

3. Проблемы современной психологии/ под редакцией Д.И. Фильдштейна. – М.: Издательство «Институт практической психологии» Воронеж: НПО «МОДЭК», 1996.
4. Эльконин, Д.Б. Психологическое развитие в детских возрастах/ Д.Б. Эльконин. – М. 1995.
5. Ярошевский, М.Г. В поисках новой психологии/ М.Г. Ярошевский, Выготский Л.С. – СПб, 1993.

ОБУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ МЕТОДАМ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

*Оксана Александр Филатова
Белгородский государственный национальный
исследовательский университет,
профессор кафедры общей и клинической психологии
г. Белгород, Россия*

Аннотация. В статье рассмотрены современные аспекты психообразовательной практики в условиях психиатрической клиники, при активном участии клинических психологов. Сформулированы основные задачи и предложена типовая схема психообразовательного курса для семей пациентов с эндогенными психическими расстройствами. Рекомендации автора содержат индивидуально-дифференцированный, клинико-феноменологический подход к совместному консультированию и дальнейшей психообразовательной работе врачей и клинических психологов с пациентами и членами их семей.

Ключевые слова: психообразование, психокоррекция, стигматизация, терапевтическая среда.

TRAINING OF CLINICAL PSYCHOLOGISTS TO METHODS OF PSYCHOUSING IN THE CONDITIONS OF THE PSYCHIATRIC CLINIC

*Oksana Filatova
Belgorod National Research University,
Professor,
Department of General and Clinical Psychology
Belgorod, Russia*

Annotation. The article deals with modern aspects of psychoeducational practice in a psychiatric clinic, with the active participation of clinical psychologists. The main tasks and suggested template for a psychoeducational course for families where there are patients with endogenous mental disorders. Author Guidelines contain individually differentiated, clinical-phenomenological approach to joint consultation and further psychoeducational work of doctors and clinical psychologists with patients and their families.

Key words: psychoeducation, psycho-correction, stigma, therapeutic environment.

С каждым годом растёт и укрепляется интегративная связь практической медицины с клинической психологией, взаимообогащение обеих наук за счёт расширения сферы комплексной медико-психологической помощи населению. Современная психиатрическая клиника стала местом обучения, совершенствования, школой мастерства для молодых клинических психологов, давая им уникальную возможность овладеть новыми методами диагностики, психокоррекции и реабилитации больных данного профиля.

Одним из таких методов стала психообразовательная работа, не до конца освоенная российскими психиатрами и клиническими психологами, но близкая по духу отечественной психиатрической практике – своей гуманистической и просветительской направленностью, стремлением улучшить качество жизни больных, вернуть им веру в себя, научить самостоятельно преодолевать трудности, а в идеале – со временем стать опорой не только самому себе, но и своим близким.

В зарубежной клинической практике психообразование давно стало одним из важных подходов к «обучению правилам жизни» [1] и разновидностью психосоциальной реабилитации, а потому считается едва ли не самой значимой частью всего лечебно-восстановительного комплекса [2].

Психообразовательный подход относится к так называемому обучающему типу, при котором целью разрабатываемых программ является повышение уровня психической культуры, как самого пациента, так и его семьи.

Задачами психообразовательной работы можно считать:

1. Предоставление больным и их родственникам основ психиатрических знаний.

2. Формирование мотивации родственников на построение отношений доверительного сотрудничества с профессионалами в области психиатрической помощи (врачами и клиническими психологами).

3. Разработка модели адаптивного поведения в семье психически больного.

4. Обучение пациента и его близких стратегиям преодоления болезни.

5. Совместная выработка эффективных подходов к повседневному общению с больным в семье, решению социальных и морально-нравственных проблем, наиболее часто встречающихся в семьях больных с психическими расстройствами.

Как правило, основные темы курса психообразования для больных с эндогенными психическими расстройствами и их родственников расположены следующим образом:

- причины и развитие болезни (биопсихосоциальная модель);
- клиническая картина заболевания (основные синдромы, когнитивные нарушения, аффективные расстройства, поведенческие изменения, наличие ауто- и гетероагрессии, степень контролируемости своего состояния);
- продромальный период заболевания и первый психотический эпизод, особенности течения и вероятностный прогноз исхода болезни;
- коморбидные заболевания (злоупотребление психоактивными веществами, расстройства депрессивного спектра, соматические заболевания);
- современное лечение имеющейся нозологии;
- профилактика рецидивов (роль стресса в генезе рецидива; идентификация основных факторов, провоцирующих стресс; первые симптомы рецидива, обучение навыкам адекватного поведения в ситуации стресса; разработка кризисного плана: что делать в случае надвигающегося рецидива, к кому обращаться, какие медикаменты необходимо принимать);

- проработка вопросов предотвращения стигматизации (отношение членов семьи к факту заболевания, уровень семейной поддержки).

