

Л.Н. Гуменюк<sup>1</sup>, А.А. Савин<sup>2</sup>

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ

<sup>1</sup>ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского» <sup>2</sup>КРУ «Психиатрическая больница №5»

**Ключевые слова:** первый психотический эпизод, реабилитация

**Введение.** Психосоциальная реабилитация больных с первым психотическим эпизодом (ППЭ) на сегодняшний день является одной из наиболее актуальных медико-социальных и клинико-психологических проблем. Установлено, что раннее вмешательство приводит к снижению тяжести заболевания, обеспечивает ускорение наступления ремиссии, снижает риск развития когнитивного дефицита и суицидального поведения, что обеспечивает возобновление социального функционирования, препятствует хронизации патологии, сокращает количество госпитализаций и их длительность [1;2]. В настоящее время происходит реструктуризация системы здравоохранения, в том числе психиатрии с целью повышения эффективности реабилитации лиц с ППЭ. «Реабилитация психически больных состоит в их ресоциализации, возможно более полном восстановлении (сохранении) индивидуальной и общественной ценности больных, их личного и социального статуса»

Профессионалы в сфере здравоохранения и охраны психического здоровья всего мира расширяют свое понимание здоровья в целом и психического, в частности, с тем, чтобы развить парадигмы здоровья, которые рассматривают общее и психическое здоровье индивидуумов как продукт взаимодействия между человеком и окружающей его средой, что является динамической интерактивной перспективой, формирующей основы международного подхода к практике психосоциальной работы в сфере психического здоровья.

**Цель исследования.** Систематизировать современные представления по проблеме ППЭ психозфрении.

**Методы исследования.** Системный структурно – функциональный и структурно-уровневый анализ.

**Результаты исследования.** В течение последних десятилетий в психиатрии утвердилось понимание того, что, несмотря на бурное развитие теорий психических заболеваний и основанных на этих теориях высокоэффективных биологических методов, по современным стандартам психофармакотерапии в качестве единственного метода лечения психоза недостаточно. Для формирования благоприятного течения заболевания необходимо максимально раннее включение пациента в индивидуальную реабилитационную программу, еще на этапе купирующей терапии. Согласно точке зрения многих отечественных и зарубежных исследователей, улучшение как клинического, так и социального прогноза обеспечивает лишь комплексная терапия (сочетание медикаментозных стратегий с психосоциальными влияниями), что признано «золотым» стандартом помощи данному контингенту

Длительность лечения больного с ППЭ определяется комплексом клинико-психопатологических, патопсихологических и социальных факторов. В настоящее время в качестве диагностических критериев наряду с клиническими данными все более активно рассматриваются показатели социального функционирования (СФ) и качества жизни (КЖ) [3].

Основными целями терапии данного контингента является минимизация длительности не леченого психоза, профилактика следующих (очередных) эпизодов и возобновления социального функционирования.

В литературе широко представлены рекомендации раннего подключения психосоциальных вмешательств к ведению больных с ППЭ. Разработке задач и методов комплексного лечения данному контингенту посвящены работы многих ученых и клиницистов. Однако исследователи по-разному

подходят к вопросам дифференциации. Так, M.F. Green (1996) [4] указывает, что при создании модулей психосоциального лечения необходимо учитывать когнитивные особенности больных, что позволит соответствующим образом строить индивидуальные и групповые занятия. Психосоциальные воздействия должны быть нацелены на устранение или минимизацию «лимитирующих факторов» (КН, препятствующие успешной социальной адаптации). При этом автор подчеркивает, что выявление наиболее сохранных познавательных функций с помощью нейропсихологического обследования служит основанием для более тонкой спецификации различных типов и видов подобных воздействий.

М.М. Кабанов (1998) [5] считает, что важнейшей задачей, стоящей перед профессионалами сферы психического здоровья является поддержание комплаенса, как «осознанного» выполнения пациентом рекомендаций врача. Проблема комплаентного поведения включает компоненты, связанные с пациентом, лекарственными препаратами и окружающей средой, что требует мультидисциплинарного подхода для ее решения. При этом основой психосоциального воздействия считается установление и поддержание прочного терапевтического партнерства с самим пациентом и его ближайшим окружением (в первую очередь с семьей). Е.Б. Любов (2001) [6] указывает, что «многофакторность проблемы комплаенса определяет мультидисциплинарный подход для ее решения, заложенный в модели управления болезнью».

