

На правах рукописи

МЕДВЕДЕВ

Сергей Эрнстович

**ОСОБЕННОСТИ
АНАЛИТИКО-СИСТЕМНОЙ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ
И ДИНАМИКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ,
АДАПТАЦИОННЫХ И СЕМЕЙНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Специальность 14.00.18 – психиатрия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург

2009

Работа выполнена в ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Эйдемиллер Эдмонд Георгиевич

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Егоров Алексей Юрьевич,
доктор медицинских наук
Макаров Игорь Владимирович

Ведущая организация: ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия Росздрава».

Защита состоится «__» октября 2009 года в 13 часов на заседании диссертационного совета (Д 208.093.01) по защите докторских диссертаций при ГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Института им. В. М. Бехтерева, ул. Бехтерева д. 3.

Автореферат разослан «__» сентября 2009 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор

Чехлатый Евгений Иванович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Современный уровень развития психиатрии предоставляет все большему количеству больных шизофренией возможность возвращения на прежний уровень социального функционирования. Это актуализирует проблему усовершенствования методов внебольничной помощи психически больным пациентам (Цыганков Б. Д., Вильянов В. Б., 2005). Взаимоотношения членов семьи больного способны не только выступать в роли источника психотравмирующих влияний, но и становиться мощным лечебно-профилактическим фактором (Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М., 2005; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 2008).

Наличие или отсутствие рецидива психического заболевания во многом зависит от особенностей реакции семейного окружения, характера системного взаимодействия и эмоциональной коммуникации в семье больного, а также от организации социальной поддержки (Leff J. P., Berkowitz R., Shavit N., 1989; Merlinger L. B., 2000; Tennakoon L., 2000; Pharoah F. M. et al., 2004).

В настоящее время исследование возможностей семейной психотерапии в реабилитации больных шизофренией переживает новый этап, что получает отражение в исследованиях отечественных (Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторжакова Я. А., 2004; Коцюбинский А. П. и др., 2004; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990, 2008; Вид В. Д., 2008) и зарубежных (Merlinger L. B., 2000; Pharoah F. M. et al., 2004; Arai S., 2007; Glynn S. M., 2007; Sellwood W., 2007; Bressi C. et al., 2008; Kane J. M., 2008) авторов.

Аналитико-системная модель семейной психотерапии Э. Г. Эйдемиллера и Н. В. Александровой (2002), основанная на синтезе парадигм психоанализа, системного и нарративного подходов, позволяет создавать целостное описание семьи с учетом индивидуальной психодинамики каждого участника психотерапевтического процесса.

Изучение влияния психотерапии на адаптацию больных шизофренией может способствовать оптимизации бригадного сотрудничества психиатров

и психотерапевтов в ведении этой категории пациентов, повышая комплаентность к проводимой психофармакотерапии.

С учетом данных отечественных (Вукс А. Я. и др., 1984; Цыганков Б. Д., Вильянов В. Б., 2005) и зарубежных (Hafner H., 1998 и др.) авторов о гендерных особенностях социализации больных шизофренией, исследование проводилось среди пациентов одного пола.

Изучаемые явления. Особенности аналитико-системной семейной психотерапии и динамика психопатологических, адаптационных и семейных показателей у больных параноидной шизофренией мужчин на этапе становления ремиссии.

Цель исследования. Определить особенности аналитико-системной семейной психотерапии у больных параноидной шизофренией мужчин и динамики психопатологических, адаптационных и семейных показателей в сопоставлении с количественными и качественными показателями психотерапевтического процесса.

Для достижения цели предполагается решить следующие **задачи**:

1. Исследовать особенности аналитико-системной семейной психотерапии у больных параноидной шизофренией мужчин на этапе становления ремиссии.

2. Проследить динамику психопатологических показателей у больных параноидной шизофренией мужчин в процессе аналитико-системной семейной психотерапии.

3. Определить динамику адаптационных и семейных показателей у больных параноидной шизофренией мужчин в процессе аналитико-системной семейной психотерапии.

4. Сопоставить динамику исследуемых психопатологических, адаптационных и семейных показателей в процессе аналитико-системной семейной психотерапии с аналогичными показателями в семьях больных параноидной шизофренией мужчин, не получающих семейную психотерапию, при адекватной психофармакотерапии и рациональной психотерапии.

5. Проследить соотношение значимых событий семейной истории, сопоставив их с динамикой психического состояния больных параноидной шизофренией.

6. Разработать обоснованные практические рекомендации по включению аналитико-системной семейной психотерапии в систему реабилитации мужчин больных шизофренией.

