

ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СОСТОЯНИЕ РОДИТЕЛЕЙ ПОДРОСТКОВ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ТРЕНИНГЕ РОДИТЕЛЬСКОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ

Л.В. Мальцева

Тюменский государственный университет. Кафедра клинической и юридической психологии. г.Тюмень. Россия

LVmaltseva@mail.ru

Аннотация: Результаты полученные при исследовании депрессивно-тревожного состояния родителей подростков больных шизофренией в большинстве случаев выступает умеренная степень депрессии и высокий уровень ситуативной тревожности. На основе данных, полученных в ходе исследования, нами разработана и внедрена программа родительской компетентности с подростков больных шизофренией. Психокоррекционная работа сводилась к тренировке способности распознавания, дифференциации и понимания эмоций и сопровождающих их негативных мыслей, осознание адекватного способа достижения целей, достижение адекватного понимания родителями болезни подростков, проработка семейного контекста, нормализация социальных связей семьи, проработка системы отношений между врачом, больным и его семьей (добиться комплайенса). В результате посещения программы у родителей подростков больных шизофренией происходили позитивные изменения в эмоциональном состоянии, показатель депрессии и ситуативной тревожности значительно снизился.

Ключевые слова: тревожно-депрессивное состояние у родителей подростков больных шизофренией, программа родительской компетентности.

Актуальность. Высокую нервно-психическую нагрузку, напряжение, тревогу отмечают в качестве одной из важнейших черт в семьях больных шизофренией. Родственники живут в состоянии постоянного страха, к которому часто добавляются чувство вины, депрессия, разочарование и фрустрация, а также ярость, вызванная неразрешимостью самой проблемы заболевания.

Трудности и страдания, вызванные психическим заболеванием, которые испытывают близкие родственники пациента, проживающие вместе с ним, или люди, несущие за больного ответственность, или эмоционально к нему привязанные, получили отражение в параметре, названном «семейной нагрузкой» (Pai S., Capur R., 1981; Kuipers L., Bebbington P., 1985; Fadden G. et al., 1987; Boyd C.B., 1990; Johnson D.L., 1990; WHO, 1992). Обычно семейную нагрузку делят на объективную и субъективную. Объективная семейная нагрузка – это такие проявления болезни и поведения психически больного, из-за которых ухудшается привычное функционирование семейной системы. Субъективная нагрузка – это влияние, которое оказывают особенности заболевания члена семьи на психологическое и физическое состояние лица, осуществляющего уход за больным, а также влияние, имеющее психологические последствия для всей семьи в целом (Hoenig J., Hamilton M., 1966; Schene A.H., 1990).

Наибольшие объективные трудности для родственников представляют недостаточная контактность, пассивность, замкнутость, снижение интересов и активности, неудовлетворительная личная гигиена и психопатоподобное поведение больного (Hoenig J., Hamilton M., 1966; Goldman H. et al., 1981; Birchwood M., Cochrane N., 1990; Copinath P.S., Chaturvedi S.K., 1992). Для субъективного компонента нагрузки характерны переживания вины, печали, безысходности, катастрофы (Hoenig J., Hamilton M., 1966; Anderson C.M. et al., 1980; Schene A.H., 1990; Johnson D.L., 1990, 1997).

D.L. Johnson (1997) считает, что нагрузка может оцениваться с позиций теории стресса. По его мнению, это означает, что поведение и события, считающиеся объективной нагрузкой, могут рассматриваться как стрессоры лишь в соответствии с особенностями ре-

акций членов семьи. В результате нагрузка может рассматриваться как следствием стресса и одновременно служить объектом профилактики (благодаря обучению членов семьи способам преодоления этого стресса).

В этих случаях возникает необходимость работать с семьями, в которых проживают подростки больные шизофренией.

Цель работы: исследования уровня депрессии и тревоги у родителей подростков больных шизофренией и проведения программы родительской компетентности, определения ее эффективности.

Организация исследования. Исследование проводилось на базе психоневрологического диспансера г. Пыть-Яха. Было обследовано 60 родителей подростков больных шизофренией, в возрасте 35–50 лет, 8 из них имели высшее, 52 – среднее образование. Первая группа (экспериментальная) состояла из 30 родителей, которые дали свое информированное согласие на участие в обследовании и вовлечение в психокоррекционную программу. Вторая группа была сформирована для оценки эффективности тренинга родительской компетентности, она состояла из 30 родителей, которые не участвовали в тренинге.

Длительность заболевания шизофренией составила от одного года до пяти лет. Параноидная форма шизофрении наблюдалась у 50% подростков, простая – у 26,6%, кататоническая – у 23,4%.

