

І. О. Бабюк, Н. В. Побережна, С. І. Найденко, Л. А. Гашкова

**До питання комплексної корекції
непсихотичних психічних розладів
у хворих хронічним лейкозом**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького
(м. Донецьк)*

Проведено клініко-психопатологічне та психологічне дослідження хворих на хронічний лейкоз з метою виявлення непсихотичних психічних розладів у них. Виділена структура початкових проявів, а також клінічно окреслених форм психічних розладів при цій патології та основні синдроми: астеничний, астено-депресивний, астено-невротичний у сполученні з вегетативними розладами. Розглянуті принципи фармако- (хомбіо-нервін) та психотерапії непсихотичних психічних розладів у хворих на хронічний лейкоз. Зроблені акценти на клінічні прояви хронічного лейкозу під час вибору методики психотерапевтичного впливу. Подано результати аналізу ефективності проведених лікувальних заходів.

I. A. Babiuk, N. V. Poberezhna, S. I. Naidenko, L. A. Gachkova

**The structure of non-psychotic mental disorders
at patients with chronic leucosis and their correction**

*Donets'k national medical university
(Donets'k)*

Clinical, psychopathologic and psychological inspection of patients by chronic leucosis is carried out with the purpose of revealing not psychotic disorders. The structure of initial manifestations, and also the completed forms of not psychotic disorders is designated at this pathology and the basic sets of symptoms: asthenic, asthenodepressive, asthenonevrotic in a combination to vegetative frustration. Principles of a pharmaco- and psychotherapy not psychotic disorders at patients with a chronic leucosis were considered. Accents on clinical manifestation of a chronic leucosis are made at a choice of a technique of psychotherapeutic influence. Results of the analysis of efficiency of the carried out medical actions are submitted.

УДК 616.89-07-036.66

В. А. Демченко, В. В. Зогуля, С. В. Пономарев

Киевская городская психоневрологическая больница № 2 (г. Киев)

**КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПСИХОТИЧЕСКОМ ЭПИЗОДЕ**

Под психосоциальной реабилитацией понимается восстановление (формирование — в случае изначальной недостаточности) нарушенных когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности (включая навыки, знания, умение взаимодействовать, решать проблемы и пр.) у психически больных с изъятиями социальной адаптации, обеспечивающих их интеграцию в общество (И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова, 2001). С этой целью используется комплекс психосоциальных воздействий различных форм и методов, направленных на восстановление потенциала пациента, что делает возможными его усилия для достижения более полного или равного с другими положения в обществе.

Первичную психологическую помощь лицам, перенесшим первичный психотический эпизод, можно разделить на ряд этапов. Первый этап заключается в установлении доверительного контакта и в подробном анализе проблемы. На втором этапе выявляются личностные особенности пациента. На третьем осуществляется интеллектуализация; на этом этапе пациент овладевает проблемой и учится решать задачи, возникающие в процессе лечения. И, в заключение, на четвертом этапе формируется чувство уверенности и планирование различных видов деятельности.

После перенесенного первого психотического эпизода является важным вернуть человека в общество и сохранить его трудовые навыки, другими словами — адаптировать его к окружающей среде. В восстановлении важно учитывать внутренние ресурсы человека, чтобы его желания совпадали с его возможностями, с физическими и психологическими силами. И. Я. Гурович и А. Б. Шмуkler в своей книге «Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных» (2002 г.) выделяют следующие три этапа психосоциальной реабилитации:

1. Этап активных психосоциальных воздействий (психосоциальная терапия). Это этап психосоциального лечения, то есть использования различных, из имеющегося арсенала, форм психосоциальных воздействий,

направленных на восстановление у больных оказавшихся нарушенными или недостаточными когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов, с учетом обусловленных ими особенностей социальной дезадаптации. Это последнее обстоятельство требует, как обычно при терапии, назначения соответствующих адекватных форм психосоциальных воздействий.

Начало процесса психосоциальной реабилитации не обязательно совпадает с пребыванием пациента в больнице. Он может начаться в любом периоде оказания психиатрической помощи. Важно другое — определение характера и степени социальной дезадаптации, нуждаемости в той или иной конкретной форме психосоциального воздействия. Это обычно этап наиболее активных психосоциальных воздействий.

