

Н. О. Марута, М. В. Данилова

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

**Депресивні реакції у хворих на розсіяний склероз
(клініко-психопатологічні і патопсихологічні
особливості та чинники формування)**

Обстежено 167 хворих на розсіяний склероз, з них основну групу склали 38 хворих з депресивними реакціями в клінічній картині, контрольну — 129 хворих без ознак депресивної патології. На підставі комплексного клініко-психопатологічного і патопсихологічного дослідження виокремлено основні особливості перебігу та чинники формування депресивних реакцій при розсіяному склерозі. Описаний патопсихологічний механізм розвитку депресивної реакції.

Ключові слова: депресивні реакції, розсіяний склероз, клініко-психопатологічні особливості, патопсихологічні чинники.

N. O. Maruta, M. V. Danylova

*State institution "Institute of Neurology, Psychiatry, and Narcology
of the NAMS of Ukraine" (Kharkiv)*

**Depressive reactions in patients with multiple sclerosis
(Clinical-psychopathological and pathopsychological
peculiarities and factors of formation)**

One hundred sixty seven patients with multiple sclerosis were examined. The main group consisted of 38 patients with depressive reactions in the clinical picture; the control group consisted of 129 patients without features of depressive pathology. On the base of an integrated clinical-psychopathological and pathopsychological investigation the main peculiarities of course and factors of formation of depressive reactions in patients with multiple sclerosis were determined. The pathopsychological mechanism of development of depressive reaction was described.

Key words: depressive reactions, multiple sclerosis, clinical-psychopathological peculiarities, pathopsychological factors.

УДК 616.895.8-08-039.76:159.922.27

Б. В. Михайлов, В. Б. Мажбиц

*Харьковская медицинская академия последипломного образования;
КУОЗ «Городской психоневрологический диспансер № 3» (г. Харьков)*

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В данной статье рассмотрены основные принципы построения биопсихосоциальной модели реабилитации больных шизофренией. Проанализированы базовые направления формирования реабилитационной программы с учетом психических, личностных и социальных особенностей больных шизофренией.

Ключевые слова: биопсихосоциальный подход, реабилитация, шизофрения

Социальная психиатрия является важным направлением психиатрической науки. Именно она рассматривает вопросы реабилитации (психосоциальной, медико-социальной), а также процессы реинтеграции пациентов с психическими расстройствами в общество [9, 10].

В настоящее время выделены 9 основных принципов [11] социальной психиатрии:

1. Данное направление предполагает равенство возможностей всех членов общества, не исключая психически больных.
2. Отрицается еще встречающееся сугубо биологическое понимание психического заболевания.
3. Психиатрические диагнозы не должны быть стигматизирующими.
4. Признается и изучается комплексное влияние социальных факторов на психическое здоровье.
5. Принцип солидарности с психически больным должен лежать в основе социально-психиатрической помощи.
6. В лечении психического больного особая роль принадлежит как врачу, так и социальным работникам, родственникам и другим лицам из близкого окружения больного.
7. Альтернативой институциональному подходу к лечению должно служить вышеперечисленное «терапевтическое сообщество».
8. Профилактика и реабилитация являются приоритетными в деятельности врачей-психиатров.

9. Предмет социальной психиатрии составляют эмпирические исследования и терапевтическая практика, направленные на реадaptацию психически больного и его интеграцию в социальную реальность.

Доказана приоритетность развития социального аспекта психиатрической теории и практики [5, 8].

Существенное значение в рамках биопсихосоциальной модели возникновения, клинического проявления и реабилитационного потенциала шизофрении имеют адаптационно-компенсаторные механизмы. В данной модели предполагается выделение двух типов адаптации — психической и социальной. Психическая адаптация — сознательно саморегулируемая система, осуществляющая функциональную деятельность, в основе которой лежит субъективная индивидуально-личностная оценка природных и социальных воздействий на человека. Социальная адаптация понимается как результат процессов психической адаптации во внешней среде, характеризующий особенности взаимодействия индивидуума с социальным окружением.

При рассмотрении этиопатогенетических и реабилитационных аспектов шизофрении учитывается как психологическая, так и биологическая адаптация. Защитные психологические механизмы личности — психологическая защита и копинг направлены на удержание уровня конфликтности в пределах фонового. Болезненный процесс, лишенный противодействия компенсаторных образований, приводит к истощению адаптационных механизмов, снижению общих функциональных возможностей организма, что клинически проявляется преимущественно в виде негативной симптоматики.

Биопсихосоциальный подход основан на представлении о реабилитации как системе, направленной на достижение определенной цели (частичное или полное восстановление личного и социального статуса больного) путем опосредования через личность лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий,

с учетом как клинико-биологических, так и психологических, а также социальных факторов в процессе саногенеза [2].

