

78–105.

12. Покалев Г.М. *Нейроциркуляторная дистония*. Н. Новгород (1994).

13. Савицкий Н.Н. *Биофизические основы кровообращения и клинические методы изучения гемодинамики*. Ленинград (1963).

14. Сартorius Н. *Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств*. Киев (1997).

15. Табачников С. И., Титиевский С. В. *Психосоматические расстройства и постчернобыльский синдром // Doctor*. — 2002. — № 6. — С. 14–16.

16. Тополянский В. Д., Струковская М. В. *Психосоматические расстройства*. — М.: Медицина, 1986. — 384 с.

17. Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., Довженко Т. В. и др. *Концепция соматизации. История и современное состояние // Социальная и клиническая психиатрия*. — 2000. — Т. 10, № 4. — С. 81–97.

18. Alexander F. *Psychosomatische Medizin*. — Berlin–New York: De Gruyter, 1950. — 2 Aufl.

Keller R. *Somatization. Theories and Research // J. Nerv. Ment. Dis.* — 1990. — Vol. 3. — P. 150–178.

19. Rief W., Hiller W. *Somatisierungstoerung und Hypochondrie*. — Goettingen–Bern–Toronto–Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie, 1990.

20. Selye H. *The stress of life*. — New York: McCraw–Hill Book Co., 19

СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ : КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ

Б.В. Михайлов, О.І. Кудінова

Проведений аналіз найбільш важливих механізмів психосоматичних взаємовідношень. Показана необхідність ретельної рубрифікації соматоформних розладів. Визначені варіанти їх клінічної маніфестації, принципи діагностики та побудови патогенетичної терапії. Висвітлені питання етапної організації психотерапевтичного процесу в сучасних умовах

Ключові слова: соматоформні розлади, психотерапія

SOMATOFORM DISORDERS: CLINIC, DIAGNOSTIC, PRINCIPLES OF THERAPY

B.V. Mykhaylov, O.I. Kudinova

In the article the main sights on psychosomatic mechanisms of mutual relations have analysed, the necessity rubrication of somatoform disorders is justified, their clinical manifestations, principles of diagnostics and pathogenetic therapy are considered. The paths of introduction of the adequate organizational forms of psychotherapy improvement at the present stage are offered

Keywords: somatoform disorders, psychotherapy

УДК 616.895.8-08-039.76

В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова

ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ РАННЕЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Донецкий Национальный медицинский университет им.М.Горького, г. Донецк

Ключевые слова: интегративная модель, психосоциальная реабилитация, шизофрения

Современные стандарты оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами характеризуется сочетанием биологической и психосоциальной терапии, ее соответствием этапу развития заболевания (первый психотический эпизод, ремиссия, рецидив, этап хронизации), потребностям пациентов и их ближайшего микросоциального окружения [1– 5]. Реабилитация больных с манифестным приступом шизофрении направлена на осуществление клинических (достижение ремиссии (выздоровления), индукция ремиссии («очищение» ремиссии), консолидация ремиссии (продление ремиссии, предотвращение рецидива)), психологических (развитие эмоционально-мотивационных, когнитивных и коммуникативных ресурсов личности, сохранение и при возможности развитие навыков и умений, а также оптимального социального опыта жизнедеятельности в обычной для пациента среде) и социальных целей (достижение независимого функционирования пациента в обществе, расширение его реальных полномочий, улучшение качества жизни) [6].

Внедрение интегративной программы ранней психосоциальной реабилитации больных шизофренией и

заболеваний шизофренического спектра осуществлялось на базе отделений медико-социальной реабилитации КЛПУ «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Донецк и КЛПУ «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Ждановка. Группа пациентов, медицинская помощь которым включала методы биологического и психосоциального лечения, состояла из 73 человек, группа сравнения (пациенты, получавшие только биологическое лечение) – из 70 человек.

