты должны были участвовать в трёх предварительных встречах и образовательной программе, а после этого были рандомизированы. Обе группы были нацелены на приобретение более эффективных навыков разрешения проблем и длились 2 года. Дополнительными целями многосемейных групп было расширение социальных сетей пациентов и родственников и уменьшение их стигматизации. Результаты свидетельствовали о преимуществах работы с несколькими семьями одновременно (multi-family groups): через 2 года после начала программы у 28 % пациентов из этой группы были зарегистрированы рецидивы, тогда как в группе индивидуальных семейных интервенций обострения наблюдались у 42 % пациентов.

Однако преимущества многосемейных занятий были обнаружены в основном для пациентов белой расы с более выраженной позитивной симптоматикой при выписке, проживающих с семьями с высоким уровнем ЭЭ. Кроме того, расширенные группы для семей больше способствовали трудоустройству пациентов. Авторы также отмечали экономическую выгоду таких психосоциальных вмешательств.

Немецкие исследователи рассматривают психообразовательную программу как базовый вид психотерапевтической помощи для пациентов, страдающих шизофренией и находящихся в стационаре (Bauml и соавт., 2006). В их подходе основой программы являются дидактические занятия, имеющие своей целью получение пациентами и родственниками знаний в доступной для усвоения форме. Такие знания, по мнению исследователей, должны способствовать развитию ответственного отношения к заболеванию и необходимых навыков совладания. Кроме понимания специфики заболевания, программа даёт необходимую поддержку семьям и пациентам. При этом основное внимание уделяется интеграции личного опыта болезни пациентов в ясную картину современных научных представлений о шизофрении и её лечении. Такая модель опирается на традицию гуманистической (клиент-центрированной) психотерапии с акцентом на непосредственном опыте участников. Занятия проводятся один раз в неделю в течение одного часа, общая длительность программы – от 4 до 16 встреч. В ходе занятий пациенты и родственники получают информацию по следующим темам: значение термина «шизофрения»; позитивные и негативные симптомы; нейробиологическое происхождение симптомов; стресс-диатез модель; лекарства и их побочные эффекты; психотерапевтическое лечение и предотвращение самоубийств; психосоциальные мероприятия; распознавание ранних признаков рецидива и его предотвращение. Такая программа практически не имеет противопоказаний (кроме тяжёлых расстройств мышления, императивных галлюцинаций и выраженного антисоциального/суицидального поведения) и является базовой предпосылкой для участия пациентов в других коррекционных и реабилитационных мероприятиях. Несмотря на свою непродолжительность (8 занятий для отдельных групп пациентов и родственников), программа показала значительную эффективность в сравнении со стандартным лечением. Частота последующих госпитализаций через год составила 21 % в экспериментальной и 38 % в контрольной группах; через 2 года – 41 % и 58 % соответственно. Кроме того, почти в два раза снизилось количество дней, проведённых в больнице.

В обзоре исследований L. Dixon и A. Lehman (1995) приводятся данные по 14 исследованиям, проведённым в период с 1978 по 1995 год и дополнительные сведения из других обзоров. Авторы приходят к следующим выводам:

1. В сочетании с фармакотерапией психокоррекционные мероприятия с семьями больных шизофренией значительно снижают вероятность рецидива. Эффективность таких мероприятий снижается к концу второго года после начала программы, что позволяет говорить если не о предотвращении обострений, то об их отсрочке. Впрочем, эффект таких программ сохраняется вплоть до 5–8 лет.
2. Данные программы могут повышать уровень социального функционирования у пациентов и снижать уровень стресса у других членов семьи.
3. Эффективность таких программ во многом зависит от степени участия в них самого пациен-

та. Необходимо включение пациента в работу с семьей. В исследованиях, где пациент не участвовал в работе с семьей или где психокоррекционные мероприятия велись раздельно для семей и пациентов, различия между экспериментальными и контрольными группами не значимы.

4. Одного информирования родственников и пациентов недостаточно для снижения количества рецидивов заболевания. Помимо психообразовательных встреч, должны проводиться мероприятия, ориентированные на улучшение эмоционального климата в семье, снижение уровня стресса, улучшение общения и т. д.
5. Поведенчески-ориентированные методы коррекции более эффективны, чем имеющие психодинамическую направленность.