Критериями включения родителей в исследование являлись отсутствие психических расстройств, информированное согласие на участие в обследовании в программе родительской компетентности.

Контрольная группа родителей подростков больных шизофренией статистически не отличалась от основной группы по демографическим показателям (возрасту, полу, образованию, занятости, семейному положению).

Для диагностики уровня тревоги и депрессии у родителей использовалась методика шкала ситуативной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ), опросник Бека.

В результате проведенного обследования по методике Бека, среди испытуемых родителей 7 (23,3%) имели легкую степень депрессии, 19 (63,3%) умеренную степень депрессии и 4 (13,2%) соответствовала тяжелой степени депрессии.

В структуре депрессивного состояния у 22 (73,3%) родителей преобладали симптомы умеренной степени выраженности: «неудовлетворенность» и «чувство несостоятельности». «Нарушение социальных связей» наблюдалась у 21 (70,0%) родителя. Около 20 (66,6%) были характерны симптомы «пессимизм» и «сниженное настроение». Наряду с этим у 19 (63,3%) родителей были свойственны «раздражительность» и «слезливость». Около 17 (56,6%) имели симптомы «нарушение сна» и «утомляемость».

При легкой степени депрессии 14 (46,6%) родителей имели симптомы «чувство вины» и 13 (43,3%) «идеи самообвинения». В незначительных случаях (у 4 (13,2%)) были характерны: «суицидальные мысли» и «утрата работоспособности».

Таким образом, результаты полученные при исследовании депрессивного состояния родителей подростков больных шизофренией в большинстве случаев отмечается наличие депрессивного типа реагирования. умеренной степени

По «Шкале ситуативной и личностной тревожности» высокие результаты отразились по параметру ситуативная тревожность. По параметру личностная тревожность (базовое свойство личности) имеет более низкие показатели.

Показатели уровня ситуативной тревожности соответствуют умеренным значениям 11 (36,6%), и 19 (63,3 %) человек – высоким значениям. Показатели уровня личностной тревожности соответствуют низким значениям – 24 (80,0%), умеренным значениям – 5 (16,6%) человека.

В структуре ситуативной тревожности для 24 (80,0%) родителей характерны симптомы: «меня волнует возможные неудачи», «я не ощущаю душевный покой», «я не испыты-

ваю чувство внутреннего удовлетворения», «я озабочен», «мне не радостно». В большинстве случаев (63,3% - 76,6%) родителям присущи симптомы: «я не доволен», «я встревожен», «я расстроен».

Результаты исследования позволяют сделать выводы, что в большинстве случаев отмечается у родителей повышенная ситуативная тревожность. При этом в структуре ситуативной тревожности доминирует «реакция социальной защиты», когда социальная среда рассматривается как основной источник тревожного напряжения. Это сопровождается эмоциональным дискомфортом (сниженным эмоциональным фоном, неудовлетворенностью жизненной ситуацией, эмоциональной напряженностью) и беспокойством настоящей и будущей жизни.

Распределения по уровням тревожно-депрессивного состояния у родителей подростков больных шизофренией в соответствии с частотой обострений у подростков отмечается явная зависимость. Более благоприятное течения болезни (более высокое качество ремиссий после приступов), тем ниже уровень тревожно-депрессивного состояния отмечается у родителей. Вероятно усиливает негативные эмоциональные реакции со стороны родителей неадекватная позиция их относительно тяжести заболевания и неприятия факта действительно тяжелого психического расстройства.

Тревожно-депрессивное состояние родителей показывает что родители сами находятся в состоянии стресса, они не обеспечивают поддержкой своих подростков. В таких случаях родители сами нуждаются в поддержке и помощи.

Создается двойственная ситуация в которой страдают и родители и больной ребенок, что доказывает необходимость работы с семьями, которые неспособны сами наладить отношения с больным ребенком, учитывая особенности его психики.

На основе данных, полученных в ходе исследования, нами разработана и внедрена программа родительской компетентности с родителями подростков больных шизофренией

Психокоррекционная работа сводится: 1. Тренировка способности распознавания, дифференциации и понимания эмоций и сопровождающих их негативных мыслей. 2. Определить и осознать адекватные способы достижения целей. 3. Достижение адекватного понимания родителями болезни подростков и на основе этого коррекция их отношения к нему и болезни. 4. Проработка семейного контекста. 5. Нормализация социальных связей семьи. 6. Проработка системы отношений между врачом, больным и его семьей (добиться комплайенса).