Научная новизна. Получены новые данные, уточняющие специфические аспекты аналитико-системной семейной психотерапии у больных параноидной шизофренией мужчин на этапе становления ремиссии относительно:

— особенностей продолжительности и соотношения этапов психотерапевтического процесса;

— динамики психопатологических, адаптационных и семейных показателей в процессе проведения аналитико-системной семейной психотерапии в сопоставлении с количественными и качественными показателями психотерапевтического процесса;

— особенностей бригадного взаимодействия помогающих специалистов.

Впервые предпринято сопоставительное исследование динамики психопатологических, адаптационных и семейных показателей у больных параноидной шизофренией при аналитико-системной семейной психотерапии с аналогичными показателями пациентов, не получавших семейной психотерапии.

Впервые изучены особенности семейных историй больных параноидной шизофренией, вертикальных (трансгенерационных) и горизонтальных стрессоров, способствующих манифестации психического заболевания, при наличии генетически обусловленного предрасположения.

Впервые показана эффективность аналитико-системной семейной психотерапии при параноидной шизофрении и разработаны практические рекомендации по применению данной психотерапевтической модели в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий.

Теоретическая и практическая значимость. Результаты исследования расширяют теоретические представления об эффективности и возможностях применения аналитико-системной семейной психотерапии в работе с семьями больных параноидной шизофренией мужчин и могут быть использованы:

— в научном процессе для дальнейшего изучения возможностей применения аналитико-системной семейной психотерапии в медико-социальной реабилитации больных параноидной шизофренией;

— в образовательном процессе для подготовки психотерапевтов, клинических психологов и социальных работников, взаимодействующих с психически больными пациентами;

— в лечебном процессе для организации практической работы с семьями больных параноидной шизофренией;

— в реабилитационном процессе для оптимизации бригадного взаимодействия специалистов помогающих профессий в работе с семьями больных параноидной шизофренией;

— для повышения уровня социальной компетенции исследуемой категории больных и увеличения социально-экономической эффективности самих пациентов и членов их семей за счет избирания ими более адаптивных форм социального взаимодействия.

Положения выносимые на защиту:

1. Аналитико-системная семейная психотерапия у больных параноидной шизофренией на этапе становления ремиссии имеет особенности продолжительности, соотношения этапов психотерапевтического процесса и бригадного взаимодействия помогающих специалистов.

2. Аналитико-системная семейная психотерапия способствует положительной динамике психического состояния больных параноидной шизофренией за счет редукции психопатологических симптомов, возникших вследствие реакции на стресс, связанный с осознанием болезни и необходимостью

реадаптации к нахождению «идентифицированного» пациента (носителя симптома семейной дисфункции) вне стационара.

3. Аналитико-системная семейная психотерапия оптимизирует показатели функционирования семей у больных параноидной шизофренией.

4. Оптимизация функционирования семейной системы способствует избранию членами семьи более конструктивных механизмов адаптации и повышению уровня социальной компетенции больных параноидной шизофренией.

5. Дисфункциональные паттерны взаимоотношений в семьях больных параноидной шизофренией передаются по механизмам патологизирующего семейного наследования с постепенным нарастанием их выраженности в последующих поколениях.

6. Целесообразно применение аналитико-системной семейной психотерапии в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий у больных параноидной шизофренией.

Теоретико-методологические основания. Исследование особенностей аналитико-системной семейной психотерапии, динамики психопатологических, адаптационных и семейных показателей в процессе ее проведения у больных параноидной шизофренией выполнено в рамках интегративной биопсихосоциальной модели, концепции патологизирующего семейного наследования, психодинамического, системного и нарративного подходов.

Апробация работы. Основные положения диссертации обсуждены и одобрены на заседании Проблемной комиссии «Психиатрия» Института им. В. М. Бехтерева (2009), доложены на международном конгрессе Профессиональной психотерапевтической лиги «Психотерапия, консультирование, коучинг. Традиции и современность» (Москва, 2006), международной конференции «Возможности системного подхода в эпоху насилия и террора» (Москва, 2006), юбилейной научной сессии «Психоневрология в современном мире» (Санкт-Петербург, 2007), третьей международной научной конференции «Психологические проблемы современной семьи» (Москва, 2007), пер-

вом съезде психотерапевтов и консультантов Северо-Западного региона «Стратегии развития отечественной психотерапии и консультирования» (Санкт-Петербург, 2007), всероссийской научно-практической конференции «Интегративные исследования в медицине» (г. Саратов, 2009).

В настоящее время результаты работы применяются в организации бригадного взаимодействия психиатров и психотерапевтов при оказании помощи семьям больных параноидной шизофренией Клиники психиатрии Саратовского государственного медицинского университета, Саратовской областной психиатрической больницы Святой Софии и Саратовского городского психоневрологического диспансера.