Процесс ранней психосоциальной реабилитации состоял из нескольких этапов:

- Подготовительный (установление неформального контакта с пациентом; получение добровольного осознанного согласия на участие в реабилитационной программе, обеспечение готовности пациента к совместному формированию конечных целей реабилитации, введение пациента в терапевтическую среду);

- Этап постановки функционального реабилитационного диагноза, включающего оценку уровня функциональной недостаточности в когнитивной, коммуникативной и эмоционально-мотивационной сферах, комплексную оценку реабилитационного потен-

циала и приспособительного поведения пациента, определение ресурса семейной поддержки пациента;

- Этап определения конечной цели реабилитации с учетом необходимости достижения удовлетворения наиболее значимых потребностей и более оптимального и независимого функционирования пациента;

- Этап планирования реабилитационного вмешательства (выбор реабилитационной технологии и конкретных методов улучшения функциональных возможностей, повышения адаптивных ресурсов, уровня социального функционирования пациента и коррекции дефицита семейной поддержки);

- Этап непосредственного реабилитационного вмешательства (реализация индивидуального плана психосоциальной реабилитации пациента).

Разработанная нами интегративная модель ранней психосоциальной реабилитации (ПСР) больных шизофренией включала функционально-диагностический модуль (определение функционального реабилитационного диагноза) и собственно реабилитационный модуль (рисунок 1).

Неизбежность использования при первом психотическом эпизоде шизофрении и заболеваний шизофренического спектра стационарных форм помощи сдела-

ла необходимым создание в отделении медико-социальной реабилитации соответствующей терапевтической среды (ТС), которая сводила к минимуму ограничительно-изоляционные эффекты от пребывания в нем пациентов и способствовала достижению лечебно-реабилитационных целей. Цель ТС предусматривала формирование динамической системы межличностных взаимоотношений между пациентами и медицинским персоналом, направленных на повышение эффективности лечебной работы.

На рисунке 2 представлена схема комплексного реабилитационного воздействия на пациента на госпитальном этапе ПСР.

В каждом из отделений МСР были созданы мультидисциплинарные бригады в составе: врач-психиатр, врач-психотерапевт и/или медицинский психолог, специалист по социальной работе, реабилитационная медицинская сестра. В основу их деятельности был положен принцип автономии в сочетании с определенными формами внутрибригадного взаимодействия с целью определения тактики ведения больного и ее коррекции.



Рис. 1. Реабилитационный модуль интегративной модели ранней психосоциальной реабилитации (ПСР) больных шизофренией