В 2000 году авторы представили новый обзор (Dixon и соавт., 2000) с данными по 16 новым исследованиям. В обзор вошли работы, проведенные в других культурах, с группами пациентов с первым эпизодом заболевания, а также сравнивающие семейные программы с индивидуальной психотерапией и исследования краткосрочных психообразовательных программ. Авторы пришли к выводу, что психосоциальная программа для родственников должна длиться не менее 9 месяцев для достижения устойчивого эффекта. Необходимо также учитывать культуральные и этнические факторы и адаптировать программы для семей из других культур. При разработке таких программ специалисты должны ориентироваться в первую очередь на запросы родственников и пациентов, так как, во-первых, не все семьи нуждаются в них и, во-вторых, у разных семей могут быть разные цели. Важной проблемой является оценка эффективности таких мероприятий. Во всех исследованиях основным индикатором успешности/неуспешности является рецидив заболевания. Такая оценка не всегда учитывает потребности семей. Например, в группах самопомощи родственников пациентов, распространенных в США и Европе, основной упор делается на благополучие других членов семьи и социальную адаптацию пациента.

В мета-анализ G. Pitschel-Walz и соавт. (2001) вошло 25 исследований. Авторы делают вывод о значимом снижении (в среднем на 20 %) количества рецидивов и последующих госпитализаций у пациентов, семьи которых участвовали в психокоррекционных программах. Преимущество имеют долгосрочные программы для родственников. Дополнительными результатами семейных интервенций являются:

- уменьшение семейного бремени (family burden);
- снижение уровня ЭЭ;
- большая осведомленность родственников и пациентов о шизофрении;
- улучшение комплаенса;
- улучшение социальной адаптации пациентов;
- улучшение уровня качества жизни;
- снижение экономических затрат.

Авторы считают необходимым включение таких программ в терапию как можно большего числа пациентов в условиях стандартной практики.

Последний мета-анализ 31 исследования эффективности интервенционных программ подтверждает результаты предыдущих работ (Pfammatter и соавт., 2006). Делается вывод о значительном снижении уровня эмоциональной экспрессии с высокого на низкий, существенном улучшении социальной адаптации пациентов, сокращении сроков стационарного лечения и общем снижении проявлений психопатологии во время последую-

щего наблюдения (Pfammatter и соавт., 2006, с. 571). Важным представляется тот факт, что семейные интервенции не влияют на частоту самоубийств у пациентов, страдающих шизофренией (Pharoah и соавт., 2006).

Психосоциальные методы работы с семьями больных шизофренией включены в стандарты лечения во многих странах мира, что отражено в соответствующих руководствах – Американской Психиатрической Ассоциации (2004), Немецкого Общества Психиатрии, Психотерапии и Неврологии (2006), Британского Национального Института Клинического Мастерства (NICE) (2002). Несмотря на это, а также на очевидные экономические выгоды (уменьшение количества и длительности госпитализаций), многие зарубежные авторы отмечают значительные трудности при внедрении таких программ в практику. Так, в статье 1999 года немецкие авторы отмечают, что данный подход практически не используется в ежедневной практике ни в Европе, ни в Америке (Hahlweg, Wiedemann, 1999). В статье 2006 года другие исследователи (Rummel и соавт., 2006) приводят следующие обобщенные данные для психиатрических больниц Германии, Австрии и Швейцарии: психообразовательные программы доступны для 21 % пациентов и для 2 % их родственников в этих странах. Преградами на пути внедрения таких программ в практику являются следующие факторы (Hahlweg, Wiedemann, 1999):

1. Специалисты в сфере психического здоровья в основном опираются на личный опыт, а не на научную доказательную базу.
2. Другие, эмпирически менее обоснованные подходы, такие как психоанализ, системная семейная терапия, гуманистическая психотерапия обладают большим влиянием.
3. Отсутствие интереса у специалистов к семьям психически больных в большинстве стран мира.
4. Необходимость убеждать слишком большое количество людей для внедрения этих подходов в практику.
5. Такие программы требуют участия обученных сотрудников. Такое обучение может быть дорогим, занимать много времени, и требовать изменения привычного распорядка в больницах.

Таким образом, психосоциальные методы работы с семьями больных шизофренией в сочетании с медикаментозным лечением обладают достаточно высокой эффективностью в предотвращении рецидивов заболевания. Помимо этого, они позитивно влияют на ряд других показателей. Коррекционные и реабилитационные программы для семей должны ориентироваться как на снижение количества госпитализаций, так и на нужды родственников пациентов. Такие программы могут включать в себя образовательные занятия, тренинги общения и разрешения задач. Помимо выработки навыков эффективного взаимодействия и снижения эмоционального напряжения между членами семьи, много внимания должно уделяться установлению четких границ в семье и негативным чувствам, сопровождающим родственников в принятии факта наличия психического заболевания у пациента.