Каждый из этих аспектов следует рассматривать сугубо индивидуально, с учетом личности конкретного человека и современных принципов предоставления реальных полномочий, вселения надежды и ориентации на выздоровление. Пациенты с психиатрической инвалидностью нуждаются в высококачественном медицинском обслуживании, обеспечиваемом при холистическом (целостном) подходе, который выдвигает на первый план потребности, общие для всех людей — независимо от наличия или отсутствия ярлыка психического заболевания либо инвалидности [3].

Психические расстройства нарушают, прежде всего, социальные связи больного, поэтому реабилитация должна рассматриваться как процесс ресоциализации. Психосоциальная реабилитация — это восстановление нарушенных когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности психически больного, обеспечивающее его интеграцию в общество.

Биопсихосоциальная модель реабилитации является наиболее универсальной и отражает рассмотрение пациента с точки зрения единства его психических, личностных и социальных особенностей.

Реабилитационная программа включает:

- лечение должно быть биологическим и психосоциальным;
- психосоциальная терапия предполагает использование различных форм психотерапии;
- одним из важнейших критериев качества лечения является степень восстановления к автономному социальному функционированию;
- пациент имеет право на применение по отношению к нему оптимальных ресоциализирующих мероприятий.

Концепция медико-социальной реабилитации больных шизофренией предполагает обязательное использование ряда этических норм и принципов [1]:

1. Баланс принципа автономии, самоопределения и принципа «наименее ограничительной альтернативы».
2. Баланс принципа патернализма и принципа сотрудничества (терапевтического партнерства).
3. Принцип информированного согласия.
4. Принцип гибкой лонгитудинальной преемственности, интеграции и координации методов реабилитации.
5. Принцип доступности.

В практику широко внедряются такие формы психосоциальной защиты как ведение индивидуального случая заболевания, семейная терапия, тренинг социальных навыков, личностная терапия, интенсивное лечение в сообществе, когнитивно-поведенческая терапия, психообразование, телесно-ориентированная терапия, суппортивная терапия, арт-терапия, музыкотерапия и др.

В настоящее время в психиатрической практике доминируют комбинированные или интегративные подходы, использующие биологические и психосоциальные вмешательства.

Одним из важнейших направлений психосоциального лечения психически больных является

психообразовательная работа с их семьями и ближайшими родственниками, целью которой является вовлечение пациента в процесс активного изменения собственного поведения для достижения профилактики рецидивов, повышения комплайенса или осуществления максимально возможной степени независимости пациента от психиатрических служб. Данное направление является пациент-центрированным подходом в лечебно-реабилитационной тактике.

В структуре реабилитационных мероприятий у больных шизофренией актуальность использования психообразовательных занятий обусловлена необходимостью улучшения коммуникативных способностей больного, потенцирования активности в решении собственных проблем, расширения полномочий и более успешного и эффективного приспособления к требованиям реального окружения.

Наиболее эффективно использование семейной и мультисемейной психообразовательных программ.

Психообразовательная работа представляет собой комплекс информационных, обучающих, психотерапевтических и тренинговых воздействий, вследствие которых у больных и членов их семей формируется адекватное представление о болезни, появляется способность управлять медикаментозной терапией, вырабатываются навыки в решении жизненных проблем, происходит снижение эмоционального напряжения, вызванного фактом и проявлением болезненного состояния, улучшаются эмоциональные, коммуникативные и психологические характеристики, имеющие существенное значение для формирования стиля жизни.

Данный подход является одним из видов групповых, когнитивно-поведенческих методов психотерапии и относится к обучающему типу, при котором занятия проходят по принципу тематического семинара с элементами социально-поведенческого тренинга.

Выделяют следующие основные, взаимосвязанные между собой задачи психообразовательных программ [4]:

— Собственно «образование» путем доступного для каждого пациента и его семьи предоставления информации о природе заболевания; важности медикаментозного лечения и связанных с ним вопросах (действенности, побочных эффектах, приверженности); распознавании и действиях при ранних признаках релапса.

— Выработка у больных и их родственников комплайенса (осознанного соблюдения предписанного режима лечения).

— Обеспечение «психосоциальной поддержки», когда группа больных является постоянным источником поддержки и одновременно терапевтической средой, в которой пациенты могут в безопасных условиях вырабатывать адекватные навыки поведения, общения, совладания со сложными ситуациями.

— Эмоциональная поддержка в ситуации, когда пациент узнает о своем заболевании.

— Улучшение адаптации пациента и его семьи.

Больным шизофренией свойственны чрезмерная эмоциональная чувствительность, повышенная тревожность, когнитивная и энергетическая дефицитарность, примитивизм и недостаточность механизмов

психологической защиты. Исходя из этого, необходима определенная тактика в достижении целей психотерапии пациента, страдающего шизофренией:

- предупреждение изоляции в обществе [7];
- предупреждение социально-правовой аутизации;
- социальная активизация;
- смягчение реакции ответа, связанной с болезнью;
- формирование критики к своему состоянию и болезни;
- дезактуализация психологических переживаний;
- создание комплаенс эффекта;
- потенцирование биологической терапии;
- профилактика внутрибольничного госпитализма.