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СРЕДА

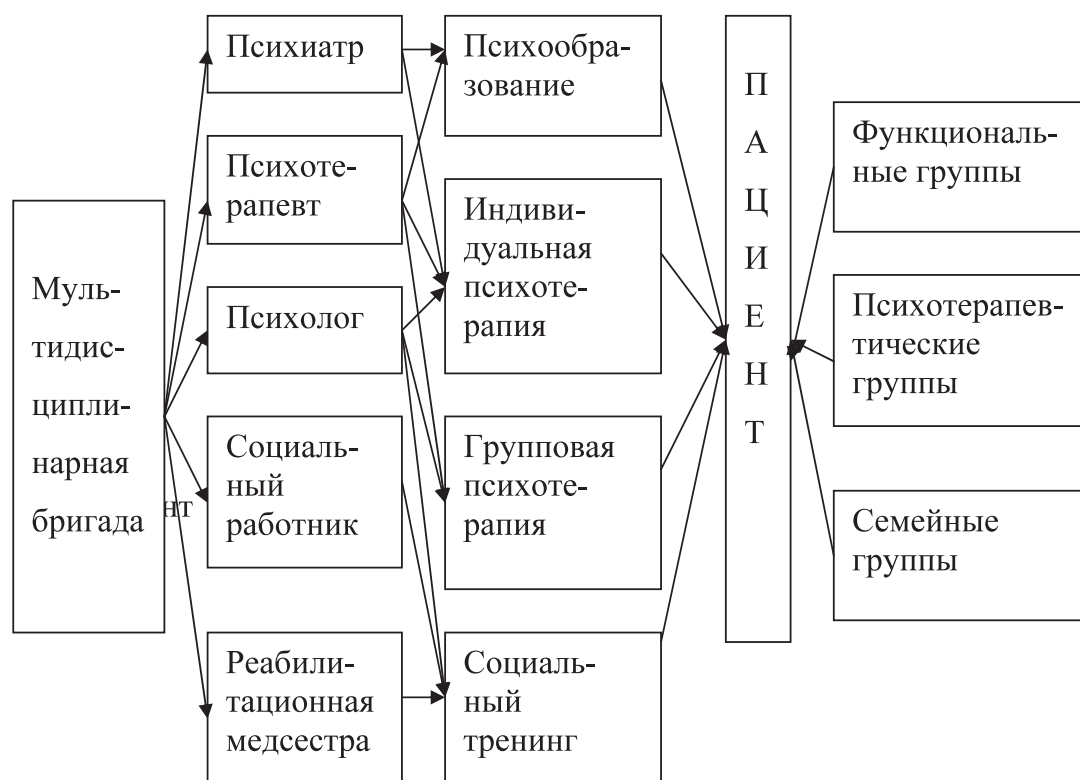


Рис. 2. Схема комплексного реабилитационного воздействия на пациента на госпитальном этапе ПСР

Помимо этого, в отделениях создавались терапевтические коллективы в форме функциональных групп пациентов с целью развития коммуникаций и выполнения общественно значимой деятельности, имеющей личностный смысл для каждого больного.

С целью стимулирования интеллектуальных, эмоциональных, физических возможностей пациентов, развития их самоуважения и чувства уверенности в собственных силах, восстановления или совершенствования навыков взаимодействия и общения с окружающими использовались групповые формы терапии занятием (ландшафтотерапия, арттерапия, музыкотерапия, библиотерапия, зоотерапия).

В основу разработанной нами программы ранней реабилитации больных с манифестным эпизодом шизофрении был положен интегративный психотерапевтический подход, предполагавший комплексное применение элементов клиент-центрированной, когнитивно-поведенческой и психодинамической психотерапии.

Клиент-центрированный подход являлся базисным в организации терапевтической среды и имел целью повышение самооценки и чувства ответственности пациента в атмосфере защищенности, поддержки и доверия окружающих. В рамках данного психотерапевтического подхода строились взаимоотношения между пациентом и психиатром и основывались на принципах эмоциональной вовлеченности и принятия больного, аутентичности и эмпатии.

Реабилитационные мероприятия, направленные на оптимизацию проблемно-решающего поведения и научение, базировались на когнитивно-поведенческом подходе.

В некоторых случаях имелась необходимость использовать психодинамически ориентированные подходы в целях поиска внутрличностных причин дезадаптации, что облегчало формирование более конструктивных форм поведения.

Индивидуальная психотерапия была ориентирована на решение вопросов, относящихся к осознанию и принятию факта болезни, коррекции реакций на болезнь, выявление изъянов социальной адаптации, оценку и улучшение адаптивных ресурсов личности, выработку мотивации к фармакотерапии и к групповой психотерапии, формирование адекватных планов на будущее. В процессе ее проведения решались следующие задачи: создание искренних, доброжелательных, партнерских отношений с пациентом; формирование адекватного отношения к болезни, критики к своему состоянию, деаутостигматизации пациента; потенцирование биологической терапии, дезактуализация психопатологических переживаний; создание комплаенс эффекта.

В связи с необходимостью улучшения социального функционирования пациентов и межличностного взаимодействия особое значение приобретала возможность направленного использования группы для воздействия на отдельных ее участников. Групповая пси-

хотерапия являлась одним из методов, максимально способствующих высвобождению личностных ресурсов и задействованию механизмов личностной саморегуляции. Эта возможность создавалась за счет моделирования жизненной реальности и ее непосредственно переживания в ходе психотерапевтического процесса. Нами выделялись три психических образования, которые условно были определены в терминах трех реальностей, переживаемых участниками психотерапевтической группы («реальность заболевания», «групповая реальность» и «реальность жизни» (реальность здорового существования)). Пациент приходил в группу, актуально переживая первое, весьма смутно представляя второе и отрицая третье. Реальность болезни характеризовалась для него неотвратимостью негативных событий и симптомов, а также невозможностью сознательно управлять ими или изгонять их. Суждения других людей, пусть даже на первых порах и отвергаемые пациентом, все же замещали его собственные представления, способствуя формированию иного восприятия своего состояния. Кроме того, в ходе групповой психотерапии у пациента начинали формироваться принципиально новые (более конструктивные) способы взаимоотношений с окружающими.