Литература

1. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Эмпирические психологические исследования семейных факторов психических расстройств // Терапия психических расстройств. М.: Академия, 2007; 3: 33–42.
2. American Psychiatric Association. Guidelines for Treatment of Schizophrenia. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2004.
3. Anderson C.M., Gerard E., Hogarty G.E., Reiss D.J. Family treatment of

adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach // *Schizophr Bull.* 1980; 6: 490–505.

4. Barrowclough C., Hooley J.M. Attributions and expressed emotion: a review // *Clin. Psychol. Rev.* 2003; 23: 6: 849–880.

5. Bauml J., Frobose T., Kraemer S., Rentrop M., Pitschel-Walz G. Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families // *Schizophr Bull.* 2006; 32: 1: 1–9.

6. Bebbington P., Kuipers L. The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: An aggregate analysis // *Psychological Medicine.* 1994; 24: 707–717.

7. Brewin C.R., MacCarthy B., Duda K., Vaughn C.E. Attribution and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia // *Journal of Abnormal Psychology.* 1991; 100: 4: 546–554.

8. Brewin C.R. Changes in attribution and expressed emotion among the relatives of patients with schizophrenia // *Psychol med.* 1994; 24: 4: 905–911.

9. Brown G.W., Carstairs G.M., Topping G. Post-hospital adjustment of chronic mental patients // *The Lancet.* 1958; 2: 7048: 685–688.

10. Brown G.W., Monck E.M., Carstairs G.M., Wing J.K. Influence of family life on the course of schizophrenic illness // *Brit. J. Prev. Soc. Med.* 1962; 16: 55–68.

11. Brown G.W., Rutter M. The measurement of family activities and relationships: methodological study // *Human Relations.* 1966; 19: 241–263.

12. Brown G.W., Birley J.L.T., Wing J.K. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication // *Br. J. Psychiatry.* 1972; 21: 241–258.

13. Butzlaff A.M., Hooley J.M. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis // *Archives of General Psychiatry.* 1998; 55: 547–552.

14. DGPPN. S-3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Darmstadt, Germany: Steinkopff; 2006.

15. Dixon L., Lehman A. Family Interventions for Schizophrenia // *Schizophr Bull.* 1995; 21: 4: 631–643.

16. Dixon L., Adams C., Lucksted A. Update on Family Psychoeducation for Schizophrenia // *Schizophr Bull.* 2000; 26: 1: 5–20.

17. Doane J.A., West K.L., Goldstein M.J., Rodnick E.H., Jones J.E. Parental communication deviance and affective style: Predictors of subsequent schizophrenia spectrum disorder in vulnerable adolescents // *Arch Gen Psychiatry.* 1981; 38: 679–685.

18. Doane J.A., Falloon I.R.H., Goldstein M.J., Mintz J. Parental affective style and the treatment of schizophrenia: predicting course of illness and social functioning // *Arch Gen Psychiatry.* 1985; 42: 34–42.

19. Falloon I.R.H., Boyd J.L., McGill C.W., Ranzani J., Moss H.B., Gilderman A.M. Family management in the prevention of exacerbation of schizophrenia: A controlled study // *New England Journal of Medicine.* 1982; 306: 1437–1440.

20. Falloon I., Boyd J., McGill C. Family care of schizophrenia. New York: Guilford Press, 1984

21. Falloon I., Boyd J., McGill C., Williamson M., Razani J., Moss H., Gilderman A., Simson G. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: Clinical outcome of a two year longitudinal study // *Archives of General Psychiatry.* 1985; 42: 887–896.

22. Falloon I.R.H., Pederson J. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: The adjustment of the family unit // *British Journal of Psychiatry.* 1985; 147: 156–163.

23. Goldstein M.J., Rodnick E.H., Evans J.R., May P.R., Steinberg M.R. Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics // *Archives of General Psychiatry.* 1978; 35: 1169–1177.

24. Goldstein M.J., Strachan A.M. Impact of family intervention program on family communication and the short-term course of schizophrenia // *Treatment of schizophrenia: Family assessment and intervention* / Goldstein M.J., Hand I., Hahlweg K. (eds.) // Berlin Heidelberg: Springer, 1986; 185–192.

25. Hahlweg K.H., Goldstein M.J., Nuechterlein K.H., Magana A.B., Mintz J., Doane J.A., Mikowitz D.J., Snyder K.S. Expressed emotion and patient-relative interaction in families of recent-onset schizophrenics // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1989; 57: 11–18.