В последних исследованиях подчеркивается значимость своевременности и фазоспецифичности вмешательств при первых психотических эпизодах. В литературе имеются указания на необходимость дифференциации задач и методов лечебного направления в зависимости от фаз (этапов) ППЭ и возраста ее возникновения. Интерес к этапам развития заболевания объясняется возможностью ранней диагностики и разработки превентивно-терапевтических мероприятий, в том числе и целевых психосоциальных воздействий. Исследователи, работающие в данной области считают, что учет особенностей каждой фазы при создании

программ комплексного терапевтического вмешательства будет способствовать повышению их эффективности.

В.А. Абрамов с соавт. (2006) указывают [7], что при разработке целей и методов воздействия на пациента, прежде всего, необходимо учитывать биопсихосоциальную модель, предусматривающую выделение трех сфер, на которые оказывается терапевтическое воздействие: сфера повреждения (психическое расстройство, выраженное в конкретном категориальном диагнозе); сфера функциональной недостаточности (дисфункция личности); сфера ограничения (дефекта) социальной активности пациента.

Многие современные ученые считают, что мишенями психосоциальной терапии должны быть дезадаптивные (патопротекторные) психологические механизмы функционирования личности в условиях болезни.

А.П. Коцюбинский с соавт. [8] указывают, что для своевременной и более качественной стратегии и тактики медико-социальной работы с данным контингентом необходимо учитывать индивидуальную структуру механизмов психологической защиты, копинг-стратегии и личностные ресурсы каждого конкретного больного.

Исходя из биопсихосоциальной модели психических расстройств, ведущим в ее лечении является комплексный подход, основанный на принципе полипрофессионального бригадного ведения с проведением психотерапии, психосоциального лечения и реабилитации психически больных.

От эры традиционного подхода к оказанию психиатрической помощи пациентам с ППЭ в учреждениях (институтах) происходит переход к системе обслуживания с опорой на сообщество. В научных исследованиях последнего периода определено, что 60% данного контингента можно лечить вне стационарно. Остальные пациенты после купирования агрессивных и аутоагрессивных тенденций также нуждаются в максимально раннем переводе на амбулаторный и полумбулаторный режим [9].

Реорганизация сети психиатрических услуг произошла путем смещения ее центра тяжести со стационарного лечения и длительного пребывания в больнице в сторону создания клиник ППЭ (для купирования

острых состояний) и развитой сети амбулаторных реабилитационных и поддерживающих структур, занимающихся интеграцией людей с психическими расстройствами в социум, а также созданием атмосферы толерантности и принятия этих пациентов в обществе. Проведение терапевтического процесса в наименее стигматизирующих условиях обеспечивает раннее восстановление функционирования, позволяет сохранить социальные связи, привлечь к лечебному процессу семью и ближайшее окружение. Таким образом, при оказании помощи данному контингенту, предпочтение должно отдаваться преимущественно полустационарной и амбулаторной формам обслуживания больных. Такие формы работы внедрены во многих странах мира.

Основными задачами скоординированных медицинских, психотерапевтических и социальных действий больных с ППЭ являются: предотвращение ранней инвалидизации больного, распада его семьи, разрыва социальных связей, сохранение привычного уровня СФ, бездефектную реинтеграцию в сообщество, приспособление к требованиям реального окружения, достижение независимого функционирования в обществе, расширение его реальных полномочий и улучшения КЖ. Следовательно, наиболее эффективным является психосоциальный подход — обеспечение равновесия между психической жизнью человека и социальными взаимоотношениями, влияющими на его жизнедеятельность. Исходя из этого, в современной литературе, посвященной теории и практике психосоциальной терапии ППЭ выделяют следующие ее основные принципы: максимально раннее начало по отношению к появлению первых признаков заболевания; дифференцированность, направленность на достижение конкретных целей, структурированность и ограниченность во времени; последовательность с учетом все большего приближения к обычным жизненным требованиям и достижению социальной компетенции; поэтапность и закрепление путем неоднократных повторений.