Последовательное использование методов групповой психотерапии было направлено на: повышение уровня информированности пациента о проблемах, связанных с его болезнью, рационализацию отношения к болезни и терапевтической тактике, приобретение навыков совладания с болезнью и управления курсом своего лечения; активацию когнитивных, эмоционально-мотивационных, коммуникативных ресурсов и реабилитационного потенциала личности, а также механизмов самоидентификации и саморегуляции; выработку и оптимизацию адекватных форм приспособительного поведения, повышение уверенности в себе, улучшение социального функционирования и межличностного взаимодействия; гармонизацию семейных отношений и уровня семейной поддержки пациента.

Психообразовательная программа заключалась в комплексном использовании информационных, обучающих, психотерапевтических и тренинговых воздействий для пациентов и родственников, основанных на когнитивно-поведенческом подходе. Цель психообразовательных занятий заключалась в формировании у больных адекватного представления о психических расстройствах, умения управлять медикаментозной терапией, выработке навыков в решении жизненных проблем, снижении эмоционального напряжения, вызванного фактом и проявлениями психического заболевания, улучшении эмоциональных, коммуникативных и психологических характеристик, имеющих существенное значение для формирования стиля жизни.

Цели тренинга социальных навыков и его содержание определялись проблемами, с которыми сталкивались пациенты в повседневной жизни. Основными

задачами тренинга социальных навыков являлись: формирование мотивации к адаптивным формам поведения; выработка целенаправленных навыков в социальной среде; формирование образа жизни, максимально приближенного к социальным нормам.

Для преодоления эффектов стигматизации в реабилитационный комплекс были включены меры по предупреждению навязывания больному роли «стигматизированного» или «социального изгоя». Основные аспекты разработанной нами программы превенции стигматизации (аутостигматизации) пациента с впервые установленным диагнозом шизофрении и членов его семьи включали: оценку степени вероятности формирования стигмы с учетом макро- и микросоциальных факторов, выявление начальных признаков стигматизации и аутостигматизации; нейтрально-уважительное отношение со стороны медперсонала, направленное на уменьшение у пациента настороженности и готовности к стигматизации; проведение психообразовательных занятий с целью формирования адекватных представлений о психическом расстройстве как не имеющем принципиальных отличий от соматических заболеваний с точки зрения общемедицинских и социальных последствий; формирование у пациента убеждения, что психиатрический диагноз и необходимость госпитализации ни в коей мере не нарушают его социальных прав, сохраняют статус полноправного гражданина, а возможные ограничения направлены на усиление его личной безопасности; сохранение прежнего стереотипа жизни семьи, досуга, организации активности и особенно внешних социальных контактов (при необходимости коррекция дезадаптивных форм семейных отношений); обеспечение пациентов и членов их семей эмоциональной и социальной поддержкой.

Однако основным фактором превенции стигматизации, по нашему мнению, являлась адекватно организованная терапевтическая среда в период первой госпитализации больного, в частности, наличие медицинского персонала, понимающего проблемы пациента и способного к сотрудничеству, основанному на доверии.

В рамках когнитивно-поведенческой терапии в сочетании с мотивационным интервьюированием и тренингом навыков совладания использовался также метод комплайнс терапии, включавший повышение информированности пациента о болезни, рационализацию отношения к болезни и терапевтической тактике, формирование навыков самостоятельного управления курсом лечения своего заболевания.

Целью семейной терапии на ранних этапах шизофрении являлось привлечение членов семьи больного к сотрудничеству в лечении, организация между ними конструктивного терапевтически благоприятного взаимодействия и оказание пациенту необходимой поддержки. Программа семейной терапии состояла из трех этапов: диагностического, информационно-обучающего и гармонизации семейных отношений.