Таким образом, понятно, что психообразовательные программы адресуются к различным аспектам болезни: биологическим, психологическим и социальным, одновременно включая в себя общие принципы соблюдения оптимального для данного пациента образа жизни, знакомство с научно-популярной литературой, посвященной лечению и режиму восстановления больных с эндогенными расстройствами, решение вопросов о возможности продолжения прерванной трудовой деятельности (при условии полной ремиссии).

Важно начинать психообразование как можно раньше, предпочтительно уже после первого эпизода заболевания.

Программы должны иметь индивидуально-дифференцированный характер и быть достаточно конкретными, не превращаясь в «лекции для больных», а принося реальную пользу – как пациенту, так и его семье. Поэтому в процессе психообразования нельзя использовать медицинские термины, не объясняя больному и его близким их значение.

Обычно психообразовательные программы рассчитаны на продолжительный период обучения. Они более эффективны по сравнению с краткосрочными, и предоставляют больному, его родственникам не только информацию о профилактике рецидива (распознавании ранних симптомов обострения, их активном мониторинге, особенно в первые несколько суток), но и знакомят их с множеством других сведений, касающихся этиологии, клиники заболевания, лечения и реабилитации людей, которые страдают этим психическим нарушением. (Однако даже краткосрочные программы психообразования, направленные на профилактику рецидива болезни, доказали свою эффективность по сравнению с привычной для прежних десятилетий ситуацией, когда манифестация болезни или период её обострения заставляли пациента и его семью врасплох).

Наиболее эффективными выявили себя именно долгосрочные программы (сеансы два раза в неделю, по полтора - два часа, длительностью 1-1,5 года), направленные как на профилактику рецидива болезни, так и на улучшение качества жизни, выработку адекватных, гибких, снижающих конфликтность, форм поведения пациента.

Как известно, у большинства пациентов длительный прием психотропных препаратов (уже после выписки из стационара) вызывает отрицательные эмоции. Вследствие этого нередко наблюдается несвоевременное прекращение их приема, самовольное снижение дозы, прерывистые курсы терапии, индуцирование родственников в плане критики лечащего врача, отказ от амбулаторного консультирования.

Эти моменты должны быть немедленно проработаны во время очередного занятия по психообразованию, с учётом следующего:

- анализа степени доверительности лечебного контакта с больным;
- информировании пациента о необходимости (для его же пользы) продолжения терапии;
- активном вовлечении его в обсуждение общего плана лечения;
- выработке удобного графика приема препаратов;
- объяснении пациенту, как лучше их принимать (относительно режима питания, времени сна), каких эффектов следует ожидать, предупредить о возможных побочных реакциях и способах их уменьшения;
- необходимости вовлечь в процесс лечения родственников и друзей пациента (обязать их контролировать прием препарата с подсчётом количества оставшихся таблеток);
- обеспечении пациента и его близких письменными инструкциями и рекомендациями (т.к. людям, не имеющим специального образования, бывает крайне трудно запомнить все нюансы со слов врача).

Также психообразовательный цикл должен нацеливать больного и его семью на распознавание стрессовых факторов, способных ухудшить как

саму болезнь, так и социально-психологические стороны жизни пациента, и помочь сформировать стратегии совладания с ними.

При проведении занятий с близкими пациента большое значение придается развенчанию ложных мифов о психических болезнях, которые всё ещё бытуют среди населения, являясь архаизмами коллективного мышления, порождая ограничительные социальные стигмы.

Конечно, восприятие феномена «психическая болезнь» по сравнению с таковым при соматическом страдании, отличается своеобразием не только у психически больных, но и у здоровых лиц. Исследования В.Д. Вида, посвященные изучению наиболее распространенных установок, общественных стереотипов восприятия психического заболевания, выявили значительную «стигматогенность» и противоречивость представлений и оценок [3].

Автор утверждает, что само сообщение о факте психической болезни «ложится тяжким бременем на пациента и изменяет самосознание больного», способствуя процессам аутостигматизации. В связи с этим, особое значение приобретает разработка обоснованных принципов информирования о психическом заболевании самих пациентов и их родственников, с целью нивелирования стигматизирующего влияния ложных установок на личность больного и его окружения.