На настоящее время наиболее эффективными методами медико-социальной помощи для больных с ППЭ, как особой группы психиатрических пациентов, признаны

следующие базовые формы психосоциального лечения: психообразование больных и их родственников, семейная терапия, тренинг социальных навыков и когнитивных функций, личностная и когнитивно-поведенческая терапия, социально-трудовая реабилитация, групповая психосоциальная терапия, что подтверждено многочисленными исследованиями отечественных и зарубежных авторов, а также многолетним клиническим опытом.

Психообразование больных и их родственников является неотъемлемым компонентом современной комплексной психиатрической помощи. Его основным принципом является предоставление пациенту информации относительно заболевания и обработку адекватного психологического отношения к болезни. Успешная психообразовательная работа является предпосылкой эффективного лечения больных с ППЭ, сохранения высокого уровня комплаенса и возможности полноценной реализации психосоциальных программ.

Широкой популярностью пользуется семейная терапия, направленная на работу с семьей и базирующаяся на положении о том, что семейный коммуникативный стиль, стратегии владения и компетентности в решении проблем имеют прямое отношение к модели «диатез-стресс-уязвимость» при психическом расстройстве. Ее приверженцы считают, что данный подход является универсальным, не требует глубокого вмешательства в сложные психологические и системные особенности каждой семьи, не касается глубинных механизмов внутрисемейного взаимодействия. Основной целью данной терапии является предоставление информации относительно обстоятельств, которые могли спровоцировать развитие заболевания, его течение, рецидивы и прогноз; обоснование необходимости возможных подходов к лечению, роли окружающих в восстановлении КЖ больного. Психообразование родственников пациентов позволяет снизить частоту повторных госпитализаций больных. При этом отмечается, что эффект психобразовательной работы тем значительнее, чем раньше данный вид вмешательства будет включен в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий. Комму-

никативный тренинг для членов семьи направлен на устранение конфликтности и неопределенности в общении, на коррекцию системы как позитивной, так и негативной обратной связи в семье. КПТ включает высокоструктурированные директивные поведенческие техники (постановка целей, моделирование, поведенческие повторения, подкрепления). Исследователи [10] подчеркивают, что отрицание пациентом психотического опыта может представлять собой «здоровое сопротивление психологической угрозе стигматизации. Соответственно одной из важнейших целей психообразования становится преодоление стигмы психического заболевания. Рядом авторов показана эффективность семейной терапии в отношении уровня обострений и повторных госпитализаций – по сравнению с обычным обслуживанием их количество уменьшается в 2,5 раза [11].

Большой интерес вызывает тренинг социальных навыков и когнитивных функций, который учитывает не только навыки межличностных контактов, но и эмоциональные, когнитивные и двигательные составляющие функционирования и направлен на повышение стойкости уязвимых в психобиологическом отношении больных к стрессовым факторам (требования общества, семейные конфликты). Данный подход способствует формированию инструментальных навыков (взаимодействие с различными государственными и частными учреждениями, распределение бюджета, ведение домашнего хозяйства, осуществление покупок, проведение свободного времени) и навыков межличностного взаимодействия (способность вести беседу, дружественные и родственные взаимоотношения).

Большинство авторов сходятся во мнении о необходимости использования личностной терапии у больных шизофренией с ППЭ, подразумевающей постепенное возрастание психосоциального воздействия с учетом уязвимости пациентов в результате когнитивного дефицита. G.E. Hogarty et al. (1997) [12] указывает, что эффект личностной терапии проявляется в положительном влиянии на большинство показателей социального приспособления и продолжает нарастать во 2-й и 3-й годы после начала тера-

пии, в отличие от поддерживающей терапии и семейных вмешательств. Максимальный эффект которых в плане приспособления регистрируется только в течение первых 12-ти месяцев, а затем следует «плато».