В рамках ранней психосоциальной реабилитации больных шизофренией преследуются основные цели:

1. Клинические (достижение ремиссии, индукция ремиссии, консолидация ремиссии);
2. Психологические (развитие эмоционально-мотивационных, когнитивных и коммуникативных ресурсов; сохранение и развитие навыков и умений, оптимального социального опыта жизнедеятельности в обычной для пациента среде);
3. Социальные: достижение независимого функционирования пациента в обществе, расширение его реальных полномочий, улучшения качества жизни.

Особое значение имеет изучение показателя качества жизни пациентов, которые особенно уязвимы в условиях социально-экономической нестабильности.

Качество жизни психически больных является чрезвычайно важным показателем их состояния в динамическом аспекте, что расширяет диагностические, терапевтические и реабилитационные возможности психиатрии, повышая качество психиатрической помощи [6].

Для осуществления этих целей нами разработана система ранней психосоциальной реабилитации больных шизофренией, которая базируется на

био-психосоциальной парадигме генеза шизофрении и интегративной модели психотерапии.

Предварительная апробация этой модели показала ее достаточную эффективность в плане поддержания уровня социального функционирования и улучшения качества жизни больных шизофренией.

Список литературы

1. Абрамов, В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией: Монография / Абрамов В. А., Жигулина И. В., Ряполова Т. Л. — Донецк: Каштан, 2009. — 584 с.
2. Кабанов, М. М. Реабилитация в контексте психиатрии / М. М. Кабанов // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 9—10.
3. Карлінг П. Дж. Повернення в суспільство: Побудова систем підтримки для людей з психіатричною інвалідністю : пер. з англ. О. П. Чернявської. — К.: Сфера, 2001. — 442 с. — Рос. мовою.
4. Кожина, А. М. Роль психообразовательных программ в оказании психиатрической помощи / Кожина А. М., Гайчук Л. М., Самардакова Г. А. // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 3 (64). — С. 129.
5. Краснов, В. Н. Границы современной психиатрии и направления ее развития / В. Н. Краснов // Социальная и клиническая психиатрия. — 2001. — № 1. — С. 19—21.
6. Критерий качества жизни в психиатрической практике: Монография / [Марута Н. А., Панько Т. В., Явдак И. А. и др.]. — Харьков: РИФ Арсис, ЛТД, 2004. — 240 с.
7. Подкорытов, В. С. Международная обучающая конференция «Реабилитация в психиатрии — формы, перспективы, контексты» (Польша, Ополе, апрель 2006) / В. С. Подкорытов, П. Т. Петрюк // Український вісник психоневрології. — 2006. — Т. 14, вип. 2. — С. 126—128.
8. Полтавець, В. Система «нових» вірувань і психопатологія: спільність форми чи сутності? / В. Полтавець // Міжнар. конф. «Релігія і церква в контексті реалій сьогодення»: Тези доповідей / відп. ред. А. Колодний. — К., 1995. — С. 60.
9. Табачников, С. І. Роль та місце соціальної психіатрії в сучасному суспільстві / С. І. Табачников // Новости медицины и фармации. — № 19—20. — 2002. — С. 20.
10. Актуальні проблеми соціально-реабілітаційної психіатрії в Україні / [Табачников С. І., Горбань Є. М., Михайлов Б. В. та ін.] // Медицинские исследования. — Т. 1, вип. 1. — Харків, 2002. — С. 6—8.
11. Doerner K. Historische und wissenschaftssoziologische Voraussetzungen der Sozialpsychiatrie // Was ist Sozialpsychiatrie. — Boon, 1995. — S. 91—107.

Надійшла до редакції 11.04.2011 р.

Б. В. Михайлов, В. Б. Мажбіц

Харківська медична академія післядипломної освіти;
КЗОЗ «Міський психоневрологічний диспансер № 3» (м. Харків)

Біопсихосоціальна модель реабілітації хворих на шизофренію

У даній статті розглянуті основні принципи побудови біопсихосоціальної моделі реабілітації хворих на шизофренію. Проаналізовані базові напрямки формування реабілітаційної програми, враховуючи психічні, особистісні та соціальні особливості хворих на шизофренію.

Ключові слова: біопсихосоціальний підхід, реабілітація, шизофренія.

B. V. Mykhaylov, V. B. Mazhbits

Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education;
Municipal Institution of Health Services «Town Psychoneurological prophylactic Centre № 3» (Kharkiv)

A biopsychosocial model of rehabilitation for patients with schizophrenia

This article discusses the basic principles of the biopsychosocial model of rehabilitation of schizophrenic patients. Analyzed the basic directions of the rehabilitation program, taking into account mental, personal and social characteristics of patients with schizophrenia.

Key words: biopsychosocial approach, rehabilitation, schizophrenia.