Объем и структура работы. Диссертация изложена на 185 страницах и состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, указателя литературы (162 наименование, из них 83 зарубежных) и пяти приложений. Во введении обосновывается актуальность исследования, сформулированы его цель и задачи, показана научная новизна и практическая значимость полученных результатов. В первой главе представлен обзор литературы по изучаемой проблеме. Во второй главе дана общая характеристика материала и методов исследования. Третья глава посвящена описанию исходного уровня психопатологических, адаптационных, семейных показателей и особенностей аналитико-системной семейной психотерапии у больных параноидной шизофренией. В четвертой главе проводится сопоставительный анализ динамики психопатологических, адаптационных и семейных показателей сравниваемых групп. В заключении и выводах обобщены результаты исследования. Работа содержит 33 таблицы, 15 графиков и описание трех клинических наблюдений.

ОБЩЕЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Характеристика клинического материала. Согласно поставленным задачам, проведено проспективное, сравнительное, рандомизированное, па-

раллельное исследование. Участие в исследовании предлагалось каждому третьему направленному (обратившемуся) на психотерапию пациенту при его соответствии заранее определенным критериям включения.

Критерии включения больных в исследование:

- установленный диагноз и соответствие клинических проявлений параноидной шизофрении критериям рубрики F20.0 (МКБ-10);
- мужской пол;
- этап становления ремиссии заболевания (согласно критериям Давосской зимней сессии семинара по проблемам шизофрении 2006 г.);
- возраст больного на момент обследования от 18 до 30 лет;
- информированное согласие пациента и члена семьи, преимущественно осуществляющего заботу о пациенте (референтного родственника) на участие в исследовании.

Критерии исключения больных из исследования:

- признаки тяжелой соматической патологии;
- хронический алкоголизм и/или нарко-, токсикомания;
- органическое поражение ЦНС, осложняющее течение шизофрении и приводящее к социальной дисфункции.

Было отобрано 69 семей, восемь (11,6%) из которых составили группу нонреспондеров отказавшись от дальнейшего участия в исследовании в течение первых трех встреч (необходимых для построения семейной генограммы). В окончательный анализ была включена 61 семья (178 человек), распределенная в две группы с использованием последовательности случайных чисел программы Statistica 6.0.

В основную группу вошла 31 семья с больным параноидной шизофренией. С семьями основной группы проводилась психотерапевтическая работа в формате аналитико-системной семейной психотерапии на фоне адекватной психофармакотерапии. Группа сравнения была представлена 30 семьями

больных параноидной шизофренией, получавших адекватную психофармакотерапию и рациональную психотерапию.

Средний возраст пациента на момент включения в исследование составил $23,98 \pm 0,55$ лет. Образовательный уровень пациентов (общее число лет, затраченных на получение образования в школе, средних специальных и высших учебных заведениях) составил $13,12 \pm 1,18$ года, средняя продолжительность болезни – $2,57 \pm 0,83$ года. Степень прогрессивности шизофренического процесса у всех пациентов диагностировалась как умеренная и малая.

Семейное положение. Все пациенты основной и сравнительной групп проживают вместе с родителями. Большинство из них, 59 (97%), в браке никогда не состояли, пять пациентов (8%) имели опыт сожительства.

В исследование включались пациенты, получавшие рисполепт (до 6 мг в сутки), а после выписки – рисполепт конста (каждые 14 дней в дозировке 37,5 мг). Из сопутствующей психофармакотерапии допускалось назначение транквилизаторов.

Больные отбирались для исследования лично нами, при этом учитывалось мнение лечащих врачей, проводился анализ клинических историй болезни и амбулаторных карт. Анамнез и психический статус больных на момент начала психотерапии и в ее процессе также исследовался нами лично.

Описанная выборка сформирована из пациентов Клиники психиатрии Саратовского государственного медицинского университета и Саратовского городского психоневрологического диспансера в 2006–2008 гг.

Методы исследования. В соответствии с целями и задачами исследования, в работе были применены методы трех основных блоков.

1. Исследование *индивидуальных* психопатологических и социальных характеристик пациентов.

Клинико-психопатологический метод – верификация диагноза по критериям МКБ-10 – включал в себя сбор анамнеза и определение психического статуса. Для стандартизированной оценки различных векторов психопатологи-

ческой симптоматики шизофрении, определяющих ее клинический профиль, и прослеживания динамики состояния, в процессе исследования была использована **Шкала позитивных и негативных синдромов** (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS Kay S. R., Fiszbein A., Opler L. A., 1987).

Клинико-катамнестический метод. Исследование катамнеза 12 месяцев, включая период психотерапевтической работы.

Социометрический метод. **Шкала измерения социальной компетентности Долла** (Doll E.A., 1953) модифицированная – ШИСКДМ (Гордеев В. И., Александрович Ю. С., 2001), для оценки «социального возраста» (SA) идентифицированного пациента и последующего вычисления социального коэффициента (SQ), выражающего соотношение (SA) с хронологическим возрастом (CA) пациента, вычисляемого по формуле $SQ=SA/CA \times 100$. Оценка проводилась преимущественно экспертным методом. В роли эксперта – референтный родственник, чаще всего мать пациента.

