

Причинами безуспешной коррекции были отказ или недостаточно активное участие супругов в психотерапевтическом процессе, что особенно часто наблюдалось при неблагоприятном сочетании в паре психосексуальных типов мужчины и женщины, расхождении типов сексуальной мотивации супругов и несоответствии их половой конституции. Причиной рецидивов, как показали двухлетние катamnестические наблюдения, была декомпенсация расстройства личности у жены. Чаще всего это наблюдалось при частичной коррекции дезадаптации, при эмоционально неустойчивом расстройстве личности и реже всего — при ананкастном расстройстве у женщин. При этом ни у одной больной не было отмечено декомпенсации, связанной с нарушением сексуального здоровья супругов.

После осуществления предложенной системы психотерапии у подавляющего большинства супружеских пар, помимо сексуально-эротической функции, начали успешно выполняться и практически все остальные функции семьи. Повышение уровня супружеской адаптации, как правило, приводило к стойкой компенсации специфического расстройства личности у женщин, а это в свою очередь способствовало нормализации сексуального здоровья.

Таким образом, в целом высокий и стойкий терапевтический эффект при проведении разработанной нами

системы психокоррекции сексуальной дезадаптации супружеской пары при специфическом расстройстве личности у жены составил $71 \pm 3\%$. При этом успешная психотерапевтическая коррекция всех форм сексуальной дезадаптации супругов благоприятно сказывалась на динамике расстройства личности у женщин, приводя к удлинению периодов компенсации.

Список литературы

1. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике. — Киев: Факт, 1999. — 272 с.
2. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. — М.: Север, 1933. — 143 с.
3. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: Медицина, 1983.
4. Шостакович Б. В. Клинические варианты расстройства личности (психопатические расстройства). В кн.: Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. — М.: Медицина, 2000. — С. 189—249.
5. Денек М. А. Клинические формы супружеской дезадаптации при специфическом расстройстве личности у женщин // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 2 (51). — С. 53—56.
6. Кришталь В. В., Кришталь Е. В., Кришталь Т. В. Сексологія: навчальний посібник: в 4-х ч. — Х.: Фоліо, 2008. — 990 с.

Надійшла до редакції 11.07.2008 р.

М. О. Денек

Система психотерапевтичної корекції подружньої дезадаптації при специфічних розладах особистості у жінок

Полтавська обласна психоневрологічна лікарня
ім. О. Ф. Мальцева (м. Полтава)

В роботі подані дані щодо розробленої й впровадженої в клінічну практику системи психотерапевтичної корекції подружньої дезадаптації при специфічних розладах особистості у жінок, ефективність якої доведена 2-річним катamnестичним спостереженням.

М. A. Deneko

The system of psychotherapy correction of matrimonial disadaptation at specific disorders of personality for women

Regional psychoneurological hospital named after A. Ph. Mal'tsev
(Poltava)

In-process information in relation to developed and inculcated in clinical practice the system of psychotherapy correction of matrimonial disadaptation at specific disorders of personality for women, efficiency of which is proved 2-years by a catamnestic supervision is presented.

УДК 615.895.8 + 616.8-008

С. М. Дымшиц, М. Н. Юрьев, В. А. Вербенко

Крымское республиканское учреждение «Клиническая психиатрическая больница № 1», Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского (г. Симферополь)

СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВАЯ РЕАДАПТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Вопросы социально-трудовой реабилитации (адаптации) больных шизофренией являются одной из важнейших проблем современной психиатрии. Значительная распространенность, прогрессивность заболевания и частая инвалидизация больных в трудоспособном возрасте обуславливают пристальное внимание исследователей к разработке этой проблемы [1—4]. Более 60 % психиатрических коек занимают больные с обсуждаемой патологией. С появлением атипичных антипсихотиков сформировался определенный оптимизм в отношении курации дефицитарных нарушений и, соответственно, социального прогноза заболевания. Тем не менее за последнее десятилетие не произошло существенных изменений в показателях частоты поступлений в стационары, продолжительности госпитализаций и инвалидизации больных шизофренией. Большинство