Искажения в восприятии психически больными информации о наличии заболевания и воздействие самого феномена болезни изучены В. Д. Видом на этапе стабилизации ремиссии, в процессе психотерапии у больных малопрогредиентными формами шизофрении. Им выделены следующие варианты:

- 1) односторонняя биологическая модель болезни и лечения;
- 2) экстернализация причин дезадаптации и самой болезни (с возложением вины за болезнь на кого-либо или что-либо);
- 3) пассивная ориентация на благоприятный спонтанный исход событий;

4) ожидание руководства, помощи со стороны, с отказом от приложения собственных усилий;

5) ориентация на парамедицинские способы лечения;

6) фаталистический, неблагоприятный субъективный прогноз;

7) анозогнозия.

А. П. Коцюбинский, В. В. Зайцев выделяют два принципиально важных этапа динамики семейной системы в процессе принятия факта болезни члена семьи:

1) этап адаптации семьи к психической болезни родственника;

2) этап превращения семейной среды в терапевтическую.

На первом этапе происходит:

– снижение уровня стресса, вызванного фактом возникновения заболевания у родственника;

– преодоление чувства вины или чрезмерной тревоги по отношению к больному;

– адекватное отношение к заболеванию;

– выработка толерантности к периодическим обострениям состояния больного;

– создание оптимальной эмоционально-психологической дистанции между пациентом и членами семьи;

– предъявление адекватных ожиданий к больному;

– сохранение существовавших до заболевания конструктивных элементов стиля и образа жизни семьи;

– сохранение или восстановление социальных связей семьи.

На втором этапе факт болезни понемногу теряет свою катастрофичность, и больной получает возможность постепенно вырабатывать более эффективные стратегии совладания с болезнью и адаптации к жизни. Критерием наличия терапевтической семейной среды указанные авторы считают «ясные и одновременно гибкие границы как

внутри семьи, так и между семьей и окружающим ее социальным пространством» [4,5].

В случае продуманной, научно и этически обоснованной позиции врача и клинического психолога, проделанная работа позволяет не только сформировать точное, адекватное знание о болезни, но также продуцировать высокий уровень готовности пациента и его семьи к сотрудничеству, и, наконец, научить заболевшего человека относительно комфортно жить в новых условиях. Для подобной трансформации взаимоотношений в семье больного необходима комплементарно оформленная и, как правило, длительная деятельность врача и клинического психолога, с обеспечением преемственности работы стационарной и амбулаторной уровней оказания помощи.

Перед специалистами, работающими в этой области, стоит сложная задача определения границ и полноты предоставляемой информации о болезни, тонкие нюансы подачи этой информации, этапы и сроки предоставления определенных пластов знания в этой области.

При этом необходимо учитывать следующие личностные и анамнестические моменты каждого случая: образование пациента; когнитивный, соматический, межличностный ущерб, нанесенный болезнью; наличие понимания и поддержки значимого окружения; реабилитационный потенциал, как самого больного, так и его семьи; адекватность его реакций на предложение о совместных занятиях.

И, что немаловажно, в этом трудном и длительном процессе очень значим характер контакта пациента и консультанта (врача и клинического психолога), степень эмпатии у каждого из специалистов, кредит доверия со стороны больного и его окружения, реакции пациента на поведение или индивидуально-психологические характеристики врача и психолога.

Программы психообразования должны вести только подготовленные специалисты, поскольку неправильно преподнесенная или несвоевременная

информация может стать для больного мощным ятрогенным источником суицидальных мыслей или затяжной депрессии.

Список литературы:

1. Falloon I.R.H., Boyd J.L., McGill C.W. et. al. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study. New England Journal of Medicine. – 2012. – № 72. – P. 1509–1532.
2. Rossler W. Psychiatric rehabilitation today: an overview // World Psychiatry. – 2006. – V. 5. – №. 3. – P. 151–158.
3. Вид, В.Д. Психотерапия шизофрении. 2е изд. /В.Д. Вид.– СПб.: Питер, 2012 .– 512с.
4. Коцюбинский, А.П. Шизофрения. 2е изд. / А.П. Коцюбинский, В.В. Зайцев. – М.: Гиппократ, 2014 – 336с.
5. Гусева, О.В. Интегративная модель психотерапии эндогенных психических расстройств/ О.В. Гусева, А.П. Коцюбинский.– СПб.: СпецЛит, 2013 – 287 с.

**ГЕНДЕРНОЕ ВОСПИТАНИЕ КАК АСПЕКТ
УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ВУЗЕ**

Любовь Витаутасовна Шукчус

*Белгородский государственный национальный
исследовательский университет,
доцент,
г. Белгород, Россия*

Аннотация. В статье рассматривается актуальность проблемы изучения гендерного воспитания. Оно предполагает становление гендерного самосознания молодежи, т.е. сложной системы представлений о себе, как представителе определенного пола, и выбор-предпочтение гендерной роли, проявляемого в гендерных личных отношениях.

Ключевые слова: гендерное воспитание, гендерного самосознания, гендерная роль, гендерные личные отношения.