

*А. Б. Серых, А. Р. Иванова*

## МОДЕЛИ И ФОКУСЫ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Анализируются основные модели, цели и фокусы психообразования в практике лечения и реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья. Определение данных компонентов психообразования позволит внедрить эффективные психообразовательные программы в практику лечения и реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья.*

*This article describes the basic models, goals and focuses of psychoeducation in the practice of treatment and rehabilitation of persons with disabilities. The identification of these components of psychoeducation will help introduce effective psychoeducation programmes into the practice of treatment and rehabilitation of people with disabilities.*

**Ключевые слова:** психообразование, психообразовательный подход, субъекты психообразования

**Key words:** psychoeducation, psychoeducational approach, agents of psychoeducation.

Психообразование представляет собой синтез психологического и образовательного подходов, целями использования которых являются позитивные психологические изменения человека. Технологии психо-



образования базируются на традиционных методах обучения, психотерапии групповой и групп самопомощи. Мы полностью согласны с мнением И. Ялома, который утверждал, что в категорию «психообразование» входят опыт структурированных групп (в том числе и короткие лекции, читаемые тренером), экспериментальные упражнения и групповые дискуссии, четко ограниченные по времени (от одного часа до одного дня) [1].

Один из ведущих специалистов в области психообразования И. Волш в качестве его фокуса выделяет «обучение людей способам и стратегиям совладания с их психологическими проблемами, способным редуцировать стресс и предупреждать возможные рецидивы» [7, р. 242]. Психообразование определяется им как ряд программ, цель которых состоит в передаче клиентам знаний об их заболевании, развитии социальной поддержки, навыков по решению проблем и кризисных ситуаций [7]. В этом смысле позиция И. Волша, с нашей точки зрения, является одной из ключевых, так как именно он в центр психообразования ставит процесс обучения, а не только различные методы психотерапии и/или психологического консультирования.

Другие авторы предлагают выделять в качестве фокуса психообразования так называемые «жизненные проблемы» человека (*problems of living*), решение которых связано с обсуждением различных аспектов специальных тем и получением жизненного опыта от других участников. Например, Д. Мюррей и Д. Грейс предложили простой формат психообразовательной программы для взрослых, включающий минилекции по проблемам здоровья, физиологическим аспектам стресса, методам и стратегиям релаксации и развития системы поддержки в социальной сети. В данной программе ими использовались групповые упражнения, работа в парах, групповые дискуссии, вопросы, технологии обратной связи и тесты самооценки [6]. Позднее М. ДеАрмонд и К. Марш пришли к выводу, что сочетание актуальной информации, экспериментальных упражнений и групповых дискуссий представляет собой «закрепляющее» («*lock in*») обучение и формат, предложенный Д. Мюрреем и Д. Грейсом, можно отнести к психообразовательному вмешательству [2]. Таким образом, основу психообразования составляют педагогические методы и средства, среди которых могут быть дидактические презентации, дискуссии, деловые и ролевые игры, видеотренинги, лекции, информационные сессии и методы мультимедиа.

В 1997 г. В. Мак-Ферлен и его коллеги описали две разные модели психообразования. Одиночная семейная модель (*single-family model*) предполагает индивидуальные образовательные сессии с каждым из членов семьи, проводимые медицинскими психологами, врачами узкого профиля и специалистами по социальной работе. Мультисемейная модель (*multiple-family model*) комбинирует в себе элементы одиночной семейной модели с созданием сети социальной поддержки между семьями, имеющими схожие проблемы, с целью обмена опытом и снижения тревоги как самих членов семьи, так и клиентов [5]. С нашей точки зрения, в медицинской практике более продуктивно использование мультисемейной модели, так как вовлечение членов семьи в процессы лечения и реабилитации лиц с нарушениями в физическом и



психическом здоровье обеспечивает высокую вероятность увеличения периода ремиссии, снижения болевых симптомов болезни и повышения качества жизни. Однако в силу множества причин как экономического (недостаточное финансирование лечебных учреждений, зачастую приводящее к отсутствию должности клинического психолога), так и образовательного характера (в практике высшей школы отсутствует специализированные курсы, целью которых являлось бы формирование у будущих психологов профессиональной компетентности в области психообразования) реализация мультисемейной модели психообразования в полной мере пока невозможна.