2. Исследование структуры адаптационных механизмов членов семьи и микросоциальных параметров семейной системы.

Психологический метод.

— Методика «**Индекс жизненного стиля**» Kellerman–Plutchik (1999) – позволяла оценить динамику показателей психологической защиты (ПЗ) и Степени Напряженности Защиты (СНЗ) – суммы шкальных оценок, отражающей общий уровень защиты «Я». (Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б., 2005).

— **Опросник способов совладания** (Ways of Coping Questionnaire, Lazarus R., Folkman S., 1988) использовался для исследования динамики профилей стратегий совладания со стрессом.

— Опросник «**Шкала семейного окружения**» (ШСО) – для оценки микросоциального климата в исследуемых семьях (Family Environment Scale

(FES) R.H.Moos (1974). Исследовались показатели: отношений между членами семьи, личностного роста и управления семейной системой.

— Методика «**Семейной генограммы**» – для диагностики взаимоотношений между членами семьи и изучения семейных историй (Боуэн М., 1978).

3. Исследование психотерапевтического процесса.

— метод **включенного наблюдения во время психотерапии**;

— **анализ применяемых техник** и соотношения аккомодационных и реконструктивных вмешательств по материалу аудио- и видеозаписей;

— **анализ стенограмм сессий**, составленных в процессе живой супервизии;

— разработанное нами **оригинальное полуструктурированное интервью**, для изучения субъективных впечатлений членов семей и идентифицированных пациентов о наличии изменений, субъективно значимых моментах в психотерапии и межличностного взаимодействия с психотерапевтом;

— методика «**Семейной генограммы**» в модификации **К. Хааланд и Э. Г. Эйдемиллера** (2002), представляющая собой использование условных обозначений классической методики в виде проективного схематического изображения участниками психотерапии взаимного расположения и степени близости взаимоотношений членов семьи.

Эти изображения отражают субъективные представления каждого члена семьи об иерархической структуре, эмоциональной дистанции в отношениях и составе семейной системы.

Статистический анализ включал в себя описание данных с вычислением процентов, средних величин ($M \pm m$), проверку однородности начального состояния выборки, сравнение средних значений при первом и последующих измерениях (по критерию t Стьюдента), а также корреляционный анализ (по критериям r Пирсона и r_s Спирмена). Обработка полученных данных проводилась с использованием пакетов программ Statistica 6.0 и Microsoft Office Excel 2007.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Семьи основной и сравнительной групп в начале исследования продемонстрировали сопоставимый уровень изучаемых показателей.

У идентифицированных пациентов к моменту включения в исследование параноидная симптоматика уступала место аффективным, невротическим и дефицитарным психопатологическим расстройствам.

В семьях изучаемой выборки обнаруживался психологический симбиоз в отношениях диады идентифицированный пациент – референтный родственник. Реализация индивидуальных психологических задач возрастного периода каждого члена семьи была затруднена. Тревога нарастала в связи с актуализацией тенденции развития системы и потребностью взрослеющего ребенка в психологической сепарации при закрытости внешних семейных границ.

Психотерапевтическая работа. В среднем с каждой семьей основной группы в течение $6,8 \pm 0,43$ месяцев со средней частотой $2,7 \pm 0,12$ в месяц было проведено $19 \pm 1,79$ психотерапевтических сессий. Количественные показатели позволяют определить проведенную психотерапию как сверхкраткосрочную, поскольку краткосрочный формат при шизофрении, по данным В.Д. Вида (2008), составляет не менее 40 сессий с длительностью курса не менее одного года.

Этапы психотерапевтического процесса

1. Объединение психотерапевта с семьей.

Были использованы *техники аккомодации* (поддержки) в виде свободного расположения членов семьи, присоединения к дыханию и просодическим характеристикам речи, а также вербально предоставляемой обратной связи, с акцентом на позитивных и ресурсных аспектах предъявляемой структуры семейных ролей.

Продолжительность присоединения к «ригидной псевдосолидарной» семейной системе больного шизофренией (Эйдемиллер Э.Г., 1976) почти

второе превосходила аналогичный показатель при работе с семьями больных «пограничными» нервно-психическими расстройствами, обычно составляющий не более 10% (Эйдемиллер Э.Г., 1994).

В табл. 1 приведены количественные показатели и соотношение начального периода с общей продолжительностью работы с семьей.