Весьма эффективным методом в структуре лечения следует считать групповую психосоциальную терапию, которая предусматривает восстановление у больных социальных навыков (от простых бытовых до более сложных – социально-психологических), определяющих социальную компетентность.

I.R.H. Falloon et al., (1998) [13] отмечают, что присоединение к поддерживающей медикаментозной терапии таких методов как социальное ведение случая, психообразование семьи, тренинг социальных навыков, приводит к значимому снижению риска повторных обострений.

Многими исследователями [14] указывается, что в план реабилитации пациентов с ППЭ обязательно должна включаться социально-трудовая реабилитация, основными задачами которой являются тренинг трудовых навыков и помощь в трудоустройстве. Оценка трудовых навыков и умений предусматривает изучение их преморбидного уровня, а также анализ возможностей на настоящее время. При этом необходимо учитывать как субъективное мнение пациентов, так и объективные данные (информацию от родственников, с места работы и др.).

В исследованиях Л.Г. Мовиной (2005) доказано, что при осуществлении психосоциальных интервенций отмечается повышение качества ремиссии в 1,5 раза, снижение частоты повторных госпитализаций в 3,8 раз, а также снижение нагрузки на семью, улучшение СФ и КЖ, улучшение отношений с окружающими, усиление поддержки референтной группы.

**Выводы.** Актуальность изучения ППЭ шизофрении обусловлена рядом обстоятельств: как возможности научно-исследовательских изысканий для изучения нейробиологической природы заболевания и взаимосвязанного с ней нейрокогнитивного дефицита, так и в разработке мероприятий по организации эффективного оказания медико-социальной помощи и профилактики неблагоприятного течения заболевания.

По результатам аналитического обзора источников научно-медицинской информации в соответствии с изучаемой темой, можно сделать вывод о том, что задержка лечения ППЭ шизофрении приводит к более выраженной позитивной и негативной симптоматике; ухудшению СФ больных. Соответственно, комплексные терапевтические вмешательства, направленные на снижение длительности нелеченого психоза несут экономически обусловленные приоритеты ППЭ.

### Литература

1. Пішель В.Я. Сучасні можливості раннього виявлення пацієнтів з першим психотичним епізодом в загально медичній практиці. / В.Я. Мішель, К.В. Губенко // Таврический журнал психиатрии. – 2007. – V. 11, 4(41). – С. 37-41.
2. Любов Е.Б. Первый эпизод шизофрении: клинико-эпидемиологический и социально-экономический аспекты / Е.Б. Любов, А.А. Бессонова // Российский психиатрический журнал. – 2008. – № 2. – С. 46-50.
3. Демчева Н. К. Новые подходы к оценке показателей качества жизни и социального функционирования психически больных и возможности их применения в эпидемиологических исследованиях / Н. К. Демчева // Рос. психиатр. журнал. – 2006. – № 5. – С. 30–38.
4. Green M.F., Kern R. S., Braff D., Mintz J. Neurocognitive functional outcome in schizophrenia: are we measuring the right stuff? // *Schizophr. Bull.* -2000.-Vol. 26.-P. 119-136.
5. Кабанов М. М. Некоторые современные социально-психологические проблемы охраны психического здоровья в России / М. М. Кабанов // Рос. психиатр. журнал. – 2007. – № 3. – С. 85–87.
6. Любов Е.Б. Первый эпизод шизофрении: клинико-эпидемиологический и социально-экономический аспекты / Е.Б. Любов, А.А. Бессонова // Российский психиатрический журнал. – 2008. – № 2. – С. 46-50.
7. Абрамов В. А. Первый психотический эпизод и проблемы медико-социальной реабилитации больных / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, И. И. Кислицкая // Журн. психиатрии и мед. психологии. – 2005. – № 1. – С. 3–9.
8. Коцюбинский А. П. Психопатология и качество жизни при шизофрении / А. П. Коцюбинский, О. В. Лапшин, С. В. Пхиденко // Соц. и клин. психиатрия. – 2004. – № 4. – С. 32–37.
9. Марута Н.А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) // Украинський вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 1 (50). – С. 21-24.
10. Гурович И.Я. Особенности психообразовательной работы с пациентами с первым психотическим эпизодом и их семьями / И.Я. Гурович, Л.И. Сальникова, М.В. Магомедова и др. // Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. / Под редакцией профессора И.Я. Гуровича и д.м.н. А.Б. Шмуклера. - М., 2002. - С. 98-108.
11. Марута Н.А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) // Украинський вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 1 (50). – С. 21-24.
12. Moller P., Husby R. The initial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior // *Schizophrenia Bull.* – 2000. – Vol. 26. – P. – 217-232.
13. Malla A.K., Norman R.M., Joober R. First-episode psychosis, early intervention, and outcome: what have we learned? // *Can. J. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 50 (Suppl. 14). – P. 881-891.
14. Falloon I.R.H., Coverdale J.H., Laidlaw T.M. et al. and The OTP Collaborative Group. Early intervention for schizophrenic disorders // *Br. J. Psychiatry.* - 1998. - Vol. 172, Suppl. 33. - P. 33-38.