А. Ивей с соавторами, понимая психообразование как планомерное и организованное обучение людей или групп, направленное на самопонимание, формирование и развитие навыков или компетенций в области межличностных отношений, предложил рассматривать следующие положения своей модели. Во-первых, ведущий должен выполнять функции педагога. Во-вторых, проблемы клиента следует концептуализировать в психообразовании, используя понятие «дефицит», который должен быть восполнен через обучение (например, дефицит знаний в области психогигиены и т.п.). И в-третьих, клиент рассматривается в качестве не пассивного «ученика», а активного и самостоятельного «агента», способного управлять процессом собственного психообразования. Таким образом, фокусом психообразования выступают приобретение, интернализация и передача определенных специфических знаний. С точки зрения А. Ивея, данные цели достигаются путем привлечения внимания и активизации интереса клиента, формирования у него собственных навыков, разработки четкой концепции психообразовательной программы и предоставления клиенту возможности использовать полученные знания и навыки в реальной жизнедеятельности [4].

В отношении больных с психическими расстройствами Г. Хогэрты, К. Андерсоном, Д. Рейсом и В. Мак-Ферленом были предложены следующие модели психообразования:

- информационная модель (фокус – предоставление больным и членам их семей знаний о психическом расстройстве и его лечении);
- модель обучения навыкам (фокус – формирование социальных навыков больных и навыков распознавания болезни);
- поддерживающая модель (фокус – социальная поддержка больных и членов их семей);
- комбинационная модель (фокус – передача информации, тренинг социальных навыков и социальная поддержка);
- модель семейной групповой терапии (фокус – вовлечение семей в процесс лечения и реабилитации);
- модель «равный – равному» (фокус – привлечение к процессу лечения и реабилитации больных с длительным периодом ремиссии) [3; 5].

При определенных условиях выделенные модели можно экстраполировать на практику лечения и реабилитации людей не только с психическими нарушениями, но и нарушениями в соматическом здоровье.

Приведенный выше анализ позволил нам выделить важные компоненты психообразования, связь которых представлена на рисунке.

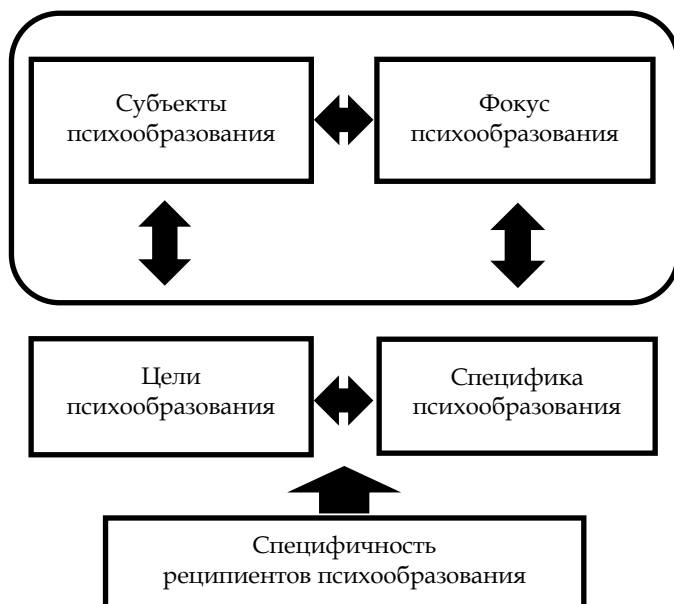


Рис. Основные компоненты психообразования

Рассмотрим подробнее многофакторные связи представленных компонентов психообразования.

Основными субъектами психообразования являются индивиды, семьи (группы), пары. Исходя из этого мы можем выделить индивидуальное, семейное, групповое психообразование и психообразование пар. *Индивидуальное психообразование*, будучи частью процесса лечения и социально-психологической реабилитации, позволяет клиенту сформировать определенный комплекс знаний о своем заболевании, тактиках и стратегиях лечения, а также комплекс навыков, помогающих ему справиться с заболеванием и строить эффективные межличностные отношения. *Семейное психообразование* предполагает вовлечение в процесс лечения и социально-психологической реабилитации всех членов семьи, и направлено оно на передачу знаний об особенностях болезни их родственника, последствиях медикаментозного и/или других видов лечения, умений распознавать симптомы заболевания и стратегий взаимодействия с больным. *Психообразование пар* (например, супругов) – эффективный инструмент для понимания супругами особенностей построения межличностных отношений в паре, формирования конфликтостойчивости каждого, развития их социальных навыков. *Групповое психообразование* предполагает передачу знаний каждому как от тренера, так и от других участников группы, его целью является решение психологических проблем каждого участника на основе использования методов и технологий обучения, в том числе интерактивных.