Таблица 1

Количественные показатели психотерапевтического процесса
и удельный вес начального периода работы с семьей

Инициатор обращения к психотерапевту	Количество семей основной группы (n=31)		Продолжительность начального этапа психотерапии (в месяцах)		Продолжительность всего курса психотерапии (в месяцах)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Лечащий врач-психиатр	17	54,8	2,52±0,56	33,6	7,51±0,29	100
Референтный родственник	10	32,3	1,21±0,67	20,5	5,91±0,35	100
Идентифицированный пациент	4	12,9	2,33±0,82	35,1	6,63±0,91	100
ВСЕГО	31	100	2,02±0,44	29,7	6,8±0,43	100

2. Психотерапевтический запрос переводился с манипулятивного уровня (X) на уровень родительского (Y) и супружеского (Z) функционирования (Эйдемиллер Э.Г., 1996, 2002, 2008). Все более зрелый и конструктивный запрос приближал семью к выстраиванию перспективы позитивного будущего на протяжении всего периода психотерапевтической работы.

3. Реконструкция семейных отношений.

Простраивание психологических границ способствовало повышению эффективности родительской подсистемы.

Психодраматизация способствовала понижению эмоционального «градуса» семейного взаимодействия, изучению психотерапевтом взаимодействия участников процесса и лучшему взаимопониманию членов семьи.

Нарративная «экстернализация» (изменение отношений с проблемой через ее «отделение» от пациента) (Фридман Дж., 2001) способствовала выстраиванию индивидуальных и семейных ресурсных историй.

Положительное переформулирование способствовало восприятию семьей обратной связи, в том числе и по поводу тех проявлений, которые можно отнести к «expressed emotion(s)» (ЕЕ) (Попов Ю.В., Вид В.Д. 1999; Коцюбинский А.П. и др., 2004; Hatfield A.B., 1987; Miklowitz D.J., 1995), что устраняло их «патогенное» влияние, снижая агрессию в отношениях и чувство вины.

Парадоксальное предписание по материалу кругового опроса (*циркулярного интервью*) логически вытекало из положительного переформулирования симптомов.

Инвариантная интервенция М. Сельвини-Палаццолли (1988) использовалась в виде *адаптированной нами модификации*, не предполагающей обязательного сотрудничества родителей идентифицированного пациента. Опыт выполнения предписания обсуждался в позитивном аспекте, без критических замечаний со стороны психотерапевта, но с анализом трудностей, возникающих при выполнении задания. Таким образом удавалось использовать привычный для референтного родственника способ получения им эмоциональной поддержки от врача.

Сотрудничество помогающих специалистов. Взаимодействие с семейной системой психически больного пациента побуждало помогающих специалистов (психиатра, психолога, социального работника) к занятию конкурентных позиций, затрудняя их сотрудничество и снижая эффективность реабилитационных мероприятий.

Использовались следующие *форматы организации взаимодействия помогающих специалистов*: супервизия – «живая» и заочная (представление супервизору письменных отчетов и стенограмм психотерапевтических сессий) – в 11 (18%) случаях; ко-терапия – проведение некоторых семейных сессий с участием ко-терапевта – в шести (9,8%) случаях; клинический разбор случаев с участием психиатров, психотерапевтов и клинических психологов – в восьми (13%) случаях.

Полученные данные свидетельствуют о повышении эффективности реабилитационных мероприятий при организации сотрудничества помогающих специалистов (табл. 2).

Таблица 2

Взаимодействие помогающих специалистов
и количество регоспитализаций в течение 12 месяцев наблюдения

Взаимодействие помогающих специалистов	Количество регоспитализаций в течение 12 месяцев			
	Основная группа (n=31)		Группа сравнения (n=30)	
	Абс.	%	Абс.	%
Сотрудничество психиатра и психотерапевта	1	3,2	4	13,3
Отсутствие контакта между специалистами	5	16	8	26,6
ВСЕГО	6	19,2	12	40

4. Завершение психотерапии и отсоединение.

Психотерапия завершалась по достижении поставленных целей, с учетом возможного развития запроса в процессе психотерапевтической работы, чаще всего по инициативе членов семьи.

Соотношение *аккомодирующих и реконструктивных воздействий* изучалось по материалам аудио- и видеозаписей 277 (47%) и стенограммам сессий 58 (9,8%), составленных в процессе «живой» супервизии.

Постепенное увеличение доли техник реконструкции способствовало осознанному предпочтению индивидуальных и семейных стратегий адаптации к особенностям переживаемого этапа жизненного цикла семьи (рис. 1).