Тренинг проводился в течение одного месяца, два раза в неделю по пять часов (всего 40 академических часов).

С каждым родителем перед началом занятия проводилась подготовительная работа, занимавшая 1–3 сеанса индивидуальной работы в зависимости от степени выраженности психологических проблем.

Разработанная нами программа тренинга фокусировалась на проблемах, возникающих в повседневной жизни семей, в которых воспитывались подростки больные шизофренией.

Тренинговой работе с родителями подростков предшествовала образовательная программа с изложением концепции шизофрении, вопросов ее этиологии и патогенеза, основных клинических форм и типов течения болезни (3 лекции по 2 ч. каждая).

Каждое занятие включало: подготовка группы к работе и включение участников в тренинговую реальность, основную часть, направленную на реализацию представленных задач, завершающую часть, направленную на подведение итогов работы группы, навыков домашнего задания, направленные на отработку и закрепление полученных навыков.

При сопоставлении двух групп обследованных – контрольная группа и экспериментальная группа, которая посещала программу родительской компетентности, были обнаружены достоверные различия. Данные опросника Бека позволили установить снижение

показателей депрессивного состояния у родителей экспериментальной группы. Так, среди испытуемых родителей у 25 (83,3%) – депрессия отсутствует, 5 (16,6 %) – легкая степень депрессии. В контрольной группе достоверных изменений не обнаружено. Выявились у 6 (20,0%) человек – легкая степень депрессии, 17 (56,6%) человек умеренная степень депрессии и 7 (23,3%) человек – тяжелая степень депрессии.

По методике «СТ и ЛТ Спилберга» результаты исследования тревожного состояния родителей подростков больных шизофренией показали в экспериментальной группе значительное улучшение. Напротив, в группе сравнения не обнаружено изменений уровня ситуативной и личностной тревоги. Так, в экспериментальной группе показатели уровня личностной тревожности соответствуют низким значениям – 28 (93,3%) человек, умеренным значениям – 2(6,6%) человека. Показатели уровня ситуативной тревожности соответствуют низким значениям – 27 (90,0%), умеренным значениям – 3 (10,0%) человека, отсутствуют. Тогда, как в группе сравнения показатели уровня личностной тревожности соответствуют низким значениям – 24 (80,0%) человек, умеренным значениям – 4 (13,2%) человека, и 2 (6,6%) человек – высоким значениям. Показатели ситуативной тревожности отмечаются: умеренное значение – 17 (56,6%) человек, и 13 (43,3%) человек – высокое значение.

Основываясь на полученных данных можно сделать пока предварительные выводы о том, что в результате посещения программы родительской компетентности у родителей подростков больных шизофренией происходят позитивные изменения в эмоциональном состоянии, показатель депрессии и ситуативной тревожности значительно снизился, что свидетельствует об эффективности программы.

Литература

1. Бах, О.П. Значение адаптации в семье для реабилитации психически больных / О.П. Бах // Клинические предпосылки и основы социальной реабилитации психически больных. – М., 1992. – С. 38–47.
2. Бачериков, Н.Е. О роли личностных и микросоциальных факторов в социально-трудовой реадaptации психически больных / Н.Е. Бачериков // Вопросы терапии и реабилитации психически больных. – Львов, 1975. – С. 28–30.
3. Белокрылова, М.Ф. Влияние матери на адаптацию больного юношеской шизофренией / М.Ф. Белокрылова // Медико-биологические аспекты охраны психического здоровья. – Томск, 1990. – С. 70–71.
4. Березовский, А.Э. Самосознание психически больных / А.Э. Березовский, Н.Н. Крайнова, Н.С. Бондарь. – Самара: Сам. ГУ, 2001.
5. Бернс, Р. Развитие Я-концепции и воспитание / Э. Бернс. – М.: Прогресс, 1986. – 420 с.
6. Варламов, Э.В. Семья больных шизофренией и характер внутрисемейных взаимоотношений / Э.В. Варламов // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. – Л., 1978. – С.47–54.
7. Вильдавская, Л.М. Роль семьи в социальной адаптации больных эндогенными психическими расстройствами юношеского возраста: автореф. Дисс. канд. пс. Наук / Л.М. Вильдавская. – М., 1995. – 19 с.
8. Вильдавская Л.М. Семья: помощник или «пациент» (О месте семейной терапии в лечении психических заболеваний юношеского возраста) / Л.М. Вильдавская, М.Я. Цуцельковская // Врач. – 1994. – №3. – С. 10–15.
9. Водопьянов, М.А., Динамика семейных взаимоотношений у больных параноидной шизофренией / М.А. Водопьянов, Е.Н. Попова, И.Р. Семин // Актуальные вопросы психиатрии. – Томск, 1989. – С. 95–97.
10. Воловик, В.М. Организационные формы реабилитации психически больных в СССР / В.М. Воловик // Клинические и организационные основы реабилитации психически больных. – М.: Медицина, 1980. – С. 88–133.