В качестве ключевых целей психообразования мы выделяем информационную (восполнение дефицита информации), социально-личностную (формирование и развитие навыков распознавания симптомов заболевания, навыков совладания с болезнью и стрессовыми ситуациями, коммуникативных навыков; снижение эмоционального напряжения) и лечебную (ознакомление с фармакотерапией в процессе лечения и реабилитации; снижение вероятности рецидива заболевания).

Когда мы говорим об основном фокусе психообразования в медицинской практике, мы имеем в виду, во-первых, выявление и устранение побочных эффектов лечения и реабилитации (например, при сопровождении женщин, страдающих бесплодием различного генеза, в процессе реализации психообразовательных программ им разъясняются негативные эффекты приема гормональных препаратов), во-вторых, объяснение больным течения болезни и устранение барьеров на пути к выздоровлению и, в-третьих, снижение негативных переживаний как самого больного, так и членов его семьи. При построении маршрута психообразовательной программы в практике лечения и реабилитации людей с психическими и соматическими нарушениями мы должны учитывать такие специфические особенности, как характер заболевания и его течение; вовлеченность в процесс лечения и реабилитации членов семьи больного, привлечение к психообразованию специалистов различного профиля (медицинских психологов, специалистов по социальной работе, врачей узкой специализации, педагогов), наличие административных ресурсов и психоэмоциональное состояние пациента.

Фокус, цели и субъекты психообразования детерминированы особенностями его реципиентов, т.е. направленностью психологических проблем клиентов. Так, существуют психообразовательные программы для детей и взрослых, страдающих шизофренией, расстройствами аффективного спектра, биполярным расстройством, посттравматическим стрессовым расстройством, постнатальной депрессией, расстройствами пищевого поведения, онкологическими заболеваниями, бесплодием и т.п.

Определение основных компонентов психообразования позволит внедрить в практику лечения и реабилитации лиц с физическими и психическими расстройствами эффективные психообразовательные программы, которые будут способствовать повышению психологической адаптации больных, восполнять у них дефицит информации относительно их заболевания и тактик лечения, а также формировать комплаенс и увеличивать период ремиссии. Кроме того, психообразование, имеющее в практике своего применения четко сформулированные цели и задачи, обладает огромным потенциалом с точки зрения как повышения качества жизни, так и решения проблем социального функционирования клиентов, снижения степени проявления у них болевых симптомов и разрешения психологических трудностей.

#### Список литературы

1. Ялом И. Групповая психотерапия: теория и практика. М., 2005.
2. DeArmond M.M., Marsh K.F. Preventive psychiatry on the college campus. *Psychiatric Annals*. 1984. №14. P. 671 – 678.



3. *Hogarty G.T., Anderson C.M., Reiss D.J.* Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1986. Vol. 43. P. 633–642.

4. *Ivey A., Ivey M.B., Zalaquett C., Quirk K.* Essentials of Intentional Interviewing: Counseling in a Multicultural World. Belmont (CA), 2011.

5. *McFarlane W.R., Link B., Dushay R., Marchal J., Crilly J.* Psychoeducational multiplefamily groups: Four-year relapse outcome in schizophrenia. *Family Process.* 1995. №34. P. 127–144.

6. *Murray J.D., Grace J.E.* Developing a stress management workshop // *Innovations in clinical practice: A source book* / eds. P.A. Keller and L.G. Ritt. Sarasota, 1984. P. 77–81.

7. *Walsh J.* Psychoeducation in Mental Health. Chicago, 2010.

### Об авторах

Анна Борисовна Серых — д-р психол. наук, д-р пед. наук, проф., Балтийский федеральный университет им. И. Канта, Калининград.

E-mail: serykh@baltnet.ru

Алла Равильевна Иванова — канд. мед. наук, доц., Балтийский федеральный университет им. И. Канта, Калининград.

E-mail: ivanova.alla2002@mail.ru

### About authors

Prof. Anna Serykh, I. Kant Baltic Federal University, Kaliningrad.

E-mail: serykh@baltnet.ru

Dr Alla Ivanova, Associate Professor, I. Kant Baltic Federal University, Kaliningrad.

E-mail: ivanova.alla2002@mail.ru