2. Этап практического освоения приближенных к прежним или новых для пациента ролевых функций и социальных позиций.

В основном это функция всего комплекса «промежуточных» (между психиатрическими учреждениями и обществом) организационных звеньев, приближающих пациента (с помощью ступенчатого практического освоения социальных ролей и позиций) к жизни непосредственно среди населения. Одновременно это процесс «генерализации» восстанавливаемых навыков, умений, знаний (полученных с помощью различных форм психосоциальных воздействий и использующих, естественно, более узкий круг моделей) применительно к все более сложным социальным отношениям и требованиям, то есть к тому, что ожидает пациента при возвращении в жизнь.

3. Этап закрепления и поддержки в той или иной степени неполного или полного социального восстановления.

Совершенно очевидно, что в социальной поддержке и продолжении психосоциальной работы в сообществе значительная часть пациентов будет нуждаться постоянно. Эффект примененных психосоциальных воздействий (образовательных, тренинговых и др. программ)

сохраняется лишь определенное время, после чего, по-видимому, требуется их повторение. Во всяком случае, психосоциальная или социальная поддержка является существенным компонентом психосоциальной реабилитации.

Процесс психосоциальной реабилитации может быть начат на любом этапе оказания психиатрической помощи — вне острых состояний (обострений), но как можно раньше после купирования острых проявлений психического расстройства. Чем раньше по отношению к началу заболевания начинаются психосоциальные мероприятия, тем скорее можно рассчитывать на более благоприятный прогноз. Психосоциальные вмешательства должны быть, во-первых, дифференцированы и направлены на достижение определенной цели (или целей) и, во-вторых, ограничены во времени. Отсутствие структурированности и неопределенность во времени делает психосоциальное вмешательство менее эффективным.

Психосоциальная реабилитация должна осуществляться на различных уровнях, тесно связанных видами работ, таких как индивидуальная, групповая, работа с семьей. Групповая работа — один из важных реабилитационных методов. Так как личность всегда взаимодействует с обществом, она погружена в межличностные отношения. Общение — это «сложный и многогранный процесс — определяет Е. П. Ильин, — который может выступать в одно и то же время и как процесс взаимодействия индивидов, и как информационный процесс, и как отношение людей друг к другу, и как процесс взаимовлияния друг на друга, и как процесс сопереживания и взаимного понимания друг друга». Другими словами, общение — это способ бытия человека во взаимосвязях с другими людьми.

Так, в своем практикуме И. Я. Гурович и А. Б. Шмуклер предлагают для реализации психосоциальных мероприятий задействовать полипрофессиональные бригады специалистов — психиатра, медицинского психолога, социального работника и специалиста по социальной работе. Теоретически различают несколько типов групп, среди которых — рабочие, обучающие, консультационные, психотерапевтические. Рабочие группы — это группы, создающиеся для решения конкретной непсихологической задачи. Основная задача таких групп — освоить какую-либо деятельность или продвинуться в той или иной деятельности. В ряде случаев руководитель такого рода группы использует законы групповой динамики, чтобы быстрее и эффективнее двигаться к намеченной цели. Обучающие группы учат способам решения типичных проблем, с которыми сталкиваются люди, составляющие данную группу, способствуют выработке тех или иных социальных навыков. Обучающая группа — это, по сути, тематический семинар с элементами тренинга, здесь эффективно проводить тренинг социальных навыков. В консультационных группах проблемы решаются в процессе взаимодействия участников, в ходе их совместных переживаний и обсуждения того, что происходит в группе в данный момент — «здесь и теперь». Основной инструмент достижения цели в консультационных группах — процесс межличностных отношений внутри группы. Психотерапевтические группы нацелены на решение серьезных психологических проблем, на психологические (эмоциональные, когнитивные и поведенческие) изменения участников. Групповая психотерапия имеет множество вариантов и методов — от психоаналитически ориентированных методов «глубокого проникновения» до социально-психологических тренингов и поддерживающих технологий.