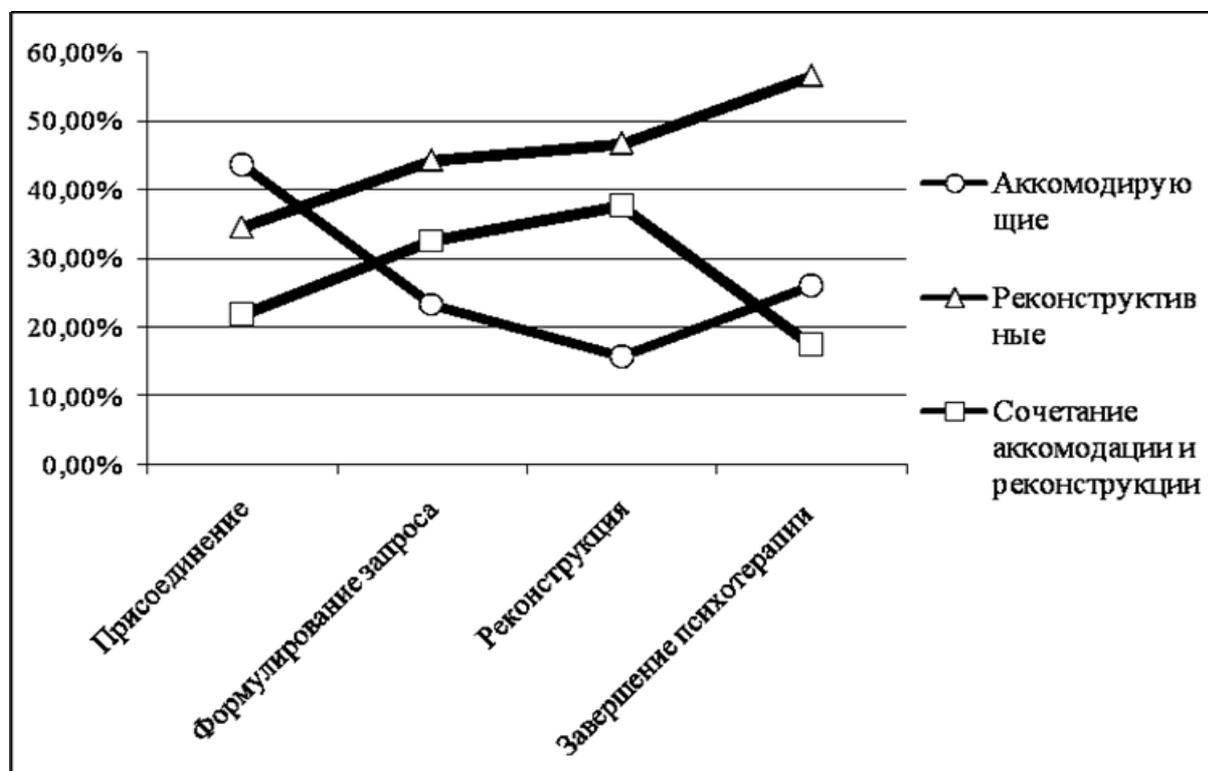


Рис. 1. Аккомодирующие и реконструктивные воздействия в психотерапии.

Динамика изучаемых показателей. В основной группе повысились семейные показатели личностного роста, такие как Независимость ($t=2,7$; $p<0,01$) и Интеллектуально-культурная ориентация ($t=6,31$; $p<0,0001$). Идентифицированные пациенты стали чаще избирать копинг-стратегии, ориентированные на Самоконтроль ($t=4,5$; $p<0,00001$), Планирование ($t=7,08$; $p=0,00$) и Положительную переоценку ($t=4,29$; $p<0,0001$), а референтные родственники – Самоконтроль ($t=2,83$; $p<0,008$) и Положительную переоценку ($t=3,33$; $p<0,002$). При этом снизилась Степень Напряженности Защиты (СНЗ) у идентифицированных пациентов ($t=-3,29$; $p<0,002$), при отсутствии статистически значимых изменений этого показателя у референтных родственников.

В группе *сравнения* снизился уровень семейных показателей определяющих уважение семьи к нравственным и этическим нормам, ясности и определенности семейных правил – Ориентация на активный отдых ($t=-2,52$; $p<0,002$) и Морально-нравственные аспекты ($t=-2,80$; $p<0,008$); управление семейной системой – Организация ($t=-2,64$; $p<0,01$); личностный рост членов семьи – Независимость ($t=-2,64$; $p<0,01$).

Пациенты этой группы повысили долю копинг-стратегий Избегания ($t=4,95$; $p<0,00002$) и Конфронтации ($t=2,31$; $p<0,02$), а референтные родственники показали снижение по всем копингам, кроме конфронтационного. Степень Напряженности Защиты (СНЗ) статистически значимо снизилась ($t=-3,86$; $p<0,0007$) только у референтных родственников.

Таким образом, семьи *основной* группы ориентировались на предоставление возможностей личностного роста их членов с ориентацией на их собственные ресурсы, что сопровождалось повышением уровня социальной компетенции идентифицированных пациентов на 31,69% ($t=7,10$; $p=0,00$).