26. Hahlweg K., Wiedemann G. Principles and results of family therapy in schizophrenia // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.* 1999; 249: 4: 108–115.

27. Hogarty G.E., Anderson C.M., Reiss D.J., Kornblith S.J., Greenwald D.P., Javane C.D., Madonia M.J. and the Environmental/Personal Indicators in the Course of Schizophrenia Research Group. Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizo-

phrenia: I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion // *Archives of General Psychiatry.* 1986; 43: 633–642.

28. Hogarty G.E., Anderson C.M., Reiss D.J., Kornblith S.J., Greenwald D.P., Ulrich R.F., Carter M. 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 // *Archives of General Psychiatry.* 1991; 48: 340–347.

29. Kavanagh D.J. Recent developments in Expressed Emotion and schizophrenia // *Br. J. Psychiatry.* 1992; 160: 601–620.

30. Leff J., Kuipers L., Berkowitz R., Eberlein-Vries R., Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry.* 1982; 141: 121–134.

31. Leff J., Kuipers L., Berkowitz R., Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: Two year followup // *British Journal of Psychiatry.* 1985; 146: 594–600.

32. Leff J. Achieving emotional separation between high EE relatives and schizophrenic patients // *Psychotherapy of Schizophrenia: Facilitating and Obstructive Factors* / Werbart A., Cullberg J. (Eds.). Oslo: Scandinavian University Press. 1992; 212–224.

33. McFarlane W.R., Lukens E., Link B., Dushay R., Deakins S.A., Newmark M., Dunne E.J., Horen B., Toran J. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia // *Archives of General Psychiatry.* 1995; 52: 679–687.

34. McNab C., Haslam N., Burnett P. Expressed emotion, attributions, utility beliefs, and distress in parents of young people with first episode psychosis // *Psychiatry Research.* 2007; 151: 1–2 97–106.

35. National Institute for Clinical Excellence: Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. London, 2002.

36. Parker G., Hadzi-Pavlovic D. Expressed emotion as a predictor of schizophrenic relapse: an analysis of aggregated data // *Psychol. Med.* 1990; 20: 4: 961–965.

37. Patterson P., Birchwood M., Cochrane R. Expressed emotion as an adaptation to loss: Prospective study in first-episode psychosis // *Br J Psychiatry.* 2005; 187: Suppl48: 59–64.

38. Pfammatter M., Junghan U.M., Brenner H.D. Efficacy of Psychological Therapy in Schizophrenia: Conclusions From Meta-analyses // *Schizophr Bull.* 2006; 32: 1: 64–80.

39. Pharoah F., Mari J., Rathbone J., Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2006. Issue 4.

40. Pitschel-Walz G., Leucht S., Bauml J., Kissling W., Engel R.R. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia—a meta-analysis // *Schizophr Bull.* 2001; 27: 73–92.

41. Raune D., Kuipers E., Bebbington P.E. Expressed emotion at first-episode psychosis: investigating a carer appraisal model // *Br J Psychiatry.* 2004. Vol. 184. P. 321–326.

42. Roncone R., Mazza M., Ussorio D., Pollice R., Falloon I.R.H., Morosini P., Casaccia M.. The Questionnaire of Family Functioning: A Preliminary Validation of a Standardized Instrument to Evaluate Psychoeducational Family Treatments // *Community Mental Health Journal.* 2007; 43: 6: 591–607.

43. Rummel C., Pitschel-Walz G., Bauml J., Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia—results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria and Switzerland // *Schizophr Bull.* 2006; 32: 765–775.

44. Scazufca M., Kuipers E. Stability of expressed emotion in relatives of those with schizophrenia and its relationship with burden of care and perception of patients' social functioning // *Psychological Medicine.* 1998; 28: 453–461.

45. Strachan A.M., Goldstein M.J., Mikowitz D.J. Do relatives express expressed emotion? // *Treatment of schizophrenia: Family assessment and intervention* / Goldstein M.J., Hand I., Hahlweg K. (eds.). Berlin Heidelberg: Springer, 1986; 51–58

46. Weisman A.G., Nuechterlein K.H., Goldstein M.J., Snyder K.S. Expressed emotion, attributions, and schizophrenia symptom dimensions // *J Abnorm Psychol.* 1998; 107: 2: 355–359.

47. Woo S.M., Goldstein M.J., Nuechterlein K.H. Relatives' affective style and the expression of subclinical psychopathology in patients with schizophrenia // *Family process.* 2004; 43: 2: 233–247.

48. Vaughn C. E., Leff J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients // *British Journal of Social and Clinical Psychology.* 1976; 15: 157–165.