Группы могут быть однородными (гомогенными) и неоднородными (гетерогенными), закрытыми (не принимать новых членов группы) и открытыми (замещающими выбывших участников новыми).

В работе с психически больными хорошо себя зарекомендовали гетерогенные группы с включением непсихотических пациентов в группы психотиков для стимулирующей роли. Число пациентов в закрытых группах может варьировать в пределах от 5 до 10 человек. В нашем отделении дневного стационара это 6—8 человек. Четное число участников обусловлено тем, что члены группы могут разбиться на пары для выполнения парных упражнений и при этом диапазон мнений и точек зрения будет достаточно широким и разнообразным. Количество групповых занятий — от 10 до 12, 1—2 раза в неделю в условиях дневного стационара. Продолжительность групповой сессии варьирует от 45 до 60 минут. Верхний предел (вплоть до полутора часов) вводится для хорошо функционирующих пациентов.

Не рекомендуется включать в группы острых психотических больных, с выраженной степенью слабоумия, больших агрессивных, с выраженной тревожностью, расторможенностью, наличием грубой психопатологической симптоматики, отражающейся на поведении.

Психообразовательный подход является одним из видов групповых методов и относится к так называемому обучающему типу, при котором занятия строятся по принципу тематического семинара с элементами социально-поведенческого тренинга. Психообразование ориентировано на работу с содержанием. Психообразовательную программу целесообразно — предлагают в своей книге И. Я. Гурович и А. Б. Шмуклер — проводить в закрытых группах, с фиксированной датой начала и окончания обучающего курса и ограниченным числом участников от 6 до 10—15 человек. Каждый цикл психообразования состоит из 10—12 занятий продолжительностью 45 минут каждое. Частота занятий — 1—2 в неделю. Каждая последующая встреча является продолжением предыдущей, так что участники группы должны посетить весь цикл. Оптимальным вариантом количества ведущих в психообразовательных группах является наличие двух ведущих — врача-психиатра и психолога (или специалиста по социальной работе, или социального работника). Роли ведущих должны быть четко структурированы и дополнять друг друга. Содержательную часть обучающей программы берет на себя врач-психиатр. Она включает в себя информацию о болезни, ее причинах, течении, прогнозе, индивидуальных особенностях, роли и характере медикаментозной терапии и обычных действиях препаратов. Специалист по социальной работе следит за организационными моментами, а также проводит занятия по предоставлению информации о ресурсах сообщества, по проблемам стигматизации и трудоустройства и т. д.

В процессе групповой и индивидуальной работы пациентам следует давать полную информацию о протекании болезни, возможных повторных срывах и своевременных распознаваниях симптомов болезни.

В семье должен быть сделан акцент на создании поддерживающей атмосферы, которая способствовала бы более эффективному выходу и возвращению к обыденной жизни. Если такие условия соблюдаются, снижается психологический дистресс, и пациент, чувствуя поддержку близких ему людей, проявляет более активные действия по возвращению к нормальной, привычной ему жизни.

Таким образом, посредством методов психосоциальной реабилитации мы достигаем более быстрого и эффективного лечения пациентов, перенесших первый психотический эпизод, возвращения их в общество, повышения уровня качества жизни, которое по

определению ВОЗ является восприятием людьми своего положения в жизни в зависимости от культурных особенностей и систем ценностей и в связи с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами.

Надійшла до редакції 11.03.2009 р.

В. А. Демченко, В. В. Зозуля, С. В. Пономарьов
**Клінічні аспекти психосоціальної реабілітації
 при первинному психотичному епізоді**

Київська міська психоневрологічна лікарня № 2 (м. Київ)

Виділено етапи первинної психологічної допомоги особам, що перенесли первинний психотичний епізод, психосоціальної реабілітації таких хворих. Описано методи й способи реалізації психосоціальних заходів з використанням поліпрофесійних бригад фахівців, робочих, навчальних, консультаційних, психотерапевтичних груп. Докладно викладені рекомендації з організації роботи груп щодо кількості учасників, кількості групових занять, тривалості групової сесії.

У результаті індивідуальної, групової роботи й роботи з родиною досягається більш швидке й ефективне лікування пацієнтів, що перенесли перший психотичний епізод, повернення їх у суспільство, підвищення рівня якості життя.