В группе *сравнения* семьи «адаптировались», плотнее закрывая внешние границы, с все меньшим учетом общественных норм, избегая планирования и четкого определения правил и внутренних границ, что приводило к фиксации пациента в позиции «больного ребенка», со снижением его «социального коэффициента» на 12,22% ($t=-5,01$; $p<0,00002$).

Стабильность положительной динамики психического состояния пациентов основной группы отразилась в статистически значимом ($p<0,05$) снижении психопатологических показателей всех подшкал PANSS в течение 12 месяцев наблюдения. Подвергшиеся редукции психопатологические расстройства проявлялись в преддверии предстоящей выписки из стационара, в их содержании отражались трудности реадaptации, а протраивание позитивного будущего приводило к редукции и устранению упомянутых переживаний.

Продолжительность периода психотерапевтической работы с семьей статистически значимо ($p<0,05$) коррелировала (r) со снижением показателей

подшкалы (G) общих психопатологических симптомов PANSS, улучшением показателей (ШСО) управления семейной системой, личностного роста членов семьи и повышением социальной компетенции (SQ) идентифицированных пациентов. Количество и частота психотерапевтических сессий способствовали снижению уровня психопатологической симптоматики практически по всем подшкалам PANSS (табл. 3).

Таблица 3

Корреляция количественных показателей психотерапии
и показателей шкалы PANSS

Показатель шкалы PANSS	Средняя продолжительность курса в месяцах (6,8±0,43)	Среднее количество встреч (19±1,79)	Средняя частота встреч в месяц (2,7±0,12)
Подшкала позитивных психопатологических синдромов (P)	-0,19	-0,33	-0,51*
Подшкала негативных психопатологических синдромов (N)	-0,18	-0,52*	-0,93*
Подшкала общих психопатологических синдромов (G)	-0,44*	-0,60*	-0,69*
Суммарный уровень психопатологических синдромов (T)	-0,35	-0,55*	-0,74*

* – корреляции (r) статистически значимы на уровне $p \leq 0,05$.

Данные корреляционного анализа по критерию r_s Спирмена подтвердили статистическую значимость полученных результатов.

Приведенные результаты подтверждают эффективность применения аналитико-системной семейной психотерапии в реабилитации больных параноидной шизофренией мужчин на этапе становления ремиссии.

ВЫВОДЫ

1. Выявлены следующие особенности аналитико-системной семейной психотерапии мужчин больных параноидной шизофренией:

— данная психотерапевтическая модель позволяет работать в сверхкраткосрочном формате, вдвое уменьшая общее количество сессий, проводимых с семьей больного шизофренией (до $19 \pm 1,79$ вместо 40);

— сопротивление «ригидной псевдосолидарной» семейной системы больного шизофренией требует значительного (до 29,7%) увеличения удельного веса начального этапа психотерапии по сравнению с семьями больных «пограничными» нервно-психическими расстройствами (до 10%);

— на этапе психотерапевтического присоединения приоритетным является построение сотрудничества психотерапевта с референтным родственником;

— на оптимизацию функционирования семейной системы и повышение уровня социальной компетенции больных параноидной шизофренией на этапе становления ремиссии статистически значимо ($p \leq 0,05$) влияет продолжительность психотерапевтической работы с семьей;

— снижение уровня психопатологических показателей в наибольшей степени определяется количеством и частотой психотерапевтических сессий;

— сотрудничество помогающих специалистов способствует предотвращению преждевременных регоспитализаций.

2. Применение аналитико-системной семейной психотерапии способствует статистически значимому ($p \leq 0,05$) снижению уровня позитивных, негативных и общих психопатологических симптомов у больных параноидной шизофренией на этапе становления ремиссии.

3. Положительная динамика психического состояния пациентов основной группы обусловлена редукцией психопатологических проявлений, возникших вследствие реакции на стресс, связанный с осознанием болезни и необходимостью социальной реадaptации.

4. Аналитико-системная семейная психотерапия способствует избранию семьями психически больных системных стратегий адаптации, ориентированных на личностный рост, и копинг-стратегий, направленных на саморазвитие и планирование, при снижении напряженности защитных механизмов у идентифицированных пациентов.

5. В семьях больных параноидной шизофренией, не получавших аналитико-системной семейной психотерапии, у идентифицированных пациентов отмечено возрастание, по сравнению с исходным уровнем, стратегий избегания и конфронтации, что связано с закрытостью от социума и сокращением межличностной дистанции внутри семейной системы с делегированием психически больному ответственности за трудности взаимоотношений.

6. Результаты исследования семейных историй больных параноидной шизофренией основной и сравнительной групп показывают, что вертикальные (трансгенерационные) стрессоры преимущественно способствуют манифестации и развитию психического заболевания при наличии генетического предрасположения.