специалистов, обсуждающих эту проблему в научной периодике, склоняются к мнению, что степень дезадаптации больных шизофренией в социуме во многом зависит не только от характера заболевания (формы, степени прогрессивности, возраста начала болезни), выбранного лечения, но и от влияния социальной среды в которой находится пациент [1]. В связи с этим, обозначая задачи текущего десятилетия в отношении шизофрении, ВОЗ сделала акцент на реабилитационных программах с учетом влияния социальной, культурной и религиозной сред на пациента. Констатируется, что научившись в последней четверти двадцатого века осуществлять контроль над продуктивной симптоматикой, психиатрия пока остается малоэффективной в отношении дефицитарных расстройств и резидуальных синдромов.

С формированием представлений о фармакологической реабилитации, направленной на редукцию негативной симптоматики в ремиссионный период, различные исследователи обращают все более пристальное внимание на то, как в действительности пациенты выполняют врачебные назначения. Сформировано представление о системе терапевтических отношений — комплаенсе [5]. Появление новых классов антипсихотиков позволило иначе взглянуть на задачи фармакотерапии в лечении больных шизофренией [3, 4]. Сочетанное использование атипичных антипсихотиков с психотерапией и социореабилитационными программами призвано оказать существенное влияние на социальные последствия шизофренического процесса. При такой оценке терапевтической ситуации становится очевидной необходимость оценки социально-трудовой адаптации пациентов. Тем не менее, данная проблема остается малоразработанной в отечественной и зарубежной литературе, что и побудило нас к проведению самостоятельного исследования.

Цель исследования: Изучить возможности социально-трудовой реадaptации и показатели инвалидности у больных шизофренией.

Задачами исследования являлись: Сопоставление социально-трудовой адаптации, показателей инвалидности больных шизофренией с используемой нейролептической терапией. Разработка реабилитационных программ для больных шизофренией с опорой на когнитивное функционирование и рекомендаций для практической деятельности служб психиатрической помощи.

Для решения поставленных задач проведено сравнительное клиническое исследование 986 больных шизофренией, находящихся под наблюдением Крымского республиканского учреждения «Клиническая психиатрическая больница № 1». Сопоставление и анализ данных исследования позволили наиболее полно и достоверно определить объем психопатологических проявлений, общие закономерности и особенности течения процесса, прогностические критерии и факторы, влияющие на показатели социально-трудовой адаптации, эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий.

Анализ материала показал, что из 986 больных 81,2 % больных на момент обследования находились в возрасте 23—50 лет, т. е. в наиболее трудоспособном возрасте. Длительность заболевания больных составляла от 3 до 20 лет. При распределении изученных больных в зависимости от формы заболевания выявлены следующие показатели распространенности: 58 % — параноидная форма, 22 % — простая форма, 6 % — кататоническая форма, 14 % — резидуальная форма заболевания.

По трудоспособности больные были разделены на следующие группы: работающие — 204 (20,6 %); инвалиды 2, 3-й групп вследствие шизофрении — 439 (44,5 %); больные с неформальной инвалидностью — 343 (34,7 %), т. е. те, которые не работали и на момент обследования были дезадаптированы как в трудовом, так и социальном плане.

Общее число больных трудоспособного возраста составило 800 (81,2 %) человек, в том числе 439 инвалидов по психическому заболеванию. Среди них инвалидов 2-й группы — 310 (70,6 %), 3-й группы — 129 (29,3 %). Наибольшее количество инвалидов 2-й группы имели среднее образование. При распределении всех больных в зависимости от трудоспособности и одновременно формы шизофрении установлено, что из 572 больных

с параноидной формой заболевания на момент обследования работали только 171 (29,8 %) больных. Среди них — 78 % больных занимались неквалифицированным трудом, что свидетельствует о значительной трудовой и социальной дезадаптации исследованной группы больных шизофренией.