V. A. Demchenko, V. V. Zozulya, S. V. Ponomaryov
**Clinical aspects of a psychosocial rehabilitation
 in the first psychotic episode**

Kyiv City Psychoneurological Hospital No.2 (Kyiv)

Stages of a primary psychological aid for persons after the first psychotic episode and of a psychosocial rehabilitation for these patients are defined. Methods and means of realization of psychosocial activities with involvement of multiprofessional teams, working, educational, consultative, and psychotherapeutic groups are described. Guidelines on organization of the group work concerning an amount of participants, number of group sessions, and duration of a group session are presented in details.

The individual and group work and work with family result in a more rapid and effective treatment of patients after the first psychotic episode, their returning into society, and an improvement of their quality of life.

УДК 616.89-008.447-085-036:615.214.2-053.9

Н. В. Журавель, канд. мед. наук, зав. отделением неврологии, А. С. Синягина
 Областной госпиталь для инвалидов ВОВ (г. Днепрпетровск)

**КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ И ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА РИССЕТ (РИСПЕРИДОН)
 В ТЕРАПИИ ПСИХООРГАНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ**

При лечении неврологических больных пожилого возраста врач нередко сталкивается с сопутствующей проблемой выраженной психоорганической симптоматики. У этой категории пациентов психоорганические синдромы зачастую перекрывают симптомокомплекс основного заболевания и/или являются ведущими в клинической картине болезни.

Клинические наблюдения пожилых больных, в том числе пациентов с деменцией, показывают различные поведенческие расстройства с проявлением симптомов агрессивности (немотивированные вспышки гнева, физическое насилие), тревоги, нарушениями психической деятельности (возбуждение, бред), психотическими симптомами, сенесто-ипохондрической симптоматикой. Имеют место ситуации, когда деструктивное поведение (агрессивность, импульсивность, аутоагрессия) доминирует над основной патологией, что существенно затрудняет диагностические мероприятия и обуславливает отсутствие минимальной приверженности пациента лечению. Все эти состояния в комплексе лечебных мероприятий требуют назначения препаратов из группы нейролептиков.

Независимо от особенностей химической структуры и механизма действия, все препараты группы нейролептиков имеют сходные фармакологические свойства: оказывают выраженное антипсихотическое действие, снижают психомоторную активность, уменьшают психическое возбуждение, обладают противорвотным действием, однако оказывают и нейротропное действие, проявляющееся в развитии экстрапирамидных и вегетососудистых нарушений [4, 8]. Большинство нейролептиков являются антагонистами дофаминовых рецепторов, расположенных в мезолимбической и стриопаллидарной системе мозга, за счет чего и реализуется

их антипсихотический эффект. Исследования показали, что группа дофаминовых рецепторов неоднородна. Лишь некоторые из них участвуют в формировании психотической симптоматики и, соответственно, участвуют в реализации антипсихотического действия нейролептиков. Воздействие же нейролептиков на другие группы дофаминовых рецепторов приводит к появлению экстрапирамидных нарушений и других побочных эффектов, а их роль в формировании собственно терапевтического ответа крайне незначительна [6, 7].

В связи с этим возникает вопрос о возможности назначения столь клинически обоснованных препаратов пациентам геронтологической группы, учитывая их влияние на сердечно-сосудистую и нейроэндокринную системы. Существенным камнем преткновения у пожилых пациентов при приеме первого поколения нейролептиков всегда было выраженное усиление проявлений паркинсонизма, который, как известно, является возраст-зависимой патологией.

В научных исследованиях было отмечено, что в развитии психопатологической симптоматики большое значение имеет и серотонинергическая система. Одновременное блокирование дофаминовых и серотониновых рецепторов приводит не только к более быстрой и полной редукции позитивных психопатологических расстройств, но и к уменьшению признаков негативных изменений. Фармакологической реализацией этой гипотезы стало появление атипичных нейролептиков, или нейролептиков второго поколения (клозапин, рисперидон) [3]. Эти препараты при клинически полном нейролептическом спектре активности оказывают, по сравнению с классическими нейролептиками, более избирательное нейрохимическое