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ПЕРШИМ ПСИХОТИЧНИМ ЕПІЗОДОМ

Л.М. Гуменюк, А.О. Савін

У статті наведено інформаційно-теоретичний аналіз сучасних підходів до реабілітації хворих з першим психотичним епізодом.

**Ключові слова:** перший психотичний епізод, реабілітація

## MODERN APPROACHES TO REHABILITATION OF PATIENTS WITH THE FIRST PSYCHOLOGICAL EPISODE

L.N. Gumenyuk, A.A. Savin

The information-theoretical analysis of modern approaches to rehabilitation of patients with the first psychological episode is presented in the article.

**Keywords:** the first psychological episode, rehabilitation

УДК: 616.89

В.Л. Гавенко, И.В.Лещина

## ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Харьковский национальный медицинский университет МОЗ України

**Ключевые слова:** психические и поведенческие расстройства, иностранные студенты

Отмеченное многими авторами увеличение в Украине и во всем мире распространенности пограничных психически расстройств ставит в число приоритетных вопросы ранней диагностики, коррекции и профилактики данной патологии [1].

Особенно актуальна эта проблема в отношении студенческой молодежи, поскольку она представляет тот потенциал, которому предстоит решать важнейшие задачи по развитию и преобразованию общества. Высокая умственная и психоэмоциональная нагрузка, вынужденные частые нарушения режима труда, отдыха и питания, необходимостью адаптироваться к новым условиям проживания и обучения, поиска дополнительных источников заработка, неуверенность в своем будущем и многие другие факторы требуют от студентов мобилизации сил для адаптации к новым условиям проживания и обучения, формирования межличностных отношений вне семьи и преодоления сложных жизненных ситуаций [2].

Интернационализация современного высшего образования актуализирует проблему адаптации иностранных студентов к чуждой им действительности высшей школы незнакомой страны. Примерно двое из ста обучающихся в высшей школе в мире на настоящий момент - иностранные студенты [3].

Психическое здоровье, студенческой молодежи является необходимым условием

качественной учебы в ВУЗе. Пограничные психические расстройства являются одной из основных причин снижения успеваемости и работоспособности иностранных студентов и зачастую приводят к академическим отпускам или отчислениям. Важная роль в возникновении пограничных психических расстройств у студентов принадлежит нарушениям адаптации. Этот фактор особенно значим в развитии психической патологии у иностранных и приезжих студентов [4].

В ряде работ выделены основные факторы развития дезадаптивных расстройств у иностранных студентов, среди которых, прежде всего, следует отметить: **социально-психологические** - изменение привычной социальной среды, ритма жизни, условий проживания, резкое ограничение круга общения, языковой барьер, замедляющий коммуникативные процессы, несоответствие представлений и ожиданий студента с реальной действительностью; **индивидуально-психологические** включающие особенности личностных качеств студента, свойств его психических процессов (восприятия, мышления, памяти, эмоций и чувств), особенностей индивидуального поведения; **психофизиологические** - особенности физиологических механизмов обеспечения деятельности, функциональных резервов организма, психофизиологические свойства студента [5].