7. Аналитико-системная семейная психотерапия показала свою эффективность в постгоспитальной реабилитации больных параноидной шизофренией и может быть включена в комплекс мероприятий, рекомендуемых этой категории пациентов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Начало работы с семьей больного шизофренией на госпитальном этапе лечения оптимизирует психотерапевтическое присоединение и исследование паттернов взаимодействия пациента и референтного родственника между собой и с внешним окружением.

2. В период подготовки к выписке интервалы между сессиями должны быть непродолжительными (не более семи дней), при сочетании семейных сессий с индивидуальными, преимущественно с референтным родственни-

ком пациента. Увеличение интервала между встречами на этапах реконструкции и завершения психотерапии способствует мобилизации собственных ресурсов системы.

3. Психотерапевт должен проявлять активность, синтонную интенсивности семейного взаимодействия, при сохранении эмоционально нейтральной позиции.

4. Постепенное увеличение доли реконструктивных техник на завершающих этапах психотерапии, помогает семье в прохождении кризиса сепарации, способствуя ее продвижению к осознанному построению реального будущего, индивидуальных и семейных стратегий совладания со стрессом этого этапа ее жизненного цикла.

5. В работе с семьями больных шизофренией необходимо сотрудничество специалистов помогающих профессий (психиатров, психотерапевтов, психологов, социальных работников, врачей-интернистов).

СПИСОК ОСНОВНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Научные статьи в рецензируемых журналах по перечню ВАК РФ

1. Медведев, С. Э. Динамика психопатологических и системных показателей у больных параноидной шизофренией в процессе аналитико-системной семейной психотерапии / С. Э. Медведев // Психическое здоровье. – 2008. – № 6. – С. 52 – 56.

2. Медведев, С. Э. Динамика клинико-психопатологических, адаптационных и системных показателей в семьях больных параноидной шизофренией в процессе аналитико-системной семейной психотерапии / С. Э. Медведев // Медицинская наука и образование Урала. – 2008. – № 6. – С. 119 – 121.

Другие научные публикации

3. Медведев, С. Э. Аналитико-системная семейная психотерапия в работе с семьями больных шизофренией (динамика социальной компетенции идентифицированных пациентов) / С. Э. Медведев // Актуальные вопросы детской психиатрии: материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Саратов, 28–29 сентября 2006 г. – Саратов, 2006. – С. 42 – 48.

4. Medvedev, S. E. Dynamics of Schizophrenic Patients' Social Competence in Analytical-Systemic Family Psychotherapy / S. E. Medvedev // 15-th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry: (materials), St. Petersburg, May, 15–18 2007. – St.Petersburg, 2007. – С. 37 – 38.

5. Медведев, С. Э. Динамика системных процессов и качественных изменений психического состояния больных параноидной шизофренией / С. Э. Медведев // Психологические проблемы современной семьи: материалы третьей Международной научной конференции, Москва, 16–18 октября 2007 г. – М., 2007. – Часть 2. – С. 70 – 74.

6. Медведев, С. Э. Динамика системных процессов, качественных изменений психического состояния и уровня социальной компетенции у больных параноидной шизофренией в процессе аналитико-системной семейной психотерапии / С. Э. Медведев // Психотерапия. – 2008. – № 2 (62). – С. 29 – 33.

7. Медведев, С. Э. Динамика адаптационных показателей в семьях пациентов, страдающих параноидной шизофренией в процессе аналитико-системной семейной психотерапии / С. Э. Медведев // Реализация подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007 – 2011 гг.)»: материалы общероссийской конференции, Москва, 28–30 октября 2008 г. – М.: ИД «Медпрактика-М», 2008. – С. 465 – 466.

8. Медведев, С. Э. Влияние аналитико-системной семейной психотерапии на структуру системной адаптации семей больных параноидной шизофренией в контексте проблемы отклоняющегося поведения /

С. Э. Медведев // Девиантное поведение: проблемы профилактики, диагностики и коррекции: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Саратов, 28–29 ноября 2008 г. / под науч. ред. Н.А. Польской. – Саратов: ИЦ «Наука», 2008.– С. 337 – 341.

9. Медведев, С. Э. Сопоставление динамики адаптационных показателей с субъективными впечатлениями пациентов и их родственников в процессе аналитико-системной семейной психотерапии при параноидной шизофрении / С. Э. Медведев // Интегративные исследования в медицине: сб. статей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Саратов, 26–27 марта 2009 г. – Саратов: Издательство Саратовского медицинского университета, 2009. – С. 165 – 170.

Список использованных сокращений

ПЗ – психологическая защита

СА (chronicle age) – хронологический возраст

SA (social age) – социальный возраст

SQ (social quotient) – социальный коэффициент

M – среднее значение признака

m – стандартная ошибка среднего

n – объем анализируемой подгруппы

p – достигнутый уровень статистической значимости