По данным многочисленных исследований — уровень трудовой и социальной адаптации тесно связан с уровнем нейрокогнитивного функционирования больных шизофренией [6]. Способность решать ежедневные жизненные проблемы, как показано в исследовании Velligan D. J. с соавт. [7], имела при шизофрении низкую корреляцию с симптоматикой заболевания. Снижение трудовой и социальной адаптации связано с трудностями в решении личностно ориентированных и межличностных проблем — основой социальной функционирования в целом [8]. Их решение требует использования следующих параметров когнитивной деятельности: восприятия или расшифровки (идентификация задачи), обработки (последовательное представление вариантов решений) и принятия решения (ответ на задачу). Следует подчеркнуть, что данные навыки восприятия, обработки и кодирования тесно связаны с уровнем нейрокогнитивного функционирования [6]. Таким образом, вопрос о взаимосвязи нейрокогнитивного дефицита с уровнем трудовой и социальной адаптации больных шизофренией представляется чрезвычайно важным, а точкой приложения усилий как терапевтического, так и социального вмешательства становится не только уменьшение выраженности позитивной и негативной симптоматики, но и улучшение показателей когнитивного функционирования таких пациентов, в т. ч. посредством выбора наиболее эффективного во всех отношениях антипсихотического препарата [9]. Безусловно, нежелательное влияние традиционных нейролептиков на психические процессы, а именно на аффективное, когнитивное и социальное функционирование, соответствует «синдрому дефицита, вызванного нейролептиком» (NIDS) [10]. Следует отметить, что в результате терапии традиционными нейролептиками, несмотря на кажущееся улучшение их когнитивных функций за счет редукции бреда и галлюцинаций, истинная скорость и объем всех информационных процессов уменьшаются, что приводит к дальнейшему ухудшению как социального так и трудового функционирования больных шизофренией. Еще в большей степени, чем базовые информационные процессы (память, внимание и др.), у больных шизофренией на фоне традиционной нейролептической терапии, нарушаются исполнительные функции — составление и выполнение планов, решение новых проблем, требующих привлечения прежних знаний. Этот факт частично связывают с дефицитом рабочей (оперативной) памяти [6, 11]. Такие специфические дефициты когнитивных функций лимитируют, прежде всего, область реального функционирования больных. Например, пациенты, у которых имеются трудности с вниманием и контролем психической деятельности, не способны выработать адекватные социальные навыки, в результате чего они часто оказываются в трудных социальных ситуациях. Проблемы в отношении исполнительных функций также связаны с плохими трудовыми навыками. Возможно, как считает Bellac A. S. [12], осознание собственной болезни и способности исполнять требуемое лечение на регулярной основе также связано с аспектами когнитивного функционирования.

Таким образом, современные атипичные нейролептики, в связи с их положительным влиянием на нейрокогнитивное функционирование больных, должны рассматриваться как препараты первого выбора для социальной и трудовой реабилитации больных шизофренией. Безусловно, фармакотерапия является своеобразным «костылем» реабилитации и без вовлечения в восстановительно-адаптационный процесс как самого пациента, так и его родственников представляется недостаточным эффективной. На наш взгляд, наиболее оптимальным является разработка индивидуальных реабилитационных программ с опорой на когнитивное функционирование на фоне адекватно подобранной терапии атипичными антипсихотиками.

Практические рекомендації:

1. Современные атипичные нейролептики, в связи с их положительным влиянием на нейрокогнитивное функционирование больных, должны рассматриваться как препараты первого выбора для социальной и трудовой реабилитации больных шизофренией.

2. Для оценки текущего нейрокогнитивного функционирования больных шизофренией в условиях амбулаторной помощи целесообразно использовать Шкалу качества жизни, позволяющую оценить не только личностный опыт, но и качество межличностных отношений и трудовую продуктивность пациента.

3. Индивидуальные программы когнитивного восстановления основываются на обучении как пациента, так и его родственников основным принципам планирования, выполнения и контроля любой психической деятельности с многократной отработкой восстанавливаемых практических навыков (самообслуживания, коммуникаций, и т. д.).