После завершения госпитального этапа ПСР больные основной группы в период до 2-х лет оставались в реабилитационной программе (суппортивная психосоциальная терапия), целью которой были стабилизация достигнутых функциональных результатов лечения и использования ресурсов семейного окружения для более успешной социальной адаптации пациентов. Помимо регулярного приема поддерживающей фармакотерапии, 1 раз в 5-6 месяцев больные привлекались к участию в групповых амбулаторных психосоциальных сессиях, проводившихся в отделении медико-социальной реабилитации. Также экстрагоспитальный этап ПСР предусматривал индивидуальные занятия с пациентами или с их семьями (1 раз в 2-3 месяца), помощь и поддержку в разрешении трудных жизненных ситуаций (при непосредственном контакте или по телефону), а также участие больных в «Клубе бывших пациентов» (регулярность встреч определялась больными и была не реже 1 раза в 2 месяца).

На первом этапе катamnестического наблюдения (через 12 месяцев после включения в программу реабилитации) оценка эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий проводилась у 70 (95,9%) больных основной группы и у 63 (90,0%) больных группы сравнения. На втором этапе (через 2 года после начала участия в программе) – соответственно у 64 (87,7%) и 38 (54,3%) больных.

Использование модели ранней психосоциальной реабилитации больных шизофренией привело к значительному функциональному восстановлению, повышению реабилитационного потенциала и улучшению социального функционирования у 75,3% (95% ДИ 64,7%–84,6%) пациентов, получавших комплексное медикаментозное и психосоциальное лечение и у

21,4% (95% ДИ 12,5%–31,9%) больных, психиатрическая помощь которым ограничивалась биологическим лечением. С помощью факторного математического анализа ОШ=24,6 (95% ДИ 7,5 – 80,1) доказана высокая эффективность модели ранней реабилитации больных шизофренией.

Таким образом, базисом разработанной нами и использованной в настоящей работе интегративной модели ранней психосоциальной реабилитации больных шизофренией является комплексное использование психотерапевтических и социально-психологических воздействий, основанное на индивидуальных характеристиках функциональной недостаточности, реабилитационного потенциала и семейной поддержки и осуществляемое на госпитальном этапе и этапе возвращения в сообщество.

Литература:

1. Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожаква. – М., 2004. – 492 с.
2. Harrigan S. M. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? / S. M. Harrigan, P. D. McGorry, H. Krstev // *Psychol. Med.* – 2003. – Vol. 33, № 1. – P. 97-110.
3. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире. - ВОЗ, Женева, 2001. – 243 с.
4. Марута Н. А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) / Н. А. Марута // *Укр. вісн. психоневрології.* – 2007. – Т. 15, № 1 (50). – С. 21-24.
5. Наказ МОЗ України «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Психіатрія"» № 59 від 05.02.2007р.
6. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. – Донецк : Капитан, 2009. – 584 с.

ІНТЕГРАТИВНА МОДЕЛЬ РАНОЇ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

В.А.Абрамов, Т.Л.Ряполова

У статті представлено структура та ефективність використання моделі ранньої психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію, що включала функціонально-діагностичний модуль (встановлення функціонального реабілітаційного діагнозу) та реабілітаційний модуль (створення терапевтичного середовища, організацію бригадного (поліпрофесійного) обслуговування пацієнтів, впровадження інтегративного підходу до використання індивідуальних та групових методів, включаючи психоосвіту, тренінг соціальних навиків, комплайнс терапію, терапію зайнятості, превенцію та корекцію стигматизації та аутостигматизації, сімейну терапію)

Ключові слова: інтегративна модель, психосоціальна реабілітація, шизофренія

INTEGRATIVE MODEL OF EARLY PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

V.A. Abramov, T.L. Ryapolova

The structure and efficiency of early psychosocial rehabilitation model of patients with schizophrenia use are presented in the article. The model included functional diagnostic module (making of functional rehabilitative diagnosis) and rehabilitation module (creation of the therapeutic environment, organization of the care team, introduction of integrative approach in the use of individual and group methods included psychoeducation, social skills training, compliance therapy, employment therapy, prevention and correction of stigmatization and autostigmatization, family therapy)

Keywords: integrative model, psychosocial rehabilitation, schizophrenia