- 11.Воловик В.М. Исследование семьи и семейная терапия при шизофрении / В.М. Воловик, В.Л. Гайда, А.П. Коцубинский // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. – Л., 1978. – С.20–31.
- 12.Воловик В.М. Семейные исследования в психиатрии и их значение в реабилитации больных / В.М. Воловик. – М.: Медицина, 1980. – 267 с.
- 13.Величковский Б.М. Современная когнитивная психология / Б.М. Виличковский. – М.: МГУ, 1982. – 336 с.
- 14.Вулис, Р. Если Ваш близкий страдает душевной болезнью / Р. Вулис. – М.: Нолидж, 1998. – 192 с.
- 15.Выготский, Л.С. История развития высших психических функций / Л.С. Выготский // Собр.соч.В 6-ти т. Т.3. – М.: Наука, 1983. – С 144–197.
- 16.Выготский, Л.С. Воспитание детей / Л.С. Выготский. – Вопросы психологии – 1972. – №2 – С. 114–123.
- 17.Выготский, Л.С. Психология подростка / Л.С. Выготский // Собр.соч. В 6-ти т. Т.4. – М.: Наука, 1984. – С. 166–220.
- 18.Ганина, Н.А. Особенности распознавания эмоций больных шизофренией / Н.А. Ганина // Социально-психологические проблемы реабилитации нервно-психических больных. – Л.,1984. – С. 31–37.
- 19.Головина, А.Г. Особенности семейного статуса больных шизофренией / Н.А. Ганина // Неврология и психиатрия. – 1998. – №1. – С. 16–24.
- 20.Гурович, И.Я. О программе борьбы со стигмой связанной с шизофренией / И.Я. Гурович, Е.М. Курьянов // Социальная и клиническая психиатрия – 1999. – №3. – С. 5–9.
- 21.Кабанов, М.М. Охрана психического здоровья и проблемы стигматизации и комплайенса / М.М. Кабанов // Социальная и клиническая психиатрия.–1998.– Т. 8. – №2. – С. 58–67.
- 22.Каплан, Л.Р. Воияние системы внебольничных реабилитационных мероприятий на некоторые клинические и социальные характеристики больных шизофренией: автореф. дисс. к.м.н. / Л.Р. Каплан – Л., 1971. – 21 с.
- 23.Ковалев, С.В. Психология семейных отношений С.В.Ковалев. – М.:Педагогика, 1987. – 159 с.
- 24.Коцубинский, А.П. Стигматизация и дестигматизация при психических заболеваниях / А.П. Коцубинский, В.В. Зайцев // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – №3. – С. 9–13.
- 25.Коцубинский А.П. Значение психосоциальных факторов в генезе и патогенезе шизофрении / А.П. Коцубинский, Б.Г.Бутон // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – №4. – С. 112–120.
24. Холмогорова, А.Б. Философско-мотодологические аспекты когнитивной психотерапии / А.Б. Холмогорова // МПЖ. – 1996. – № 3. – С. 7–28.
- 25.Beck, A. Coqnitive therapy and emotionaldisorders / A. Beck. – New-Vork: American Book, 1979.
- 26.Beck, A. Coqnitive therapy: Past,present, future / A. Beck // J.Consult Clin.Psychol. – 1993. – Vol. 61. №2. – P. 194–198.

Results received at research of a depressively-disturbing condition of teenagers” parents sick as a schizophrenia in many cases moderate degree of depression and high level of situational uneasiness acts. On the basis of the data received during researching/ we developed and introduced the program of parental competence with parents of teenagers of patients schizophrenia. Psychocorrectional work was reduced; to training of ability of recognition, differentiation and understanding of emotions and negative thoughts accompanying them, understanding of an adequate way of achievement of the purposes, achievement of adequate understanding

by parents of illness of teenagers, study of a family context, normalization of social communications of a family, study of system of relations between the doctor, the patient and his family (to achieve compliance). As a result of visiting of the program parents of teenagers sick of a schizophrenia had positive changes in an emotional condition, the indicator of depression and situational uneasiness has considerably decreased.

Keywords: *it is disturbing-depression which has parents of teenagers.*