4. Для повышения эффективности работы психиатрических учреждений рекомендуется организовать работу, направленную на популяризацию знаний о возможностях повышения социально-трудовой реабилитации больных шизофренией.

5. Необходима организация нетрадиционных форм работы лечебно-трудовых мастерских, в частности использования домашнего труда, для «приближения» ЛТМ к больным.

Список литературы

1. Тиганов А. С. Шизофрения / www.psychiatry.ru/library/lib/show.php.
2. А. С. Аведисова. Новые возможности улучшения когнитивных функций и социальной адаптации при терапии шизофрении // Фарматека. — 2004. — № 9/10, Т. 87. — С. 16—19.
3. Гурович И. Я. и др. Соотношение нейрокогнитивного дефицита и социального функционирования у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на различных этапах заболевания / Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Магомедова М. В. // Социальная и клиническая психиатрия. — 2001. — № 4. — С. 31—35.
4. Пишель В. Я. и др. Терапия больных, перенесших первый психотический эпизод: реальная клиническая практика / В. Я. Пишель, М. Ю. Польшаная, Е. В. Гузенко // Архів психіатрії. — 2006. — Т. 12, № 1—4. — С. 114—11.
5. Мишиев В. Д. Проблема комплаенса в современной психиатрии // Психічне здоров'я. — 2006. — № 1 (10). — С. 67—70.
6. Вербенко В. А. Нейрокогнитивные расстройства при шизофрении. — Симферополь: ООО ДИАИПИ, 2007. — 308 с.
7. The functional significance of symptomatology and cognitive function in schizophrenia / Velligan D. I., Mahurin R. K., Diamond P. L., et al. // Schizophr. Res. — 1997. — Vol. 7. — P. 11—31.
8. Магомедова М. В. О нейрокогнитивном дефиците и его связи с уровнем социальной компетентности у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. — № 1. — С. 92—98.
9. Вербенко В. А. Эффективность терапии нейрокогнитивных расстройств при шизофрении // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2007. — № 1 (11). — С. 90—94.
10. Shriqui C. Subjective effects of antipsychotics // Clear Perspective. — 1999. — V. 1. — P. 18—20.
11. Schizophrenia and temporal lobe epilepsy: a neuropsychological study / Gold J. M., Hermann B. P., Wyler A., et al. // Arch. Gen. Psychiatry. — 1994. — V. 51. — P. 265—272.
12. Bellac A. S. Cognitive rehabilitation for schizophrenia: is it possible? Is it necessary? // Schizophr. Bull. — 1992. — P. 51—58.

Надійшла до редакції 17.07.2008 р.

С. М. Димшиц, М. М. Юр'єв, В. А. Вербенко

Соціально-трудова реадaptaція хворих на шизофренію

Кримська республіканська установа «Клінічна психіатрична лікарня № 1», Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського (м. Сімферополь)

У статті викладені сучасні погляди на питання щодо соціально-трудова реадaptaції хворих на шизофренію. Авторами підкреслюється, що сучасні атипичні антипсихотики слід розглядати як терапію першого вибору що до соціально-трудова реадaptaції хворих на шизофренію завдяки їх впливу на нейрокогнітивне функціонування. Запропоновано розробляти індивідуальні реабілітаційні програми для хворих на шизофренію з урахуванням особливостей нейрокогнітивних функцій хворих.

S. M. Dymshyts, M. N. Uriev, V. A. Verbenko

Social-working readaptation of patients with schizophrenia

Crimean republican institution "Clinical mental Hospital № 1", Crimean State medical University named after S. I. Georgievsky (Simferopol')

Article is devoted to questions of social-working rehabilitation of patients with schizophrenia, as one of the major problems of psychiatry. By authors it is emphasized, that the modern atypical antipsychotics have positive influence on neurocognitive functioning and should be considered as preparations of the first choice for social and working rehabilitation of patients with schizophrenia. It is offered the individual rehabilitation programs for patients with schizophrenia with a support on neurocognitive functioning.